REVISTA MEXICANA DE ENFERMENTA



AÑO 6 NÚMERO 2 Agosto de 2018

ISSN: 2339-7284

EN ESTE NÚMERO:

P.46

Análisis del clima de seguridad del paciente en un hospital de tercer nivel de Ciudad de México

P.55

Características de pacientes ostomizados de una clínica de heridas y ostomías en Ciudad de México

P.61

Proceso de entrega-recepción de paciente trasladado por helicóptero en un hospital de tercer nivel de atención

P.66

Profesionalización de los directivos de la salud: los directivos de enfermería

P.71

Plan de cuidados a un paciente con VIH y alteración en la necesidad de respiración (oxigenación) en la unidad de cuidados intensivos





Cuerpo Editorial

Editora en jefe

Lizeth Guadalupe López López

Coeditor

Silvino Arroyo Lucas

Editores asociados

David Kershenobich Stalnikowitz Director General del INCMNSZ

Director deficial del incininsz

Alberto Lifshitz Guinzberg

Secretario de enseñanza clínica e internado médico UNAM

Sergio Ponce de León Rosales

Director de enseñanza del INCMNSZ

Alvar Loria Acereto

Investigador de la Unidad de Epidemiologia Clínica del INCMNSZ

Alicia J. Frenk Mora

Subdirectora de Servicios Paramédicos del INCMNSZ

Marina Martínez Becerril

Subdirectora de Enfermería del INCMNSZ

María de los Ángeles Torres Lagunas

Jefa de División de Estudios de Posgrado en Enfermería ENEO UNAM

Victoria Fernández García

Fundadora-Presidenta de la Asociación Mexicana de Investigación en Enfermería (AMIENF, A.C.) Docente e Investigadora en Enfermería ENEO-UNAM

María Paula Nájera Ortiz

Jefa del Departamento de Enfermería del INCMNSZ

Rosa María Nájera Nájera

Investigadora de la Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco

Araceli Jiménez Méndez

Jefa del Departamento de la Escuela de Enfermería del INCMNSZ

Comité de Árbitros

Antonio Velázquez González Argelia Lara Solares Christian Haydee Flores Balcázar Diana Cecilia Tapia Pancardo Eduardo González Flores Emma Myrna Barquera Núñez Francisco Jair S. González Robles Guadalupe Citlahua Hernández Jorge Salinas Cruz José Alberto Ávila Funes Judith González Sánchez Lorena Bautista Paredes Luis Manuel H. Pérez Pantoja Ma. Del Pilar Sosa Rosas Margarita Pulido Navarro María Alberta García Jiménez María de Lourdes Alemán Escobar

María Diana Ruvalcaba Rodríguez

María Paula Nájera Ortiz Marina Martínez Becerril Patricia Domínguez Sánchez Rafael Antonio Estévez Ramos Ricardo Cuellar Romero Roberto Reyes Guerrero Rosa María Ostiguin Meléndez Sandra Antonieta Palacios García Sergio Lemus Alcántara Silvino Arroyo Lucas Angélica María Armendáriz Ortega Ulises Rieke Campoy Bertha Medel Pérez Graciela Hernández Yesica Claudia Juárez Serrano Martha Kaufer Horwitz **Ulises Rieke Campoy**

Arturo Galindo Fraga Irvin Samuel Dionisio Calderón Javier Rosales Ortega Juan Jesús Villegas Cortés Nelson Rodrigo Cruz Castellanos Gloria María Galván Flores Noé Sánchez Cisneros José Fabián Hernández Díaz Víctor Hugo Toral Rizo Saúl May Uitz Yolanda Murad Robles Luis Antonio Hernández Flores Alfonso Gulias Herrero Jesús Soto Torres Margarita Cárdenas Jiménez Ma. Rosy Fabián Victoriano María Alejandra Arredondo Pérez



Comité Internacional de Árbitros

Júlia Esteve Reig

Asesora del censo de Administración de Bonoom Healthcare Barcelona, España

María Antonia Martínez Momblán

Docente (grado y máster) de la Escuela de Enfermería EUI – Sant Pau Barcelona, España

Isabel Pérez Pérez

Vicedegana de grado, calidad y comunicación de la Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna Universidad Ramon Llull Barcelona, España

Rosa Rifà Ros

Directora del grado en Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna Universidad Ramon Llull Barcelona, España

Eva Roman Abal

Docente de la Escuela de Enfermería EUI - Sant Pau Barcelona, España

Dedsy Yajaira Berbesi Fernández

Facultad de Enfermería Universidad CES Medellín, Colombia

Doriam Camacho Rodríguez

Universidad Cooperativa de Colombia Seccional Santa Marta Santa Marta, Colombia

Sandra Guerrero Gamboa

Investigadora de la Universidad Nacional de Colombia Bogotá, Colombia

Eva Brunet Campaña

Quironsalud Sitges, España

Revista Mexicana de Enfermería es una revista oficial del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMSZ). El objetivo es socializar el conocimiento generado de la práctica asistencial, trabajos originales, análisis de experiencias, propuestas de mejora, escenarios educativos y de administración validados a través de un método científico que garantice la calidad en la gestión del cuidado de Enfermería.

Esta obra se presenta como un servicio a la profesión médica. El contenido de la misma refleja las opiniones, criterios y/o hallazgos propios y conclusiones de los autores, quienes son responsables de las afirmaciones. En esta publicación podrían citarse pautas posológicas distintas a las aprobadas en la Información Para Prescribir (IPP) correspondiente. Algunas de las referencias que, en su caso, se realicen sobre el uso y/o dispensación de los productos farmacéuticos pueden no ser acordes en su totalidad con las aprobadas por las Autoridades Sanitarias competentes, por lo que aconsejamos su consulta. El editor, el patrocinador y el distribuidor de la obra, recomiendan siempre la utilización de los productos de acuerdo con la IPP aprobada por las Autoridades Sanitarias.



PERMANYER www.permanyer.com

© 2018 Permanyer

Mallorca, 310 – Barcelona (Cataluña), España permanyer@permanyer.com

© 2018 Permanyer México

Temístocles, 315
Col. Polanco, Del. Miguel Hidalgo
11560 Ciudad de México
Tel.: (044) 55 2728 5183
mexico@permanyer.com



www.permanyer.com



Impreso en papel totalmente libre de cloro

Este papel cumple los requisitos de ANSI/NISO Z39.48-1992 (R 1997) (Papel Permanente)

Edición impresa en México

ISSN: 2339-7284 Ref.: 4395AX182

Reservados todos los derechos

Sin contar con el consentimiento previo por escrito del editor, no podrá reproducirse ninguna parte de esta publicación, ni almacenarse en un soporte recuperable ni transmitirse, de ninguna manera o procedimiento, sea de forma electrónica, mecánica, fotocopiando, grabando o cualquier otro modo.

La información que se facilita y las opiniones manifestadas no han implicado que los editores llevasen a cabo ningún tipo de verificación de los resultados, conclusiones y opiniones.

| Índice | |
|---|----|
| EDITORIAL | |
| Publicación de trabajos científicos como evidencia de la construcción de modelos del cuidado de enfermería | |
| Marina Martínez-Becerril y María Paula Nájera-Ortiz | 45 |
| ARTÍCULO ORIGINAL | |
| Análisis del clima de seguridad del paciente en un hospital de tercer nivel de Ciudad de México | |
| Loredmy Herrera-Kiengelher, Fernando Austria-Corrales y Martha Laura Cruz-Islas | 46 |
| BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN EN SALUD | |
| Características de pacientes ostomizados de una clínica de heridas y ostomías en Ciudad de México | |
| Nancy Lizbeth Huitzil-Tinajero y Leticia Molina-Murrieta | 55 |
| Proceso de entrega-recepción de paciente trasladado por helicóptero en un hospital de tercer nivel de atención | |
| Gabriela Urincho-Pérez, Ariel Rojas-Ávila, José Alfredo Bedolla-Álvarez, Shareny Ediocin Sandoval-Pérez y Ángel Tlotzin Domínguez-Díaz | 61 |
| ARTÍCULO DE PERSPECTIVA | |
| Profesionalización de los directivos de la salud: los directivos de enfermería | |
| Júlia Esteve-Reig | 66 |
| RINCÓN DEL ESTUDIANTE | |
| Plan de cuidados a un paciente con VIH y alteración en la necesidad de respiración (oxigenación) en la unidad de cuidados intensivos | |
| Jessica Alelli Caballero-Guerrero y Alejandro David Rizo-Velasco | 71 |
| Instrucciones para los autores | 78 |

Index **EDITORIAL** Publication of scientific works as evidence of the construction of nursing care models Marina Martínez-Becerril and María Paula Nájera-Ortiz..... 45 ORIGINAL ARTICLE Analysis of patient safety climate in a third level hospital in Mexico City 46 GOOD PRACTICES OF HEALTH CARE Characteristics of ostomized patients from an injury clinic and ostomies in Mexico City Nancy Lizbeth Huitzil-Tinajero and Leticia Molina-Murrieta 55 Delivery-reception process of patient transferred by helicopter in a hospital of third level of attention Gabriela Urincho-Pérez, Ariel Rojas-Ávila, José Alfredo Bedolla-Álvarez, Shareny Ediocin Sandoval-Pérez and Ángel Tlotzin Domínguez-Díaz 61 PERSPECTIVE ARTICLE Professionalization of the health directors: The nursing directors Júlia Esteve-Reig 66 STUDENT CORNER Care plan for a patient with HIV and alteration in the need for breathing (oxygenation) in the intensive care unit Jessica Alelli Caballero-Guerrero and Alejandro David Rizo-Velasco 71 Instructions to authors 78



www.incmnsz.mx Rev Mex Enf. 2018;6:45

REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

EDITORIAL

Publicación de trabajos científicos como evidencia de la construcción de modelos del cuidado de enfermería

Marina Martínez-Becerril* y María Paula Nájera-Ortiz

Editoras asociadas de la Revista Mexicana de Enfermería

La Revista Mexicana de Enfermería muestra el panorama de la enfermería de hoy en día, es decir, los modelos del cuidado que se llevan a cabo en los diferentes países, desde luego bajo contextos diferentes, pero dentro de un marco similar en materia de posicionamiento y profesionalización, que se gesta constantemente en el propio desarrollo de la disciplina porque se encuentran en vertientes similares, debido, entre otros aspectos, al aparato de la estructura social, pero bajo la misma coordenada, que es el cuidado humanizado.

Así, en lo que respecta a la enfermería mexicana, se ha luchado por definir un modelo de atención de enfermería que responda a nuestros propios contextos; sin embargo, hemos encontrado obstáculos importantes que han limitado su participación en programas de atención primaria, cuidado y rehabilitación de la persona y sus colectividades.

Aunque nuestra tendencia, como marca la Comisión Permanente de Enfermería en México, es el «modelo de gestión integral de enfermería», cuya propuesta es el fortalecimiento de las acciones dirigidas a la prevención, educación y limitación del daño, en esta transición se siguen reproducciones que, al margen de dar respuesta a las necesidades

de la sociedad, obstaculizan el desarrollo de esta propuesta.

En consecuencia, hay que atender los desafíos a los que nos enfrentamos, dentro de los cuales tenemos la enfermería de práctica avanzada y el desarrollo de la consultoría como una realidad emergente propia de nuestra estructura profesional, lo cual nos permitirá trabajar de manera conjunta para su pronta definición y validación en el sector de la salud, además del aseguramiento en la implementación estandarizada del proceso atención de enfermería como sustento científico del cuidado.

Y para ello necesitamos una representatividad constante en espacios políticos y grupos colegiados y académicos en los diferentes niveles de atención. Estos espacios fortalecen nuestro liderazgo y definen nuestras atribuciones, independientemente del grado académico que, dentro del proceso de profesionalización vista desde la conciencia social, llevamos las enfermeras mexicanas.

En virtud de todo esto, le invitamos a sumarse a este proyecto enviándonos sus artículos científicos, pues ello nos fortalecerá en la identidad de nuestra propia historia, proyectándonos con competitividad a niveles internacionales, bajo un común denominador: el cuidado a la vida humana.

Correspondencia:

*Marina Martínez-Becerril E-mail: mmb547@ hotmail.com Fecha de recepción en versión modificada: 15-06-2018

Fecha de aceptación: 22-06-2018



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

ARTÍCULO ORIGINAL

Análisis del clima de seguridad del paciente en un hospital de tercer nivel de Ciudad de México

Loredmy Herrera-Kiengelher¹, Fernando Austria-Corrales^{2*} y Martha Laura Cruz-Islas¹

¹Subgerencia de Calidad, PEMEX; ²Jefe del Departamento de Formación en Evaluación Educativa, Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación . Ciudad de México, México

Resumen

Introducción: La inseguridad del paciente es un grave problema de salud pública a nivel mundial. La frecuencia de errores médicos y eventos adversos es el resultado de múltiples factores en distintos niveles dentro de las organizaciones hospitalarias. El mejoramiento de la seguridad del paciente requiere un cambio de cultura organizacional de uno tradicional a uno que favorezca la seguridad, lo que implicaría reducir los errores médicos y fomentar que el personal de salud aprenda de los errores de otros. Objetivo: Analizar el clima de seguridad del paciente en un hospital de tercer nivel de Ciudad de México. Material y métodos: Estudio descriptivo transversal con una muestra representativa de 522 trabajadores de la salud. Se aplicó el cuestionario de Cultura de Calidad en Servicios de Salud (CCSS) para medir el clima de seguridad y se identificaron las relaciones entre distintos niveles del hospital (organización-unidad de trabajo-individuo). Resultados y discusión: Los resultados indicaron que, mientras más sensibles sean los directivos a los problemas de seguridad, se percibe una buena distribución de los recursos organizacionales y un énfasis generalizado en la seguridad, aumentan las probabilidades de que la unidad de trabajo funcione mejor en cuanto a los estándares internacionales de seguridad del paciente, lo que tendrá un impacto positivo en reducir la vergüenza y los sentimientos de culpa del personal de salud.

Palabras clave: Seguridad del paciente. Administración de la seguridad.

Abstract

Background: Patient unsafety is a serious public health problem worldwide. The frequency of medical errors and adverse events is the result of multiple factors at different levels within hospital organizations. The improvement of patient safety requires a change of organizational culture from a traditional one to one that favors safety, which would reduce medical errors and encourage health personnel to learn from the mistakes of others. Aim: To analyze the safety climate of the patient in a third level hospital in Mexico City. **Material and methods:** A cross with a representative sample of 522 health workers. Quality Culture Health Services (QCHS) questionnaire was applied to measure the safety climate and hypothesized relationships between different levels of the hospital (organization-work unit-individual). **Results and discussion:** The results indicated that while managers are more sensitive to security issues, a good distribution of organizational resources and a general emphasis on safety are noted, increase the likelihood that the work unit complies with international standards of patient safety, which will have a positive impact on reducing the shame and quilt of health personnel. (Rev Mex Enf. 2018;6:46-54) Corresponding author: Fernando Austria-Corrales, faustria@inee.edu.mx

Key words: Patient safety. Safety management.

Correspondencia:

*Fernando Austria-Corrales E-mail: faustria@inee.edu.mx Fecha de recepción en versión modificada: 11-10-2017

Fecha de aceptación: 14-06-2018 DOI: 10.24875/ENF.M18000010

Introducción

La inseguridad del paciente es un problema grave de salud pública a nivel mundial, de acuerdo con el informe: «10 datos sobre seguridad del paciente» publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en marzo de 2018: se calcula que en países desarrollados hasta uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de evento adverso o error médico durante su estancia en un hospital y el 50% de éstos se podrían prevenir; 14 de cada 100 personas hospitalizadas en el mundo contrae una infección nosocomial (7 en los países desarrollados y 10 en los países en vías de desarrollo); sin embargo, estas infecciones se podrían reducir hasta en el 50% mediante medidas simples y baratas de prevención y tratamiento de las infecciones, como la higiene correcta de manos. En los países desarrollados, por lo menos el 50% de los equipos médicos no están en condiciones de ser utilizados o se utilizan en parte, lo que disminuye la calidad de los diagnósticos o tratamientos; la proporción de inyecciones aplicadas con jeringas o agujas reutilizadas sin esterilizar llega hasta el 70%, y estas invecciones son responsables de millones de infecciones y de 1.3 millones de muertes por año; en los países desarrollados los problemas asociados a la seguridad de las intervenciones quirúrgicas constituyen el 50% de los episodios adversos evitables cuyo resultado es la muerte o la discapacidad; la probabilidad de que un paciente sufra algún daño ocasionado por la atención médica es de 1 en 300¹.

La frecuencia de errores médicos o eventos adversos es el resultado de diversos factores en distintos niveles dentro de la atención sanitaria, por lo que algunos investigadores e instituciones han sugerido que el mejoramiento de la seguridad del paciente requiere de un cambio en la cultura organizacional tradicional dentro de las instituciones de salud que genere un impacto positivo en los procesos de atención y cuidado del paciente².

De acuerdo con el Centro Colaborador de la OMS sobre soluciones para la seguridad del paciente, la promoción de la seguridad del paciente se genera y se legitima en todos los niveles del sistema de atención sanitaria, desde la comunicación entre todos los miembros del *staff* de salud para compartir, discutir abiertamente los problemas de seguridad y buscar soluciones sin miedo a ser castigado o culpado, hasta la ayuda gubernamental para el financiamiento de programas de seguridad del paciente^{2,7}.

Las instituciones de salud requieren transformar la cultura de «culpa y vergüenza en la aceptación de errores y eventos adversos», que se traduce en el incremento de errores médicos y que impiden al personal de salud aprender de los errores de otros. Dicho cambio organizacional requiere de un diagnóstico situacional que permita identificar las áreas de mejora en la seguridad del paciente, lo cual permitirá establecer líneas estratégicas de acción que permitan generar cambios significativos en distintos niveles de la organización³⁻⁶.

Se han diseñado cuestionarios que permiten generar diagnósticos sobre la cultura de seguridad del paciente⁸, aunque muy pocos utilizan modelos teóricos que permitan entender e interpretar las complejas relaciones entre los diversos niveles de la organización y cómo impacta cada nivel o sistema hospitalario sobre los otros.

De acuerdo con la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, se requiere realizar más investigación que permita ayudar a los profesionales de la atención sanitaria y a las instancias normativas a entender las causas complejas de la falta de seguridad en la atención hospitalaria. Debido a la naturaleza compleja de la atención sanitaria, esos eventos adversos no son consecuencia de una sola causa, por lo que es necesario indagar sobre los factores que potencialmente podrían ser prevenibles dentro de la cadena causal. De esta manera sería posible interpretar comprensivamente el funcionamiento de los centros hospitalarios, desde los directivos hasta el personal de salud que tiene contacto directo con los pacientes, y permitiría identificar las áreas o unidades de trabajo que carecen de una cultura de seguridad del paciente y cómo impacta esto en el personal de salud para brindar una atención sanitaria segura⁹.

En este contexto, el objetivo general de este estudio fue analizar el clima de seguridad del paciente en un hospital de tercer nivel de Ciudad de México utilizando el modelo teórico propuesto por Singer¹⁰.

En la figura 1 puede apreciarse el modelo propuesto por la autora.

Este modelo propone que el compromiso con la seguridad está articulado desde los niveles más altos de la organización (nivel institución), generando las condiciones para favorecer un clima de seguridad en la atención del paciente en las unidades de trabajo, por ejemplo:

Proporcionando recursos, incentivos y recompensas.

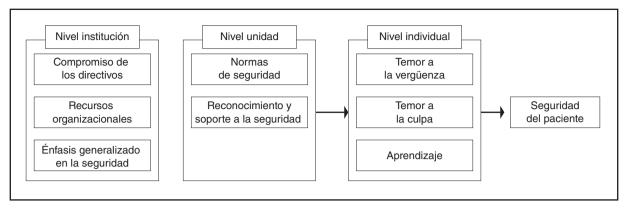


Figura 1. Modelo teórico de la cultura de seguridad del paciente.

- Priorizando la seguridad, incluso a expensas de la «producción» o «eficiencia».
- Favoreciendo la comunicación entre los distintos niveles de mando y los trabajadores.
- Estableciendo una cultura de apertura sobre errores y problemas. Los errores son reportados cuando ocurren.
- El aprendizaje organizacional es valorado; la respuesta a un problema se centra en mejorar el rendimiento del sistema en lugar de culpar individualmente.

En este sentido, la promoción del clima de seguridad del paciente empieza desde los niveles más altos de la organización, permeando a través de las distintas áreas de responsabilidad (direcciones, subdirecciones, departamentos) hasta el nivel individual, lo cual finalmente tiene un impacto positivo sobre la atención segura del paciente.

Métodos y material

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y prospectivo con una muestra representativa de 522 trabajadores de la salud de un total de 1,144 (46%) en un hospital de tercer nivel de Ciudad de México.

Instrumentos

Se aplicó el cuestionario CCSS¹¹, traducido de la versión original de Singer. Este cuestionario contiene un total 38 ítems tipo Likert, con cinco opciones de respuesta que miden el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a una serie de afirmaciones en un continuo que van desde «Totalmente en desacuerdo» a «Totalmente de acuerdo». La tabla 1 resume las dimensiones, definiciones conceptuales y número de ítems del instrumento.

Análisis estadísticos

Se implementó un análisis multivariado denominado modelamiento de ecuaciones estructurales (MEE), cuya ventaja es poder asociar todas las variables tal como se manifiestan en la realidad. Esta técnica nos permitirá identificar qué tanto impacta la percepción de seguridad de los directivos a los jefes de servicio y al personal de salud en general, para promover una atención segura al paciente¹².

Procedimiento

Se aplicó el CCSS a la muestra de 522 trabajadores de la salud, se integraron los resultados en la base de datos y se realizaron los análisis de ecuaciones estructurales.

Como base del análisis, se consideró el modelo teórico propuesto por Singer¹⁰, que, tal como se mostró en la figura 1, establece que: a) el compromiso de los directivos con la seguridad, b) los recursos organizacionales destinados a la seguridad del paciente, y c) el énfasis generalizado en la seguridad tendrán un efecto sobre el establecimiento y promoción de las normas de seguridad en el interior de las unidades de trabajo sanitario y sobre el reconocimiento y soporte que se brinda a las unidades que promueven el cuidado seguro del paciente.

Asimismo, el modelo establece que, cuando se promueve un clima de seguridad en la unidad de trabajo, el personal de salud se siente más cómodo en admitir los errores o eventos adversos, de modo que es posible aprender de los errores y reducir los posibles riesgos de seguridad en el futuro, todo ello en vías de brindar un cuidado seguro del paciente.

| Dimensión | Definición conceptual | Número de ítems |
|---|--|--------------------|
| Compromiso de los directivos | Esta dimensión se refiere a que los altos directivos entienden con precisión los problemas actuales de seguridad en sus instalaciones y toman las medidas de soporte cuando sea necesario; también aprecian que los mejor calificados para resolver los problemas de seguridad a menudo serían los trabajadores de la primera línea de atención al paciente | 7 |
| Recursos organizacionales | Esta dimensión se refiere a las percepciones con respecto a la idoneidad del personal, tiempo, equipo y otros recursos necesarios para prestar atención médica segura | 3 |
| Énfasis generalizado en seguridad | Esta dimensión hace referencia al nivel general de énfasis en la seguridad del paciente en un centro y si el encuestado cree que la seguridad está mejorando allí | 3 |
| Normas de seguridad en la unidad de trabajo | Altos puntajes en estos reactivos caracterizan un ambiente de trabajo en el que los problemas de seguridad se evalúan y se resuelven de manera proactiva. La seguridad del paciente es un valor auténtico y generalizado entre el personal, y la preocupación por la seguridad define las normas de comportamiento socialmente aceptable | 7 |
| Reconocimiento y soporte a los esfuerzos de seguridad | Esta dimensión evalúa: a) en qué medida se reconocen expresamente las acciones que promueven la atención segura del paciente y b) qué tanto de los estándares internacionales de seguridad del paciente son utilizados en la formación y evaluación del desempeño. Estos dos factores son complementarios, pues el primero se refiere a lo informal, orientado a la seguridad con menos presiones sociales conscientes, mientras que el segundo se centra en las maneras formales y más explícitas de seguridad del paciente que guían el comportamiento deseable del personal | 4 |
| Temor a la vergüenza | Esta dimensión evalúa el nivel de comodidad, de admitir errores, lagunas en el conocimiento y la búsqueda de ayuda. La hipótesis es que los individuos que se sienten avergonzados o preocupados en este sentido tendrían menor probabilidad de pedir ayuda en situaciones en las que no están del todo seguros acerca de qué hacer, y que esto a su vez podría tener un impacto negativo en la seguridad del paciente | 6 |
| Temor a la culpa | Esta dimensión se centra en evaluar la percepción que tienen los encuestados sobre si los errores que confiesan darían lugar a la disciplina y el castigo | 2 |
| Aprendizaje y reconocimiento de riesgos en la seguridad | Esta dimensión evalúa la posibilidad de aprender de los demás para reducir los errores en el futuro y la relación entre ciertos factores personales (fatiga, problemas personales) y sus posibles repercusiones en la seguridad del paciente | 3 |
| Proveer un cuidado seguro | Esta dimensión evalúa si el encuestado ha sido testigo o ha estado involucrado directamente en prácticas inseguras del paciente | 3 |

Resultados e interpretación

En la tabla 2 se muestran las características sociodemográficas de la muestra analizada.

La tabla 3 presenta los resultados obtenidos del análisis de ecuaciones estructurales. De izquierda a derecha se muestran: dimensión, ítem y carga factorial (nivel de asociación) obtenida en este estudio en

| Variable (continuas) | Media | Desviación estándar |
|----------------------|---------------------------------|---------------------|
| Edad | 42.3 | 9.36 |
| Antigüedad | 14 | 5.58 |
| Variable (discretas) | Categorías | Porcentaje |
| Sexo | Hombre (n = 158) | 30.3 |
| | Mujer (n = 363) | 69.5 |
| | Datos perdidos (n = 1) | 0.2 |
| Nivel jerárquico | Mando medio o superior (n = 64) | 12.3 |
| | Supervisor (n = 13) | 2.5 |
| | Operativo (n = 441) | 84.5 |
| | Datos perdidos (n = 4) | 0.8 |
| Tipo de contrato | Planta/base (n = 300) | 57.5 |
| | Confianza (n = 63) | 12.1 |
| | Transitorio/temporal (n = 87) | 16.7 |
| | Becario (n = 40) | 7.7 |
| | Otro (n = 21) | 4 |
| | Datos perdidos (n = 11) | 2 |
| Área de trabajo | Laboratorio (n = 30) | 5.7 |
| | Cuidado en casa (n = 2) | 0.4 |
| | Farmacia (n = 4) | 0.8 |
| | Hospitalización (n = 185) | 35.4 |
| | No clínica (n = 61) | 11.7 |
| | Consulta externa (n = 150) | 28.7 |
| | Urgencias (n = 32) | 6.1 |
| | UTI (n = 14) | 2.7 |
| | Quirófano (n = 34) | 6.5 |
| | Recuperación (n = 7) | 1.3 |
| | Datos perdidos (n = 3) | 0.6 |

comparación con la carga factorial obtenida en los análisis de Singer, et al.

Índices de ajuste del modelo estructural

Cuando se utilizan MEE es importante verificar si el modelo cumple con determinados criterios de calidad que aseguren que los datos empíricos se ajustan al modelo teórico propuesto.

En este caso, los criterios esperados en cada índice son los siguientes, de acuerdo con Hu y Bentler¹³:

 Chi cuadrada y significancia: lo ideal es que la significancia estadística sea > 0.05, debido a que buscamos que no haya diferencias significativas

| Dimensión | Pregunta | Carga factorial | Carga factorial de Singer, et al |
|--|--|--------------------|-------------------------------------|
| Compromiso de los directivos | P4. Las decisiones de la seguridad del paciente son tomadas por las personas más calificadas sin importar su rango o jerarquía | 0.57 | 0.68 |
| | P5. La dirección proporciona un entorno que promueve la seguridad de los pacientes | 0.72 | 0.77 |
| | P6. Reportar algún problema relacionado con la seguridad del paciente resulta en repercusiones negativas para la persona que lo reporta | 0.28 | 0.53 |
| | P8. La dirección tiene una idea clara sobre el riesgo asociado con el cuidado del paciente | 0.70 | 0.75 |
| | P11. La dirección tiene identificados los tipos de errores que actualmente ocurren en este hospital | 0.55 | 0.67 |
| | P17. Cuando se trata de asuntos de seguridad del paciente, la comunicación entre el personal operativo con los supervisores y la dirección es efectiva | 0.67 | 0.71 |
| | P19. La dirección considera la seguridad del paciente cuando se discuten cambios de programas | 0.39 | 0.66 |
| Recursos organizacionales | P1. Me entregan los recursos adecuados (personal, presupuesto y equipo) para otorgar un cuidado seguro a los pacientes | 0.65 | 0.51 |
| | P29. La pérdida de personal con experiencia ha afectado negativamente a mi capacidad para otorgar un cuidado de calidad al paciente | 0.29 | 0.43 |
| | P30. Tengo tiempo suficiente para completar las tareas de cuidado del paciente | 0.53 | 0.53 |
| Énfasis generalizado en seguridad | P22. Comparado con otros hospitales del área, este hospital se preocupa más por la calidad del cuidado del paciente que proporciona | 0.63 | 0.46 |
| | P28. Se me pide que haga las cosas a medias con tal de que se reporte terminado el trabajo | 0.31 | 0.39 |
| | P38. En general, el nivel de seguridad del paciente está mejorando | 0.74 | 0.55 |
| Normas de seguridad en la unidad de trabajo | P2. Mi área de trabajo enfatiza procedimientos y metas de seguridad del paciente para los nuevos empleados durante sus primeros seis meses de trabajo | 0.50 | 0.61 |
| | P3. Las violaciones deliberadas de procedimientos operativos estándar son poco frecuentes en mi área de trabajo | 0.42 | 0.56 |
| | P7. En mi área de trabajo se corrige rápidamente a quien sea sorprendido violando intencionalmente los procedimientos estándar o las reglas de seguridad | 0.67 | 0.61 |
| | P9. Mi área de trabajo se toma el tiempo necesario para identificar y evaluar los riesgos del paciente | 0.73 | 0.66 |
| | P12. Mi área de trabajo administra eficientemente los riesgos para asegurar la seguridad del paciente | 0.75 | 0.68 |
| | P27. Me siento tranquilo reportando asuntos de seguridad del paciente sin miedo a ser castigado por mis supervisores o directivos | 0.53 | 0.49 |
| | P32. En mi área de trabajo, existe una presión significativa del grupo de trabajo para desalentar la inseguridad en el cuidado de los pacientes | -0.07 | 0.35 |
| | | | (Continúa |

| Dimensión | Pregunta | Carga factorial | Carga factorial de Singer, et al |
|---|---|--------------------|-------------------------------------|
| Reconocimiento y soporte a los | P14. Mi área de trabajo reconoce el logro individual de las metas de seguridad a través de recompensas e incentivos | 0.47 | 0.57 |
| esfuerzos de seguridad | P24. Mi desempeño es evaluado con base en estándares de seguridad definidos | 0.44 | 0.50 |
| | P35. Me reconocen cuando tomo acciones inmediatas para corregir errores serios | 0.45 | 0.51 |
| | P37. Mi área de trabajo nos otorga capacitación de trabajo en equipo para mejorar el desempeño y seguridad en el cuidado del paciente | 0.59 | 0.57 |
| Temor a la | P10. Pedir ayuda es un signo de incompetencia | 0.41 | 0.38 |
| vergüenza | P13. Si cometo un error que tiene consecuencias significativas y nadie se da cuenta, omito comentarlo con mis compañeros y supervisores | 0.30 | 0.43 |
| | P15. Me avergüenzo cuando cometo un error enfrente de mis compañeros de trabajo | 0.22 | 0.26 |
| | P16. Es difícil esconder errores graves para los doctores y enfermeras | 0.23 | Excluido |
| | P21. Sufriré consecuencias negativas si reporto algún problema sobre la seguridad del paciente | 0.64 | 0.38 |
| | P36. He cometido errores importantes en mi trabajo que atribuyo a mi propia fatiga | 0.15 | 0.30 |
| Temor a la culpa | P26. Si mis supervisores y compañeros se enteran de que cometí un error, me sancionarían | 0.08 | 0.44 |
| | P31. Los médicos que se equivocan seriamente normalmente son castigados | 1.00 | 0.44 |
| Aprendizaje y | P18. Soy menos efectivo en el trabajo cuando estoy fatigado | 0.58 | 0.39 |
| reconocimiento de riesgos en la seguridad | P20. Los problemas personales afectan al desempeño en el trabajo | 0.56 | 0.37 |
| | P23. He aprendido a hacer mejor mi trabajo aprendiendo de los errores cometidos por mis compañeros | 0.36 | 0.20 |
| Proveer un cuidado seguro | P25. En el último año he presenciado cómo un compañero ha realizado alguna acción que me pareció insegura para el paciente | 0.45 | 0.55 |
| | P33. Nunca he presenciado que un compañero de trabajo haga algo que me parezca inseguro en el cuidado del paciente | 0.59 | 0.51 |
| | P34. En el último año he hecho algo que no era seguro para el paciente | 0.29 | 0.37 |

- entre las premisas teóricas y los datos observados. El valor obtenido fue: $X^2 = 3,701$; p = 0.001.
- Índice comparativo de ajuste (CFI): se busca que el valor obtenido sea ≥ 0.950. Este dato nos indica que también se ajustan los datos observados a las premisas teóricas. En este caso, el valor fue de 0.951.
- Índice de ajuste de Bollen (IFI): se interpreta igual que el CFI. El valor obtenido fue de 0.953.
- Aproximación de la raíz media de los cuadrados del error (RMSEA): el valor ideal es < 0.060. Este dato quiere decir que existe poco error entre las premisas teóricas y los datos observados en la

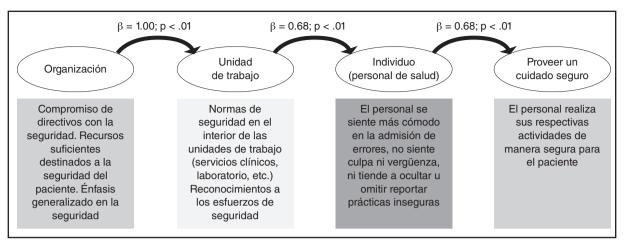


Figura 2. Relación entre los distintos niveles de la organización hospitalaria.

realidad. En este caso el valor fue de 0.24 (intervalo de confianza [IC]: 0.018-0.030).

Con base en estos resultados, es posible afirmar que las estimaciones se ajustan al modelo propuesto y que la mayor parte de los ítems (30/38) se asocian con las dimensiones pertinentes con valores > 0.30¹⁴.

La confiabilidad general del modelo fue de 0.869 por a de Cronbach, mientras que fue de 0.835 estimado a través del coeficiente de rho de Spearman. Ambos índices sugieren la estabilidad y consistencia del modelo de estimaciones¹⁴.

Con base en los resultados expuestos en la tabla 3, es posible apreciar que las cargas factoriales obtenidas en este estudio, en contraste con las reportadas por Singer, presentan poca variabilidad; sin embargo, estos hallazgos nos permiten visualizar que existen dimensiones que no están siendo claramente representadas, particularmente en nuestro estudio el «temor a la vergüenza y la culpa» muestran poca estabilidad en las cargas factoriales.

Obedeciendo al propósito principal de este estudio, se procedió a estimar las asociaciones entre los distintos niveles de la organización.

En la figura 2 se muestran los coeficientes de regresión entre la percepción de seguridad de los niveles directivos, las unidades de trabajo e individuos (personal de salud en atención directa con el paciente).

Índices de ajuste del modelo: CFI, 0.951; IFI, 0.953; Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), 0.24 (IC = 0.018-0.030).

En la figura 2 se puede apreciar que el compromiso con la seguridad comienza desde los niveles más altos de la organización y se va favoreciendo a través de las unidades de trabajo y el personal de salud. De esta manera se incrementa la probabilidad de que el

personal de salud provea un cuidado seguro al paciente.

Discusión y conclusiones

Una de las ventajas de este estudio es la aproximación metodológica a través del modelamiento de ecuaciones estructurales, lo que permitió a los investigadores analizar detalladamente las complejas relaciones entre los distintos niveles de la organización hospitalaria⁹. El análisis comprensivo de estas relaciones no había sido clarificado totalmente, dado que en el estudio de Singer sólo se reportan las características psicométricas del instrumento y se teoriza sobre las relaciones entre la organización, la unidad de trabajo y el individuo, sin especificar la dirección de las asociaciones ni la magnitud de éstas. En este estudio fue posible determinar las direcciones, así como la magnitud de los coeficientes de regresión (Fig. 2). Estos resultados aportan evidencia empírica sobre la posibilidad de aplicar el modelo teórico de Singer para entender y explicar cómo se promueve y legitima la cultura de seguridad del paciente en distintos niveles de la organización.

En particular para este estudio, y de acuerdo con las evidencias de este estudio, el aprender de los errores de los demás y reconocer los riesgos de seguridad no es una característica presente en la muestra. Los resultados indicaron que en la muestra persiste el sentimiento de culpa y el temor a ser castigado cuando se pone en riesgo la seguridad del paciente, lo que teóricamente se asocia negativamente con el hecho de poder aprender de los errores de los demás⁹. Esto queda de manifiesto en los datos mostrados en la tabla 2, en la que se aprecia

que cuatro de los ocho ítems que no convergieron con su dimensión deberían estar asociados con «temor a la vergüenza y la culpa». Probablemente esto sea un indicador de que el personal de salud de la institución no desea manifestar que ha realizado acciones que han puesto en riesgo la integridad de los pacientes.

Con relación al temor a la culpa y la vergüenza, cabe mencionar que un estudio en México entre personal de enfermería¹⁵ encontró que el 51.9% de la muestra no reportaba eventos adversos ni errores por temor a las consecuencias; este mismo porcentaje refirió que existe pérdida de información de los pacientes durante los cambios de turno y en el intercambio de unidades. Estos hallazgos apoyan la hipótesis de que en México se encuentra en desarrollo una cultura de seguridad que permita al personal de salud reportar con mayor frecuencia los errores médicos y eventos adversos. Estas acciones redundarían en la promoción del aprendizaje derivado de los errores para evitar incurrir en ellos en el futuro.

Algunas de las limitantes de este estudio fueron: el tamaño de muestra, que aunque fue representativa para el centro hospitalario donde se realizó la investigación y es posible generalizar los resultados dentro del hospital, aún falta mayor evidencia que permita extender los resultados a diversas poblaciones y centros hospitalarios del país.

Es necesario confirmar los efectos del clima de seguridad del paciente con los resultados reales de atención que se brinda al paciente. Por ejemplo, en un estudio generado en México¹⁶ se analizaron 120 expedientes clínicos para revisar los errores más frecuentes en la atención médica. Los resultados indicaron que los errores más frecuentes fueron la demora en la atención en un 50% de los casos, con un rango de 30 min hasta 79 h, en el 24% de los casos los cuidados de enfermería fueron inadecuados y la atención médica fue deficiente en el 19%; en contraste, la falta de insumos, medicamentos o de equipos necesarios para la atención fue del 4%. Este tipo de resul-

tados tendríamos que vincularlos con mediciones obtenidas del clima de seguridad, de esta forma sería viable identificar las áreas y unidades de trabajo en las que es necesario incidir para promover el cuidado seguro del paciente.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. 10 Datos sobre la seguridad del paciente. [Consultado el 8 de junio de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/
- Organización Mundial de la Salud Centro Colaborador de la OMS sobre soluciones para la seguridad del paciente. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente, 2007. Disponible en: http://www.who.int/patientsafetv/es/
- McCarthy D, Blumenthal D. Stories from the sharp end: case studies in safety improvement. Milbank Q. 2006;84(1):165-200.
- Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. Qual Saf Health Care. 2003;12 Suppl 2: ii17-23.
- Wachter RM. The end of the beginning: patient safety five years after 'to err is human'. Health Aff (Millwood). 2004;Suppl Web Exclusives:W4-534-45.
- Leape LL, Berwick DM, Bates DW. What practices will most improve safety? JAMA. 2002;288(4):501-7.
- 7. Institute for Healthcare Improvement (2005) 100k lives campaign. Disponible en: http://www.ihi.org/IHI/Programs/Campaign/
- Colla B, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: A review of surveys. Qual Saf Health Care. 2005;14(5):364-6.
- Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente: La investigación en Seguridad del Paciente: Mayor conocimiento para una atención más segura. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/es/
- Singer S, Meterko M, Baker L, Gaba D, Falwell A, Rosen A. Workforce Perceptions of Hospital Safety Culture: Development and Validation of the Patient Safety Climate in Healthcare Organizations Survey. Health Research and Educational Trust. 2007;42(5):1999-2021.
- Herrera-Kiengelher L, Zepeda-Zaragoza J, Austria-Corrales F, Vázquez-Zarate VM. Validez y Fiabilidad del Cuestionario de Cultura de Calidad en Servicios de Salud en México. Rev Calidad Asistencial. 2013;28:267-76.
- Kline RB. Principles and Practice of Structural Equation Modeling. New York: The Guilford Press. 3.ª ed.; 2011.
- Hu L, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal. 1999;6(1):1-55.
- Abell N, Springer DW, Kamata A. Development and Validating Rapid Assessment Instruments. New York: Oxford University Press; 2009.
- 15. Ramírez-Martínez ME, González Pedraza-Avilés A. Cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel. Enferm Univ [Internet]. 2017;14(2):111-7. [Consultado el 13 de junio de 2018]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51665-70632017000200111&lng=es. http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.02.006
- Fajardo-Dolci G, Meljem-Moctezuma J, Venegas-Paez F, Villalba-Espinosa I, Aguirre-Gas H. Análisis de la calidad de la atención médica en 120 pacientes que fallecieron por influenza A (H1N1). Rev CONAMED. 2012;17(1):4-12.



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A LA SALUD

Características de pacientes ostomizados de una clínica de heridas y ostomías en Ciudad de México

Nancy Lizbeth Huitzil-Tinajero* y Leticia Molina-Murrieta

Clínica de Heridas y Ostomías, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

Resumen

La ostomía de eliminación es un procedimiento quirúrgico realizado en ocasiones como parte del tratamiento en pacientes con cáncer colorrectal (CCR)1. La realización de una ostomía conlleva cambios físicos, psíquicos y sociales, así como el riesgo de complicaciones en piel periestomal. **Objetivo**: Conocer las características clínicas de pacientes ostomizados y la atención a través de la consultoría en una clínica de heridas y ostomías. Metodología: Estudio descriptivo y transversal de una base de datos de 327 pacientes hospitalizados y ostomizados, atendidos en una clínica de heridas y ostomías desde el año 2008 hasta el 2016. Resultados: El CCR fue el diagnóstico más frecuente, aunque en algunos casos la causa de las ostomías fue por la infección por Clostridium difficile (ICD). El 68% de los pacientes no desarrolló complicaciones inmediatas en la ostomía y sólo el 16% dermatitis por contacto en piel periestomal. Conclusiones: Con el conocimiento del perfil de población atendida se podrán establecer programas de atención y educación oportunos de acuerdo a las necesidades de salud específicas, así como identificar la incorporación de nuevos riesgos para la realización de ostomías. Con la promoción del autocuidado se pretende incidir favorablemente en los niveles cognitivos, afectivos y conductuales para una pronta integración en el entorno familiar, laboral y social.

Palabras clave: Ostomía. Consultoría de enfermería. Cáncer colorrectal. Infección por Clostridium difficile. Educación para la salud.

Abstract

The elimination ostomy is a surgical procedure that is performed as part of a treatment in patients with colorectal cancer. The completion of a stoma leads to physical, psychological and social changes in the patient as well as a high risk of peristomal skin complications. In view of this imminent risk. **Objective:** To know the clinical characteristics of ostomized patients and the attention through consulting in a Wounds and Ostomies Clinic Methodology: Descriptive, cross-sectional study of a database of 327 patients, who received care by nursing professionals from the Wounds and Ostomies Clinic of the year 2008-2016. **Results:** The most frequent medical diagnosis was colorectal cancer, considering inclusion of Clostridium difficile infection as an indication for the creation of ostomies. 68% of patients did not develop immediate complications in the ostomy and only 16% contact dermatitis in peristomal skin. **Conclusions:** With knowledge of the profile of the population served, appropriate care and education programs can be established, according to specific health needs. As well as identifying the incorporation of new risks for the performance of ostomies. With the promotion of self-care, it is intended to have a favorable impact on the cognitive, affective and behavioral levels for a prompt integration into their family, work and social environment. (Rev Mex Enf. 2018;6:55-60) Corresponding author: Nancy Lizbeth Huitzil-Tinajero, nanliz_28@hotmail.com

Key words: Ostomy. Nursing consulting. Colorectal cancer. Clostridium difficile infection. Health education.

Correspondencia:

*Nancy Lizbeth Huitzil-Tinajero E-mail: nanliz_28@hotmail.com Fecha de recepción en versión modificada: 13-03-2018 Fecha de aceptación: 09-05-2018 DOI: 10.24875/ENF.M18000014

Cómo citar este artículo: Huitzil-Tinajero NL, Molina-Murrieta L. Características de pacientes ostomizados de una clínica de heridas y ostomías en Ciudad de México. Rev Mex Enf. 2018;6:55-60.

Introducción

Las ostomías digestivas (ileostomías y colostomías) se llevan a cabo con fines terapéuticos en diferentes enfermedades, como CCR, enfermedades inflamatorias intestinales –entre las que se encuentran la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa–, enfermedades hereditarias como la poliposis familiar, traumatismos abdominales y enfermedades congénitas, constituyendo la principal causa para la realización de una ostomía².

El CCR es una enfermedad multifactorial considerada un problema de salud pública mundial, siendo el cáncer más común del tracto gastrointestinal y la cuarta causa de muerte por cáncer en el mundo. Respecto a los factores de riesgo para el CCR, en muchos países del mundo se ha relacionado con el aumento de la obesidad inducida por la occidentalización de la dieta con alimentos altos en calorías e inactividad física. Se ha considerado que otros factores también están relacionados con la aparición de CCR, como la poliposis y los genes responsables más comunes³.

El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) reportó 74,685 muertes por cáncer en 2010 (el 13% de las muertes en México), de las cuales el 5.4% fueron por CCR⁴.

Aunque la mayoría de los casos de CCR son esporádicos (70%), existen también pacientes con antecedentes familiares (30%). Menos del 10% del total presentan un componente hereditario importante, con predisposición a la formación de neoplasias, incluyendo CCR. Los más estudiados son el síndrome de poliposis múltiple familiar, el síndrome de Peutz-Jeghers y el cáncer de colon hereditario no polipósico⁵.

El CCR presenta una gran heterogeneidad genética debido a que puede desarrollarse por diferentes vías; entre las descritas más a menudo se encuentran las vías supresora, la mutadora y la de la metilación. La vía por la cual se produce el cáncer dependerá del gen alterado inicialmente; por ejemplo, si ocurre una alteración en un gen supresor de tumores o en un protooncogén, como APC o K-RAS, respectivamente, se desarrollará por la vía supresora; si, por el contrario, la mutación se presenta en un gen de reparación, como MLH1 o MSH2, se desencadena la vía mutadora, mientras que si se produce una inactivación en la expresión de genes por mecanismos epigenéticos, el cáncer se podría desarrollar por la vía de la metilación.

La realización de una ostomía conlleva una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales en el paciente y su familia que influyen en la percepción de su rol social; además, se asocia con una elevada tasa de complicaciones, que impactan en la calidad de vida del paciente⁷.

El abordaje de este tipo de pacientes debe traspasar el ámbito puramente biológico para transitar hacia un enfoque biopsicosocial, en el que la enfermera encuentra un campo especial de acción, de modo tal que la consejería y la ayuda en la toma de decisiones se torna de relevancia en la atención integral del usuario⁸.

Por todo lo anteriormente expuesto, el objetivo de este estudio fue conocer las características clínicas de un grupo de pacientes ostomizados atendidos en una clínica de heridas y ostomías en Ciudad de México.

Para adentrarnos en el tema es importante mencionar algunos conceptos para homogenizar la información.

Una ostomía se define como el acto quirúrgico por medio del cual se exterioriza el estoma⁹, palabra de origen griego que significa «apertura» o «boca», conceptos designativos que indican la exteriorización de una víscera hueca a través de algún segmento del cuerpo. Se realiza una ostomía frente a la necesidad de cambiar el proceso fisiológico de alimentación o eliminación de heces o gases¹⁰.

Los tipos de ostomías se pueden clasificar de acuerdo a la tabla 1.

Características normales de las ostomías

Una ostomía normal es de color rojo intenso o rosado, tiene un aspecto húmedo, parecido a las membranas de la mucosa oral, ángulo de drenaje central, altura promedio de 2.5 cm sobre el nivel de la pared abdominal y no es sensible al tacto, ya que no tiene terminales nerviosas somáticas aferentes¹².

Complicaciones de las ostomías de eliminación

La creación de una ostomía puede conllevar al desarrollo de diversas complicaciones, las cuales se han clasificado como: tempranas, en los primeros 30 días del posoperatorio, las cuales están relacionadas con las cirugías de urgencia, y tardías, desarrolladas después de los 30 días y vinculadas con múltiples factores, como la enfermedad de base, edad, músculos abdominales débiles y obesidad, entre las principales causas. Cabe mencionar que las

| Tipo de ostomías | Zona anatómica | Tipo de efluente |
|---------------------|--|---|
| lleostomías | Generalmente se localizan en el cuadrante inferior derecho del abdomen | Efluente entre líquido y semilíquido |
| Colostomía en asa | Normalmente en los segmentos transversos (cuadrantes superiores del abdomen) o sigmoides del colon (cuadrante inferior izquierdo) | El efluente puede ser pastoso a formado |
| Colostomía terminal | Generalmente en el cuadrante inferior izquierdo del abdomen | Efluente formado |
| Conducto ileal | Normalmente en el cuadrante inferior derecho del abdomen | Efluente: orina |

| Inmediatas o tempranas | Tardías |
|--|---|
| (periodo menor de 1 mes de la cirugía) | (entre las 6 y 10 semanas postoperatorias) |
| Edema | Prolapso |
| - Engrosamiento fisiológico excesivo de la mucosa | - Aumento en la longitud de la ostomía |
| Necrosis - Obstrucción del retorno vascular | Retracción de la ostomía - Se denomina retracción al hundimiento de la ostomía por debajo del nivel de la piel. Suele deberse a una excesiva tensión del intestino |
| Separación mucocutánea | Hernia paraestomal |
| - Dehiscencia de la sutura mucocutánea debido | - Hernia incisional que se desarrolla en la proximidad |
| a una tensión de los puntos de sutura | de una ostomía |
| Hemorragia - Generalmente debida a la lesión de algún vaso subcutáneo o submucoso en la sutura del intestino a la pared o úlcera en la mucosa | Estenosis - Cuando la luz de la ostomía se estrecha de forma que dificulta la salida de las heces |

complicaciones tempranas y tardías tienen relación directa con un incremento de lesiones cutáneas en la piel perilesional¹³.

Las principales complicaciones, tanto tempranas como tardías, así como las consecuencias en piel periostomal se describen en las tablas 2 y 3.

Metodología de investigación

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal de una población de pacientes hospitalizados en una institución de tercer nivel de atención en Ciudad de México.

El objetivo fue conocer las características clínicas de pacientes ostomizados y la atención a través de la consultoría en una clínica de heridas y ostomías. La muestra se conformó de una base de datos de 936 casos de pacientes que recibieron consultoría de enfermería de la clínica de heridas y ostomías en el periodo comprendido entre 2008 y 2016. Se realizó un proceso de limpieza de la base, eliminando de la misma los folios incompletos o duplicados inexactos o bien no pertinentes para excluirlos del análisis, quedando una base de datos de 327 folios. El objetivo fue conocer las características clínicas de pacientes ostomizados y la atención a través de la consultoría en una clínica de heridas y ostomías. Contar con esta información es de utilidad para identificar áreas de oportunidad que permitan mejorar los procesos de evaluación, atención y seguimiento a los pacientes ostomizados.

El análisis de la información se realizó a través del programa estadístico de SPSS, versión 20.0.

Tabla 3. Complicaciones en piel periestomal 15,16

Dermatitis por contacto

Producida por el contacto entre el efluente y la piel periestomal. Entre los principales factores que intervienen encontramos la mala localización del estoma, estoma mal construido, obesidad, complicaciones de la herida quirúrgica adyacente al estoma, etc.

Dermatitis de contacto irritativa

- De origen químico:
 - · Signos: inflamación de la piel circundante, edema, eritema, erosiones, vesículas, fisuras y exudado
 - · Síntomas: dolor, prurito, escozor
 - · Causas: filtración a la piel de fluidos de pH extremos y ricos en enzimas de características muy irritantes; altos débitos de los fluidos, uso de materiales de limpieza, solventes, estoma mal situado en zona de pliegues
- De origen mecánico:
 - · Signos: abrasión de la piel

Maceración

Se define como la denudación, ablandamiento y rotura de la piel como resultado de una larga exposición a la humedad. Proviene del latín *maceratio*, que significa «humedecer, ablandar o suavizar con agua»

- Síntomas: prurito, en ocasiones escozor
- Causas: filtración a la piel de fluidos, mala elección del sistema colector

Granuloma

Es una protuberancia epidérmica periestomal formada por pequeñas masas carnosas que aparecen alrededor de la ostomía como consecuencia de una irritación cutánea persistente, causada por puntos de sutura no retirados a tiempo o por el uso de dispositivos incorrectos que pueden lesionar la piel periestomal

- Síntomas: dolor
- Causas: filtración a la piel de fluidos, roce del estoma con el sistema colector

Metodología de recolección de datos para la base de datos

En el recorrido de supervisión por las áreas de hospitalización por parte de las integrantes de la clínica se identifican a los pacientes regularmente en el postoperatorio inmediato (1 o 2 días posteriores a la cirugía), por lo que se realiza una valoración considerando los siguientes aspectos:

- Valoración:
 - Variables sociodemográficas: edad, género, estado civil, nivel académico y ocupación.
 - Diagnóstico médico: diagnóstico, cirugía realizada.
 - Valoración de enfermería realizada por una terapista enterostomal, considerando las siguientes características: tipo de ostomía, construcción, piel periestomal, complicación inmediata y tardía. Ello permite realizar la elección del sistema colector ideal para el usuario.
- El seguimiento del paciente. Este aspecto también se lleva como parte de la atención que brinda la clínica, y los datos recabados se agregan a la base como complicaciones tardías en la ostomía y/o piel periestomal durante su estancia hospitalaria y posterior al egreso, esta última a

través de la programación de citas subsecuentes de forma ambulatoria hasta la resolución de la misma. Como parte del seguimiento también se proporciona como tercer objetivo educación para el autocuidado en domicilio.

Resultados

De los 327 pacientes incluidos, respecto al perfil epidemiológico se encontraron las siguientes variables sociodemográficas: la población ostomizada atendida tenía un promedio de edad 55 años, con un ligero predominio del sexo masculino (51.1%) y una mayoría de pacientes casados (55.7%).

En cuanto a la escolaridad, el 5% no sabía leer ni escribir, el 45% tuvo escolaridad básica, el 20% escolaridad media superior y cerca del 30% tenía estudios universitarios y posgrado. En cuanto a la ocupación, el 54% no tenía actividades laborales que le generaran ingresos económicos.

Diagnósticos médicos asociados al procedimiento de la ostomía

El diagnóstico más frecuente en la población fue el de CCR, seguido de la sepsis abdominal; sin embargo,

es de importancia considerar la reciente inclusión de la ICD entre las principales indicaciones para la realización de las ostomías de eliminación.

Valoración del tipo y características de la ostomía

La ostomía de eliminación realizada con mayor frecuencia fue la ileostomía. Respecto a la construcción de las ostomías, el 76% fueron de una boca, el 11% de asa y el 13% de doble boca. En el 80% del total de la población estudiada la ostomía tuvo una altura normal, en el 17% fue plana y en el 3% larga.

La complicación inmediata que se presentó con mayor frecuencia fue el edema, y respecto a la piel periestomal, la dermatitis por contacto.

Discusión

Las ostomías de eliminación son procedimientos que requieren de cuidados oportunos y eficientes del profesional de enfermería, así como de nuevas aportaciones para la mejora en la atención de esta población.

El promedio de edad de la población en estudio es de 55 años, con una desviación estándar de 18, por lo que es considerada una población productiva, con predominio del género masculino. El diagnóstico más frecuente para realizar una ostomía como parte del tratamiento fue el de CCR, como se reportan en otros estudios en México^{17,18}.

Un hallazgo de interés fue la inclusión de la ICD en el año 2016 como indicación para la realización de una ostomía como parte del tratamiento en tres pacientes; sin embargo, no se tienen datos del grado de complicación para ameritar la realización de dicho procedimiento. Un estudio chileno reporta casos por ICD en los que la ileostomía es un tratamiento de elección para pacientes ante eventos de urgencia por colitis fulminante¹⁹.

En EE.UU., en 2011 se publica un artículo sobre un dilema ético asociado con el tratamiento quirúrgico de la colitis fulminante de *C. difficile* referente a la colectomía abdominal total para el tratamiento²⁰.

En relación con las complicaciones inmediatas, la más frecuente es el edema, presente en un 23.4%; en lo que respecta a la piel periestomal, solamente el 16.4% desarrolla dermatitis por contacto, desconociendo el tiempo en que se desarrolló esta última. Vale la pena citar que después de la primera valoración realizada por las enfermeras de la clínica de heridas, el profesional de enfermería que proporciona

cuidado directo al paciente es quien realiza los cambios del sistema colector; así mismo, en ocasiones se ha identificado que los pacientes no tienen el sistema indicado, lo cual conlleva complicaciones y gastos innecesarios de recursos, lo cual sin duda es un área de oportunidad en que se debe fortalecer promoviendo la educación continua en el profesional de enfermería que proporciona cuidado a pacientes ostomizados.

La dermatitis por contacto se encuentra con mayor frecuencia en pacientes portadores de una ileostomía (38), de las cuales 11 tenían una forma plana, lo cual se considera un factor de riesgo para su desarrollo. En estos pacientes el tratamiento tópico de primera elección en la institución es a base de protectores cutáneos en aerosol sin base de alcohol, logrando la resolución de la misma.

Al realizar la valoración de la ostomía, se encontró que la mayoría tenía construcción de una boca, con altura normal, a diferencia de lo reportado por Cruz Castañeda y Noguez, quienes reportaron una incidencia mayor de pacientes con ostomías planas y protruidas¹⁴.

El cuidado de enfermería al paciente con ostomía implica la visión del mismo como un ser holístico con múltiples dimensiones y necesidades, donde se persigue el bienestar individual y la reintegración en la sociedad considerando factores como la adaptación del paciente al estoma, lo cual va a depender de situaciones como la enfermedad de base (si se acaba de realizar el diagnóstico o hace ya tiempo que se vive con la enfermedad), el pronóstico (enfermedad benigna o maligna), las condiciones de la intervención quirúrgica (programada o urgente), las complicaciones del estoma en caso de existir y las características psicosociales y culturales.

De igual forma, considerar la inclusión de información relevante en las bases de datos que puedan propiciar un análisis más profundo sobre la epidemiología de los pacientes con ostomías de eliminación, así como para el desarrollo de programas de atención individualizados dirigidos al paciente ostomizado que incluya la valoración de enfermería a través de un modelo teórico, proceso enfermero, interrelación NANDA (diagnósticos de enfermería), NIC (clasificación de las intervenciones enfermeras) y NOC (clasificación de resultados de enfermería) y acciones esenciales para la seguridad del paciente²⁰.

A partir de esta investigación se realizarán cambios en el proceso psicoeducativo para dirigirlo en primera instancia al paciente, y se reestructurará el proceso para valorar en la medida de lo posible al paciente antes de su intervención quirúrgica.

Conclusiones

Los hallazgos encontrados permiten identificar las características de la población atendida en una clínica de heridas y ostomías, información trascendental para el desarrollo de programas de

del autocuidado, e interviniendo sobre niveles cognitivos, afectivos y conductuales para conseguir una rápida integración en su entorno familiar, laboral y social.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

Bibliografía

- Morgan Villela G, et al. Factores de riesgo para cáncer colorrectal. Gaceta Mex Oncol. Sociedad Mexicana de Oncología A.C. Gamo. 2008;7(Supl 4).
- Bonill-de-las-Nieves C, Celdrán-Mañas M. Conviviendo con estomas digestivos: estrategias de afrontamiento de la nueva realidad corporal. Rev Latino-Am Enfermagem. 2014;22(3):394-400.
- Meljem Lizárraga JL, Sánchez Cuén JA. Frecuencia de cáncer colorrectal en pacientes con cirugía de colon. Rev Esp Med Quir. 2012;17(1):24-8.
- Aldaco Sarvide F, Pérez-Pérez P, Cervantes-Sánchez G, Torrecillas-Torres L, Erazo-V AE. Mortalidad por cáncer en México 2000-2010: el recuento de los daños. GAMO. 2012;11(6):371-9.

- 5. Passalacqua HC, Aravena CT, Castillo TS. Genética del cáncer de colón. Rev Hosp Clín Univ Chile 2010:21:162-9
- Juárez-Vázquez CI, Rosales-Reynoso MA. Cáncer colorrectal CCR): alteraciones genéticas y moleculares Gac Med Mex. 2014;150-4.
- De Miguel Velasco M, Jiménez Escovar F. Módulo 3. Complicaciones de los estomas. En: Abaco 4, actualización de las bases de coloproctología. Programa de formación médica continuada. Disponible en: http://campusabaco.org/pdf/ Abaco4.UnidadDidactica.Modulo3.pdf. [Consultado el 7 de noviembre de 2017].
- Ferreira Umpiérrez A. Viviendo con una ostomía: percepciones y expectativas desde la fenomenología social. Texto Contexto - Enfermagem. 2013;22(3):687-94.
- Noda Sardiñas CL, Alfonso Alfonso LE, Fonte Sosa M, Valentín Arbona FL, Reyes Martínez ML. Problemática actual del paciente con ostomía. Rev Cub Med Mil. 2001;30(4):256-62. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php script. [Consultado el 7 de noviembre de 2017].
- Espinoza CG, Nicolás Pereira C, Javiera Benavides T, Rostión CG. Ostomías abdominales en pediatría: Una revisión en la literatura. Rev Ped Elec. 2008:5(3)38-48.
- 11. Guía de práctica clínica basada en evidencia científica para el marcaje y manejo integral de personas adultas con estomas de eliminación. Asociación Mexicana de Cirugía general. Colegio de postgraduados en cirugía general. Federación nacional de colegios especialistas en cirugía general. Asociación Mexicana para el Cuidado Integral y cicatrización de Heridas, A.C. 2011.
- Contreras Ruiz J. Abordaje y manejo de las heridas. México: Editorial Interistemas; 2013.
- Vives Nadal R, Vlacayo Peñalba AM, Iglesias Zamora ME. Dermatosis alrededor de ostomías. Piel. 2007;22(3):119-31.
- De Miguel Velasco M, Jiménez Escovar F, Parajó Calvo A. Actualización de las bases en coloproctología. Complicaciones de las estomas. Programa de formación médica continua. Módulo 3. [En internet]. Disponible en: http://campusabaco.org/pdf/Abaco4.UnidadDidactica.Modulo3.pdf
- López Madrid A. Cuidados de la ostomía y piel periestomal en el paciente colostomizado. Trabajo de fin de grado Enfermería. España: Universidad de Jaén; 2014.
- Cruz-Castañeda O, Cano-Garduño MA, Pat-Castillo L, Sánchez-Bautista MP, Espinosa-Estévez JM, Rivas-Espinosa JG, et al. Epidemiología de ostomías de eliminación en diferentes unidades de salud del Distrito Federal. Revista CONAMED, Suplemento de Enfermería. 2009.
- Charúa-Guindic L, Benavides-León CJ, Villanueva-Herrero JA, Jiménez-Bobadilla B, Abdo-Francis JM, Hernández-Labra E. Calidad de vida del paciente ostomizado. Cir Cir. 2011;79(2):149-55.
- Lital Meyer S. Infection: Epidemiology, Diagnostic and Therapeutic Strategies. Rev. Med Clin Condes. 2014;25(3):473-84.
- Olivas AD, Umanskiy K, Zuckerbraun B, Alverdy JC. Avoiding colectomy during surgical management of fulminant Clostridium difficile colitis. Surg Infect (Larchmt). 2010;11(3):299-305.



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN EN SALUD

Proceso de entrega-recepción de paciente trasladado por helicóptero en un hospital de tercer nivel de atención

Gabriela Urincho-Pérez^{1*}, Ariel Rojas-Ávila², José Alfredo Bedolla-Álvarez², Shareny Ediocin Sandoval-Pérez³ y Ángel Tlotzin Domínguez-Díaz²

¹Enfermera Jefe; ²Paramédico, Servicio de Urgencias, Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra; ³Servicio de Terapia Intensiva; Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Ciudad de México, México

Resumen

Introducción: El traslado aéreo intrahospitalario de pacientes graves es un procedimiento cada vez más común debido a la pronta y eficaz atención personalizada y al beneficio que se obtiene al minimizar los tiempos de traslado. Es un procedimiento del cual se apoyan los Servicios de Salud del Gobierno Federal, Estatal y Local, en pacientes con politrauma, código Infarto, código Mater y pacientes con quemaduras graves. Debido a este aumento de traslados conviene contar con una adecuada coordinación en la recepción, manejo, traslado y entrega de los pacientes para disminuir los riesgos para el paciente. Objetivo: Socializar el proceso del traslado aéreo del paciente grave en una institución de tercer nivel de atención de la Ciudad de México. Conclusiones: Se requiere establecer un procedimiento que permita claridad de las funciones de cada miembro del equipo y cumpla con las exigencias que se requiere en un traslado de pacientes por vía aérea, con la finalidad de lograr resultados óptimos en tiempo y recursos, garantizando en todo momento la seguridad del paciente, así como la disminución de cualquier riesgo, manteniendo en todo momento las medidas de seguridad de todo el equipo.

Palabras clave: Traslado del paciente por helicóptero. Proceso de entrega y recepción del paciente. Organización del personal multidisciplinario.

Abstract

Introduction: The intrahospital air transfer of serious patients is a procedure that is increasingly common due to the prompt and effective personalized attention and the benefit obtained by minimizing the transfer times. It is a procedure supported by the Health Services of the Federal, State and Local Government, in patients with Polytrauma, Code Infarction, Mater Code, Patients with Serious Burns. Due to this increase in transfers, it is necessary to have adequate coordination in the reception, handling, transfer and delivery of patients, in order to reduce risks for the patient. **Objective:** socialize the process of the air transfer of the serious patient in a third-level care institution in Mexico City. **Conclusions:** It is necessary to establish a procedure that allows clarity of the functions of each member of the team, which meets the requirements that are required in a transfer of patients via air. This to achieve optimal results in time and resources, guaranteeing at all times the safety of the patient as well as reducing any risk, maintaining at all times the security measures of the entire team. (Rev Mex Enf. 2018;6:61-5)

Corresponding author: Gabriela Urincho-Pérez, cuerinchogaby@yahoo.com.mx

Key works: Transfer of the patient by helicopter. Patient delivery and reception process. Multidisciplinary personnel organization.

Correspondencia:

*Gabriela Urincho-Pérez E-mail: cuerinchogaby@yahoo.com.mx Fecha de recepción en versión modificada: 14-11-2017

Fecha de aceptación: 26-05-2018 DOI: 10.24875/ENF.M18000013

Introducción

El transporte aéreo del paciente grave es una opción favorable en el otorgamiento de una atención prioritaria de la manera más pronta y eficaz a centros hospitalarios especializados, ante lo cual, previamente se han valorado los posibles riesgos contra los potenciales beneficios de dicho traslado¹.

En la primera guerra mundial los alemanes utilizaron dirigibles para transportar heridos desde hospitales de campaña hasta centros hospitalarios en grandes ciudades como Berlín o Múnich, y durante la segunda guerra mundial se empezaron a utilizar aviones de transporte para trasladar heridos desde bases aéreas hacia Alemania, Inglaterra, Francia y Japón.

El rápido incremento en el uso de helicópteros para el transporte de pacientes desde el inicio de la década de 1980 es la culminación de las innovaciones ocurridas durante décadas en la medicina militar.

El transporte aéreo presenta ventajas en el traslado de menor tiempo y mejor acceso a zonas en cuanto a contingencias del tráfico terrestre.

En México, actualmente la Secretaría de Seguridad Pública de la Ciudad de México (SSP-CDMX), a través de la Dirección General de Servicios Aéreos Cóndores, realiza servicios de ambulancia aérea para atender de manera inmediata a pacientes en situación de emergencia. Se estima que una ambulancia terrestre tarda hasta 45 min en comparación a los 4 min aproximadamente del traslado en helicóptero².

El transporte interhospitalario de pacientes graves tiene como objetivo extender las capacidades de las unidades de cuidados intensivos de los hospitales regionales o de zona que no cuentan con el nivel asistencial del requiere el paciente, por lo que son trasladados a otra institución que cubra el nivel de atención que demanda el estado del paciente.

El Instituto Nacional de Rehabilitación. Luis Guillermo Ibarra (INRLGII) de la Ciudad de México cuenta con dos helipuertos: uno ubicado en la torre de ortopedia, con una capacidad de 2.5 toneladas -señalizado como Helipuerto de la Secretaría de Salud (HSS),- y otro en la torre del CENIAQ (Centro Nacional de Investigación y Atención al Paciente Quemado), con una capacidad de 3 toneladas -señalizado como XITLE-, que resisten el peso de helicópteros ligeros y medios con capacidad para trasladar una o dos camillas.

El liderazgo del profesional de enfermería en el ámbito de la emergencia intrahospitalaria no es nuevo, y cada día está cobrando mayor relevancia y presen-

cia; sin embargo, también se ha tenido la necesidad de que la enfermera participe dentro del equipo multidisciplinario en el traslado aéreo.

Las características tan específicas que tiene la asistencia en este ámbito hacen que el profesional de enfermería tome decisiones con base a la valoración de enfermería, diagnostique, establezca prioridades y proporcione cuidados de calidad y seguridad para el momento en el que el paciente sea trasladado por vía aérea.

En este sentido, el objetivo del presente trabajo es perfilar el proceso del traslado aéreo del paciente grave en una institución de tercer nivel de atención de la Ciudad de México.

Generalidades

El traslado aéreo del paciente es el procedimiento por el cual se entrega o se recibe un paciente en aeronave de ala rotativa minimizando incidentes o accidentes¹.

El traslado aéreo está indicado en pacientes graves compatibles con la vida, que se encuentran dentro del periodo crítico (hora dorada), que tengan probabilidades de sobrevida y de reintegrarse a la vida socioeconómica, pacientes de primera prioridad código rojo de Triage, pacientes para entrega/recepción interhospitalaria y pacientes ingresados en el servicio de urgencias para una atención inmediata, en los cuales es primordial dar estabilidad al protocolo AB-CDE, en donde A corresponde a vía Aérea, B a Breathing («ventilación y oxigenación controlada»), C a Circulación y hemorragias (lo que implica reemplazo de volumen y/o hemostasia), D a Disability («estado neurológico»), en donde es importante valorar la escala de coma de Glasgow, y finalmente E a Exposición del paciente para detectar todas las lesiones y mantener el control de la temperatura^{3,4}.

Las contraindicaciones son pacientes en paro cardiorrespiratorio, pacientes contaminados con químicos peligrosos como el formol, cloro y radioactivos, pacientes bajo resguardo policial, pacientes inestables que en vuelo tengan probabilidad de muerte, pacientes infectocontagiosos, por ejemplo, gangrena gaseosa, meningitis, y traslados cortos^{5,6}.

Desde esta perspectiva se realiza la propuesta del proceso de entrega-recepción del paciente traslada-do por helicóptero en un hospital de tercer nivel de atención con el objetivo de perfilar el proceso del traslado aéreo del paciente grave en una institución de tercer nivel de atención de la Ciudad de México.

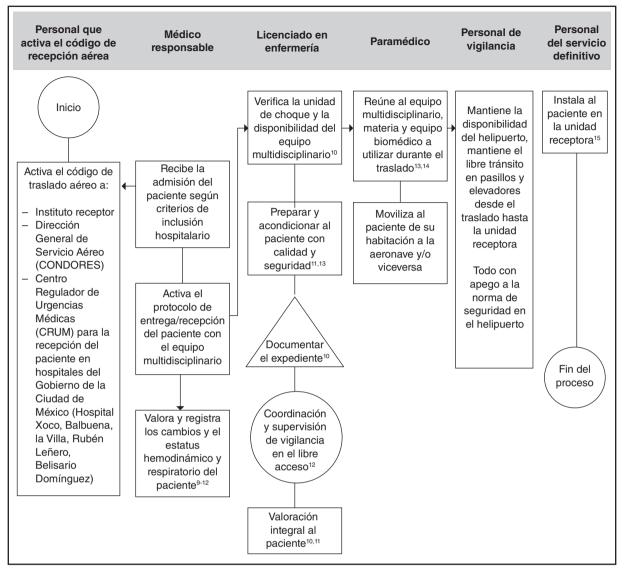


Figura 1. Flujograma en bloques del procedimiento administrativo de la recepción/entrega del paciente para traslado aéreo (fuente: Servicio de Urgencias de una institución de tercer nivel de atención de Ciudad de México).

Dicha propuesta está dirigida a médicos, enfermeras, paramédicos con elementos de seguridad en plataforma, personal de protección civil, personal de seguridad, personal de mantenimiento y profesionales del área interesados.

A través del procedimiento se pretende ordenar y diseñar un protocolo de actuación como herramienta de trabajo que incluya todos los procesos vinculados de manera específica al traslado aéreo del paciente grave en una institución de tercer nivel de atención de la Ciudad de México de una manera práctica y operativa y que, además, pueda ser utilizada con un considerable grado de sencillez por todos los posibles usuarios (Fig. 1). Las limitaciones las encontramos en la falta de normativas y leyes que puedan respaldar este pro-

cedimiento en la Cuidad de México; sin embargo, no debe olvidarse que es imperativo comenzar a establecer lineamientos seguros para este tipo de pacientes.

Equipo multidisciplinario que participa en el proceso del traslado aéreo⁷

- Profesionales en tierra:
 - · Médico.
 - · Licenciado en Enfermería.
 - Paramédico con curso de seguridad de plataforma.
 - · Personal de protección civil.
 - Personal de seguridad.
 - · Personal de mantenimiento.

- Profesionales aeromédicos:
 - Piloto de aeronave.
 - · Médico.
 - · Paramédico.

Características del helipuerto^{7,8}

- Medidas de 10 x 14 m.
- Triángulo en el centro con punta discontinua dirigida al norte magnético de la Tierra.
- Cono de viento.
- Círculo que delimite el diámetro del rotor principal.
- Luces de plataforma en buen estado.
- Extintor o cañón de bomberos (Figs. 2-4).

Material y equipo aéreo^{1,3,9}

- Desfibrilador.
- Respirador artificial (ventilador).
- Equipo de monitorización avanzada.
- Equipo de vía aérea:
 - Bolsa con válvula y/o mascarilla de diferentes tamaños.
 - · Equipo completo para soporte ventilatorio.
 - Tanque de oxígeno tipo «D» o «E» (350-600 l, respectivamente).
- Collarines cervicales.
- Botiquín aéreo.
- Camilla espinal larga.
- Equipo de inmovilización.
- Portasueros.

Equipo del cubículo de choque9

- Camilla.
- Monitor de signos vitales.
- Carro de paro.
- Tomas de oxígeno.
- Toma de aire.
- Sistema de aspiración.
- Carro de curaciones.
- Tubos para muestras de laboratorio.

Material de consumo

- Acetona.
- Algodón.
- Isodine.
- Solución de irrigación de agua estéril.
- Jeringas.
- Agujas de diferentes calibres.



Figura 2. Cortesía de T.P.U.M. Ariel Rojas. Base Cóndores de la SSP-CDMX.



Figura 3. Equipo aéreo. Cortesía de T.P.U.M Ariel Rojas. Base Cóndores de la SSP-CDMX.



Figura 4. Personal multidisciplinario que interviene en la recepción del paciente: médico, licenciada en Enfermería, licenciada en Trabajo Social, paramédico y vigilante.

- Hojas de bisturí de diferentes números.
- Parches adhesivos transparentes.
- Paquetes de gasas estériles.
- Cubrebocas.
- Gorros desechables.
- Guantes.
- Estériles.

Formatos administrativos⁸

- Hoja de registros clínicos de enfermería.
- Hoja de bitácora de incidencias, entrega/recepción de paramédicos.

Puntos importantes de seguridad en el helipuerto¹²

- Evitar ingresar al helipuerto con objetos que puedan ser removidos con facilidad por el flujo de aire, como por ejemplo papeles, estetoscopio, etc.
- Esperar la indicación del personal aeronáutico antes de ingresar al helipuerto.
- No hacer maniobras que rebasen la propia altura del personal en la zona del disco rotor, como levantar las manos, cambio de sueros, etc.
- Todo el personal debe ingresar ligeramente inclinado.
- La parte más segura para ingresar es por la parte frontal de la aeronave, ya que ésta presenta mayor estabilidad.
- Contar con un extintor y personal para operarlo en caso de ser necesario.
- Todo el personal involucrado deberá contar con calzado apropiado con suela antideslizante.
- Mantener las puertas cerradas.
- Todo el personal involucrado deberá contar con protectores oculares y auditivos.
- Todos los aparatos electromédicos con los que se recibe o se entrega al paciente se quedarán en el hospital, y será responsabilidad del hospital emisor recuperar los aparatos electromédicos, férula espinal larga y sistema de inmovilización
- Cuando el centro solicite el apoyo aéreo, en el momento de realizar la inmovilización completa del paciente será necesario dejar los accesos vasculares y los tubos de ventilación libres y fuera

- de la inmovilización, para poder realizar los cambios y ajustes necesarios sin problemas.
- En los casos del traslado de pacientes interhospitalarios, sólo se llevará a cabo cuando el paciente se encuentre estabilizado mediante el protocolo ABCDE.

Conclusiones

Se requiere establecer un procedimiento que permita claridad de las funciones de cada miembro del equipo y cumpla con las exigencias que se requiere en un traslado de pacientes por vía aérea, como lo requiere el INRLGII, con el fin de lograr resultados óptimos en tiempo y recursos, garantizando en todo momento la seguridad del paciente, así como la disminución de cualquier riesgo, manteniendo en todo momento las medidas de seguridad de todo el equipo.

Bibliografía

- Hernández MN, Ramos Olvera CE. Transporte aeromédico del paciente crítico. Medigraphic. 2007;XXI(4):200-6.
- Martínez F. Cóndores, el rescate de vidas. [Monografía en Internet]. México: El Universal; 2012. [accesado el 1 de febrero de 2018]. Disponible en: http://archivo.eluniversal.com.mx/ciudad/109893.html
- Rubiano AM. Transporte de pacientes politraumatizados. Academia [Internet]. 2017 [Citado el 2 de febrero de 2018]. Documento de trabajo. Bogotá. 2001. Disponible en: http://www.academia.edu/10362880/Transporte_de_pacientes politraumatizados
- 4. García TS. Traslado secundario de alto riesgo. Rol de Enfermería. 1997;211:56-62.
- 5. Fernández GJ. Triage: atención y selección de pacientes. Trauma. 2006;9(2):48-56.
- Hernández JN, González EC, Romero JC, de Banos LC. Transporte intrahospitalario del paciente grave. Necesidad de una guía de actuación. Enfermería Intensiva. 2011;22(2):74-7.
- SEGOB. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-014/2-SCT3-2014, que establece los lineamientos técnicos de infraestructura para los helipuertos. [Monografía en Internet]. México: Diario Oficial de la Federación; 2015. [accesado el 20 de febrero de 2018]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_ detalle.php?codigo=5412066&fecha=20/10/2015
- Urincho PG, Rojas A. Procedimiento de traslado vía aérea del paciente con infarto agudo al miocardio. Manual de procedimientos hemodinámicos. 2017. Buenos Aires: SOLACI: 2017. p. 194-200.
- Chocarro GL, Venturini MC. Procedimientos y cuidados de enfermería Médico-Quirúrgica. Madrid, España: Elsevier España, S.A; 2006.
- Metas internacionales de seguridad del paciente. [Monografía en Internet]. 2016. [Consultado en enero de 2018). Disponible en: www.calidad.salud.gob. mx/site/calidad/dsp-sp_03.html
- Dirección de enfermería Hospital Universitario Reina Sofía. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. 3.ª ed. Córdoba; 2001.
- Sociedad Argentina de Medicina y Cirugía el Trauma. Trauma. Prioridades. Argentina: Editorial Médica Panamericana; 2002.
- BELT. Funciones de vigilantes en helipuerto. [Monografía en Internet]. 2016. [Consultado el 22 de febrero de 2018]. Disponible en: http://www.belt.es/expertos/HOME2_experto.asp?id=6247
- 14. Hunt RC, Bryan D, Brinkley S, Whitley TW, Benson NH. Inability to assess breath during air medical transport by helicopter. JAMA.1991;265(15):1982-4.
- Alcudia CCM, Alonso Al, Álvarez TMJ, Álvarez VS, Aparcero VC, Aponte TI, et al. Manual de procedimientos generales de enfermería. [Libro electrónico]. España: Hospital Universitario Virgen del Rocío. Servicio Andaluz de Salud; 2012. [Consultado el 3 de marzo de 2018] Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/ procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

ARTÍCULO DE PERSPECTIVA

Profesionalización de los directivos de la salud: los directivos de enfermería

Júlia Esteve-Reig

Asesora del Consejo de Administración de Bonoom Healthcare, Barcelona, España

Resumen

La conveniencia de profesionalizar la función directiva y la necesidad de determinar el perfil y las competencias específicas de los directivos sanitarios, su formación, acreditación y evaluación del desempeño, ha sido tema de interés a lo largo de los últimos años. Actualmente ejercer el cargo de directivo de la salud constituye una actividad laboral carente de reconocimiento profesional. La profesionalización debería contribuir a que este trabajo se consolidara como una profesión para disponer de directivos que asumieran la transparencia, la coherencia ética y el buen gobierno como base para asegurar la calidad en el servicio y la atención al ciudadano, así como la sostenibilidad desde la integridad. Este artículo expone los argumentos imperiosos para lograr la participación de las enfermeras en las estructuras de dirección sin distinción del resto de los grupos profesionales.

Palabras clave: Profesionalización. Directivos de la salud. Directivos de enfermería.

Abstract

Professionalism in the leadership role and the need to determine the profile and ability of health managers through training, accreditation and performance evaluation has been the subject of interest over recent years. Exercise for health directors is currently devoid of recognition as a professional activity. Professionalization should help contribute to this, along with promoting transparency, ethical coherence and good organization to ensure quality of service, client satisfaction and integrity. This article suggests that nurses should integrate in organizational structures in the same way as other professional groups. (Rev Mex Enf. 2018;6:66-70)

Corresponding author: Júlia Esteve-Reig, jesteve.reig@gmail.com

Key words: Professionalization. Health managers. Directors of nursing.

Introducción

La profesionalización de los gestores sanitarios y su papel en la gestión de las organizaciones sanitarias ha sido tema de interés a lo largo de los últimos años, como queda acreditado en una extensa relación de informes, propuestas y recomendaciones acerca de la conveniencia de profesionalizar la función directiva y la necesidad de determinar el perfil y las competencias específicas de los directivos de la salud, así como cuál ha de ser su formación, acreditación y evaluación de su desempeño.

Hoy en día pocos dudan de que la profesionalización de los directivos de la salud y, en consecuencia,

Correspondencia:

*Júlia Esteve-Reig E-mail. jesteve.reig@gmail.com Fecha de recepción en versión modificada: 22-05-2018 Fecha de aceptación: 04-06-2018 DOI: 10.24875/ENF.M18000011 de la gestión sanitaria es esencial para que el sistema funcione de forma óptima en términos de garantía de resultados en salud y eficiencia. Como afirma J. Estévez, «los resultados en salud y la eficiencia se erigen en garantías de la sostenibilidad del sistema sanitario»¹.

Sin embargo, a pesar de las propuestas o recomendaciones de políticos, gestores y expertos que califican la profesionalización como imprescindible, no se han producido cambios sustanciales en los últimos años. Disponer de un sistema de profesionalización de los directivos, adaptado a la idiosincrasia de cada contexto sanitario, con perfiles multidisciplinares, despolitizados y orientado a lograr una gestión que aporte excelencia a los resultados en salud y sostenibilidad al sistema parece que sigue siendo más un deseo que una realidad.

Hoy por hoy, ejercer el cargo de directivo de la salud consiste en desarrollar un puesto de trabajo diferente al del profesional asistencial, es decir, constituye una actividad laboral carente de reconocimiento profesional. La profesionalización contribuiría a que esta ocupación llegara a ser considerada como una profesión y, así mismo, favorecería la generación de nuevos directivos, especialistas, que asumirían la transparencia, la coherencia ética y el buen gobierno como base para asegurar la calidad en el servicio y la atención al ciudadano y la sostenibilidad desde la integridad.

La profesionalización

Los términos profesión y profesionalización son conceptos de uso frecuente y común, empero a menudo, y dependiendo de quién los utilice y con qué finalidad, sus significados y aplicaciones varían considerablemente.

El uso común del término *profesión* tiene diferentes significados: empleo, facultad u oficio. Éste varía según su función en el campo laboral, las estructuras sociales y el contexto en el que se desenvuelve, por lo que no hay una única definición de dicho término que sea universal.

Fernández, al hablar del concepto de *profesión*, puntualiza: «[es] una ocupación que monopoliza una serie de actividades privadas sobre la base de un gran acervo de conocimiento abstracto, que permite a quien lo desempeña una considerable libertad de acción y que tiene importantes consecuencias sociales»². Este autor identifica importantes elementos en la profesionalización, tales como la formación educa-

tiva de alto nivel, la estructura organizativa, la vinculación con las estructuras de poder, el estatus, la actualización continua y la búsqueda de autonomía, que permiten consolidar una determinada actividad en una profesión completa.

Por su parte, Cortina define profesión como: «una actividad social cooperativa e institucionalizada, cuya meta interna consiste en proporcionar a la sociedad un bien específico e indispensable para su supervivencia como sociedad humana, para lo cual se propicia el concurso de la comunidad de profesionales que, como tales, se identifican ante la sociedad»³.

Según Cortina, «hay que conocer qué meta tiene una profesión, y aprender y aplicar la técnica para hacer el bien para obtener esa meta. Una profesión es, además, una actividad cooperativa». Vocación, excelencia, responsabilidad, confianza... son bienes internos por los que debe apostar un profesional ético y con ello puede conseguir bienes externos como el prestigio o el reconocimiento, el dinero o el poder, pero «lo que especifica una profesión es el bien interno»³.

Ludevid –en el discurso inaugural del I Congreso Nacional de Profesiones (2018) – afirma: «Las profesiones colegiadas conforman una categoría social reconocida, que es a su vez consecuencia de la evolución histórica de siglos, alcanzando su estatus actual en los Tratados de Roma (1957), recogidos y desarrollados con posterioridad en diferentes normas y costumbres de los distintos países europeos»⁴.

Actualmente, y a *nivel mundial*, cuestiones como los derechos ciudadanos, sociedad digital y globalización, entre otros, explican la necesidad de deliberar sobre la finalidad y la actividad social de las profesiones a favor de las nuevas necesidades individuales y colectivas.

Para abordar el concepto de *profesionalización*, a partir de algunos elementos coincidentes en diversas definiciones, podemos inferir que una profesión es aquella actividad que proporciona bienes y servicios a la sociedad, que requiere conocimiento teórico (competencias específicas), dominio de la praxis (competencias metodológicas), aptitudes y actitudes (competencias transversales o genéricas), ejercicio de la deontología y de la ética profesional, aprendizaje de la experiencia como interacción de la teoría y la práctica, corporación profesional reconocida, autonomía y responsabilidad profesional, y criterios restringidos de acceso (formación reglada).

Así pues, cualquier profesión requiere de una profesionalización que implica identidad profesional, competencias específicas, requisitos de acceso, formación asociada, desarrollo profesional y procesos de evaluación del desempeño profesional⁵.

Si entendemos el término *profesionalización* como el proceso por el que una actividad u ocupación llega a ser una profesión, es decir, alcanza un nivel de desarrollo pleno y óptimo, la profesionalización presume idea de progreso, la cual puede diferir de un país a otro: «Este proceso es variable y discontinuo, lo cual significa que es más incierto e inseguro, que está sujeto a tensiones y conflictos de diversa naturaleza, y que es unívoco y lineal»⁶.

Existen distintas definiciones que concluyen que las profesiones son necesarias debido a las demandas sociales con el fin de que se les dote de unos servicios. No obstante, la profesionalización no se basa sólo en las expectativas de la sociedad, sino también en motivaciones de los profesionales e intereses del estatus profesional. Así, el reconocimiento social del grupo es tan considerable como prestar un servicio y atención de calidad al ciudadano.

Palacios y Zúñiga afirman: «El concepto de *profesio-nalización* surge del enfoque tradicional de las profesiones, en un esfuerzo por superar los problemas de definición⁷».

Según estos autores, la bibliografía reconoce dos tipos de profesionalización: la profesionalización inducida, que surge de las necesidades objetivas del contexto económico y social de un país, y la profesionalización ficticia, que consiste en una secuencia de movidas estratégicas que realiza una ocupación con el fin de mejorar o defender su posición dentro de la estructura de poder del campo cultural en que se desarrolla.

En el contexto de la gestión sanitaria, que es el que nos ocupa, la profesionalización surge por los diferentes acontecimientos económicos y sociopolíticos que se producen en cada época y en cada contexto, y tiene como fin principal contribuir a una mejor eficacia, eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario.

Los directivos de la salud

Según Guerrero, las funciones que ejercen los directivos son básicas tanto para ampliar la calidad y la sostenibilidad del sistema, por lo que la dirección y gestión sanitaria se constituyen como una profesión basada en el compromiso inherente del servicio a la salud, como para desarrollar a un buen profesional con conocimiento del marco institucional en una actitud pedagógica y de solidaridad con la salud de la población.

Por tal motivo, la calidad y la excelencia son imprescindibles en la profesionalización, es decir, «no se trata de concesiones graciables o complacientes, sino de valores que todos los gestores deben tener asumidos. De igual forma, tanto los centros como los profesionales sanitarios tienen una responsabilidad social: los centros deben ser gobernados con transparencia absoluta y potenciar la seguridad del paciente y las buenas prácticas por parte de todos»⁸.

Respecto a la profesionalización de los directivos de enfermería, de acuerdo con el Colegio Internacional de Enfermeras (CIE) «las realizaciones de las enfermeras gestoras han de recompensarse de la misma manera que las de los demás gestores. Al mismo tiempo, esas enfermeras han de demostrar las ventajas que reporta su inclusión en puestos clave. A las enfermeras gestoras deben aplicárseles clasificaciones de puestos adecuados, equivalentes a las que se aplican a otros gestores del mismo nivel y según sus atributos profesionales y su nivel de responsabilidad⁹. Sin embargo, en los profesionales de enfermería existe también una innegable desigualdad en las posibilidades de acceso a determinados puestos de gestión, esto es, su crecimiento profesional se ve mermado por la falta de oportunidades e incentivos.

La desigualdad también se da, lamentablemente, de género. Estudios sobre liderazgo, mujeres y enfermería, cada vez más frecuentes a nivel internacional, confirman que siguen existiendo barreras que impiden alcanzar cargos de alta dirección a las mujeres. Esta desigualdad se acrecienta en las profesiones tradicionalmente feminizadas, como es la de enfermera, en la que encontramos junto al «techo de cristal» que frena el acceso a estos puestos, una menor valoración del trabajo que realizan, menos representación, menores salarios y los mismos frenos autoimpuestos, «techo de cemento»*.

En palabras de Garrido: «en tanto cuanto el acceso a los puestos directivos esté profesionalizado y sistematizado en torno a criterios objetivos de selección y evaluación, la profesionalización ayudará a que dicho acceso por parte de hombres y mujeres sea más equitativo»¹⁰.

^{*«}Techo de cristal» se refiere a las barreras invisibles que impiden una igualdad real en la promoción de las mujeres a puestos jerárquicos más altos aunque exista igualdad formal de cualificación, logros y méritos, en el acceso a los mismos. «Techo de cemento», en cambio, hace referencia a las barreras autoimpuestas por las mujeres, que deciden no querer promocionar por el alto costo personal y familiar que va a tener el nuevo puesto.

Confiemos en que la profesionalización y la sistematización en torno a criterios objetivos de selección y evaluación ayuden a que el acceso a cualquier puesto directivo se base en seleccionar a los mejor preparados para cada cargo, alejado de aspectos como afinidad política, género/sexo o el menosprecio de la profesión, enfermería u otra diferente a las tradicionales.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), «un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. El principal responsable del desempeño global del sistema de salud de un país es el Gobierno, pero también resulta fundamental la buena rectoría de las regiones, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias»¹¹.

En muchas de estas instituciones, de forma profesional, coexisten diversos directivos, tales como un gerente y un director médico, de enfermería o de servicios generales, de calidad, de docencia e investigación, entre otros, que no siempre están suficientemente interrelacionados entre sí, ya que frecuentemente, por la presencia de intereses corporativos, grupales e individuales, no cumplen las expectativas laborales ni dan respuesta satisfactoria a las demandas de los profesionales.

Chan, en su intervención en la Comisión de Alto Nivel sobre Empleo en el Ámbito de la Salud y Crecimiento Económico, manifestó: «Durante demasiado tiempo los países han considerado que los profesionales sanitarios son tan sólo un gasto más que gestionar, y no una inversión que triplica la rentabilidad a favor de la salud, el crecimiento económico y la seguridad sanitaria mundial»¹².

La necesidad de que las enfermeras contribuyan en la toma de decisiones a todos los niveles de las políticas sanitarias fue una de las recomendaciones más sobresalientes de la Segunda Conferencia Ministerial de Enfermería en Europa de la OMS, celebrada en Múnich en junio de 2002¹³. Y es una constante que aparece de forma reiterada en muchos foros y encuentros profesionales, que, lamentablemente, se queda en el plano de una mera declaración de intenciones y buenos deseos.

En las instituciones sanitarias, las enfermeras, con igual preparación y capacidad, a menudo no logran acceder a determinados puestos directivos. El hecho de que la titulación inicial pertenezca a una u otra disciplina no debería determinar quién puede presentarse o no a un puesto directivo. Los procesos de

selección y nombramiento deben realizarse mediante procedimientos normalizados y con baremos de méritos públicos y transparentes.

Los profesionales de enfermería en las estructuras de dirección

Los cambios producidos en el sector sanitario son muchos y de diversa índole, van desde abordar cuestiones demográficas y epidemiológicas hasta afrontar la sostenibilidad, transformación digital, que, junto con la introducción de nuevas tendencias de gestión, hacen necesario el análisis y la constante adaptación de las estructuras de dirección de las organizaciones sanitarias.

Las instituciones sanitarias y los profesionales que las integran tienen como razón de ser de sus actuaciones el servicio y la atención al ciudadano. Así, la colaboración efectiva entre los grupos profesionales en sus estructuras de dirección hace imprescindible el reconocimiento recíproco de las aportaciones que les son propias, en el marco de las competencias, autonomía y responsabilidades que caracterizan cada una de las profesiones, para contribuir de la mejor forma posible al objetivo común.

De acuerdo con Fernández: «Es importante hacer realidad la necesidad de la profesionalización de los directivos de la salud, y en un sistema centrado en el cuidado, esencia de la profesión enfermera, resulta especialmente importante la profesionalización de los directivos de enfermería»¹⁴.

En el ámbito hospitalario la dirección de enfermería gestiona aproximadamente el 60% de los recursos humanos y de la mayoría de materiales empleados en la atención. Son responsables directos, durante toda la estancia del paciente en el centro y de forma continuada las 24 h del día, de los cuidados que recibe. Como grupo profesional, influyen de manera significativa en el desarrollo de la gestión de los servicios de salud y son parte fundamental de la propia estructura de la organización.

En las instituciones sanitarias, las enfermeras gestoras son decisivas para lograr una adecuada asistencia, en términos de efectividad (calidad y seguridad) y eficiencia (sostenibilidad), y no se justifica excluirlas en el acceso a puestos directivos ni se cuestiona su idoneidad en el acceso a desempeñar puestos de trabajo en gestión.

Hay muchos profesionales de enfermería que reúnen los requisitos de capacidad, conocimientos, titulación

académica y formación específica para ser director/a de un centro de salud, y con resultados demostrados, hacia la organización y los ciudadanos, que avalan su trabajo.

Conclusión

Actualmente las tareas que se le exigen a un director(a) configuran una actividad distinta de la asistencial. Es decir, que ser directivo de la salud supone desarrollar una labor específica que demanda inicialmente un conjunto de saberes teóricos, metodológicos y técnicos específicos no exigibles para el desarrollo de la asistencia.

Por tanto, el concepto *profesionalizar* debe entenderse como convertir en profesión ese conjunto de actividades específicas. La formación para el ejercicio, equidad en los procesos de selección y ascenso, evaluación del desempeño y acreditación formal para el ejercicio de la misma, son elementos básicos que caracterizan la profesionalización de la dirección y le dan amplio sentido.

Es necesario avanzar en la profesionalización de los directivos de la salud, pero también en cómo el eje principal del sistema y la calidad asistencial está determinado por la concordancia de la buena práctica clínica, así como de las buenas prácticas de gestión.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Estévez J. Discurso de clausura del XX Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria. 2017 marzo 31. Disponible en: http://elmedicointeractivo. com/resultados-salud-eficiencia-erigen-garantias-sostenibilidad-sistema
- Fernández J. Elementos que consolidan el concepto de profesión. Notas para su reflexión. Revista Electrónica de Investigación Educativa. 2001;3(2).
- 3. Cortina A. Presentación. El sentido de las profesiones. En: 10 palabras clave en ética de las profesiones. Navarra: Verbo Divino: 2000. p. 13-28.
- Ludevid J. I Congreso Nacional de Profesiones. 2018 enero 18-19; Madrid. Disponible en: http://www.unionprofesional.com/congresonacionaldeprofesiones/
- Tejada J. Profesionalización docente en el escenario de la Europa del 2010. Una mirada desde la formación. Revista de Educación. 2009:349:463-77.
- Sáez J, Molina JG. Pedagogía social. Pensar la educación social como profesión. Madrid: Alianza Editorial; 2006.
- Valencia PM, Muñoz ZC. La elite del conocimiento en la sociedad moderna: intelectuales, científicos y profesionales. Polis [Internet]. [Consultado el 30 abril de 2018]. Disponible en: http://journals.openedition.org/polis/4234
- Guerrero FM. Actualización del Informe SEDISA sobre la Profesionalización de los Directivos de la Salud. Comité de Profesionalización de SEDISA. 2016.
- International Council of Nursing (CIE). Declaración de posición del CIE: Gestión de los servicios de enfermería y atención de Salud [Internet]. Ginebra: CIE; 2000. Disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/A08_Gestion_servicios_enfermeria_atencion_salud-Sp.pdf
- Garrido M, vicepresidente primero y responsable del Comité de Profesionalización de SEDISA: http://sedisa.net/2018/03/05.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: http://www.who.int/ healthsystems/about/es/
- Chan M. 2016. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/global-health-workforce/es
- Oficina Regional Europea de la OMS. Declaración de Múnich. Enfermeras y matronas: una fuerza de salud. Biblioteca Lascasas. 2005;1. Disponible en http://www.index
- Fernández-LB. Disponible en: http://www.health.qld.gov.au/nmoq/documents/nurrseexecpos.pdf



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

EL RINCÓN DEL ESTUDIANTE

Plan de cuidados a un paciente con VIH y alteración en la necesidad de respiración (oxigenación) en la unidad de cuidados intensivos

Jessica Alelli Caballero-Guerrero^{1*} y Alejandro David Rizo-Velasco²

¹Estudiante de la Especialidad de Enfermería Adulto en Estado Crítico, UNAM-ENEO; ²Coordinador Académico de la Especialidad de Enfermería Adulto en Estado Crítico, UNAM-ENEO, sede INER. Ciudad de México, México

Resumen

Las infecciones por VIH siguen siendo causa importante de morbilidad y mortalidad en todo el mundo, y especialmente en los países en vías de desarrollo, donde las llamadas infecciones emergentes y reemergentes tienen un impacto importante en la salud pública y economía. Dicho trabajo tiene como objetivo mostrar un plan de cuidados de enfermería elaborado con base en el modelo de Virginia Henderson, priorizando necesidades a satisfacer con actividades encaminadas a meiorar la salud del individuo y reducir riesgos durante su estancia dentro de un instituto de tercer nivel en Ciudad de México. Se llevó a cabo la metodología del proceso de atención de enfermería enfatizando en cada una de sus fases. En la valoración para detectar las principales necesidades alteradas se utilizó un instrumento elaborado por alumnos de la especialidad de Adulto en Estado Crítico -Universidad Autónoma de México (UNAM)- y aprobado por la coordinación de enfermería. La información recabada se obtuvo mediante entrevista directa con familiares y tomada del expediente clínico, todo esto con previo consentimiento informado tomando en cuenta consideraciones éticas.

Palabras clave: Virus de inmunodeficiencia humana. Proceso de atención en enfermería. Plan de cuidados enfermeros. Virginia Henderson. Unidad de cuidados intensivos.

Abstract

HIV infections (Human Immunodeficiency Virus) continue to be an important cause of morbidity and mortality throughout the world and especially in developing countries, where the so-called emerging and re-emerging infections have a major impact on public health and This work aims to show a nursing care plan based on the Virginia Henderson model, prioritizing needs to be met with activities aimed at improving the health of the individual and reducing risks during their stay in a third level Institute in Mexico City, the nursina care process methodology was carried out, emphasizing each of its phases; the assessment to detect the main needs altered was used an instrument prepared by students of the specialty of Adult in Critical State - Universidad Autónoma de México (UNAM)- and approved by the coordination of nursing, the information obtained was obtained through direct interview with relatives and taken from the clinical file. This with prior informed consent taking into account ethical considerations. (Rev Mex Enf. 2018;6:71-8)

Corresponding author: Jessica Alelli Caballero-Guerrero, E-mail: jessykaleli@hotmail.com

Key words: Human immunodeficiency virus. Process care nursing. Nursing care Plan. Virginia Henderson. Intensive care unit.

Correspondencia:

*Jessica Alelli Caballero-Guerrero E-mail: jessykaleli@hotmail.com Fecha de recepción en versión modificada: 13-05-2018

Fecha de aceptación: 12-06-2018 DOI: 10.24875/ENF.M18000012

Introducción

El VIH sigue siendo un grave problema de salud en algunas partes del mundo. En 2016, alrededor de 36.7 millones de personas vivían con él en todo el mundo. Un millón de personas murieron de enfermedades relacionadas con el SIDA en 2016. Otras regiones afectadas significativamente por el VIH y el SIDA son Asia y el Pacífico, América Latina y el Caribe, y Europa oriental y Asia central¹.

La infección por VIH es un proceso crónico que implica una producción elevada y constante de nuevos viriones, acompañada de la consecuente destrucción de linfocitos CD4, la cual es compensada durante varios años hasta que las reservas corporales se agotan, lo que desemboca en una depleción de estos linfocitos, razón por la cual se produce una inmunodeficiencia adquirida². La sintomatología generalmente se presenta de dos a cuatro semanas después de la adquisición de la infección, pero a veces el periodo de incubación puede ser hasta de 10 meses^{3,4}. Las principales manifestaciones son: fiebre, adenomegalia, faringitis, erupción maculopapular en cara y tórax, ulceraciones en mucosas, mialgias, artralgias, linfopenia (CD4) y altos niveles de carga viral^{5,6}.

Dado que no existe un estándar de oro para el diagnóstico temprano del VIH, no se dispone de un tratamiento único efectivo oportuno^{7,8}, y hay una gran incidencia y prevalencia de nuevos casos, surge el interés de elaborar un plan de cuidados para las personas portadoras de dicha enfermedad teniendo en cuenta las recomendaciones especializadas durante el inicio de la infección. De este modo se pretende que el personal de enfermería actué oportuna y adecuadamente para evitar la progresión de la gravedad y mejorar el pronóstico, así como para disminuir las complicaciones. En consecuencia, se tiene como propósito priorizar la satisfacción de necesidades alteradas detectadas mediante el proceso realizado y elaborar un plan de cuidados, sugiriendo recomendaciones actuales y especializadas para brindar un cuidado específico e individualizado.

Se debe enfatizar el cuidado enfermero especializado en el grupo de personas portadoras de dicha enfermedad debido al alto impacto económico, social y cultural que tienen dentro de su entorno, y por ello las intervenciones de enfermería son cruciales para la disminución de riesgos, evitar o minimizar complicaciones y apoyar en la rehabilitación e integración a la familia.

Metodología

En el presente trabajo se realiza una búsqueda sistemática de información del VIH y sus complicaciones en plataformas científicas para la elaboración de un proceso de atención de enfermería⁹ con base en la filosofía de Virginia Henderson¹⁰ tomando el modelo de 14 necesidades. Dicho proceso se aplica a una persona diagnosticada con VIH desde hace siete años y que no ha llevado ningún esquema de tratamiento, según la información referida por el familiar.

El paciente fue hospitalizado en urgencias de un instituto de tercer nivel en Ciudad de México por deterioro de la función respiratoria progresiva, previamente tratado en un hospital privado.

La recolección de datos se realizó a través de un instrumento de valoración cefalopodal para identificar necesidades focalizadas, y también se obtuvo información a través del expediente y del familiar directo. Se solicitó autorización a través del consentimiento informado¹¹, avalando las consideraciones éticas basadas en los derechos de los pacientes¹², código de ética para enfermeros y enfermeras en México¹³ y Ley General de Salud¹⁴.

Se elaboró un proceso de atención de enfermería con diagnósticos mediante el *continuum* independencia-dependencia de Phaneuf Margot¹⁵, rol de enfermería y causa de dificultad, determinando así que las necesidades alteradas son cuatro de las catorce que propone Henderson. La necesidad gravemente alterada es la de respirar con normalidad, creando a partir de ella dos diagnósticos reales principales para este trabajo. Se utilizó el formato PES (*Problema, Etiología, Signos y Síntomas*) para la elaboración de los diagnósticos.

Valoración

El siguiente caso trata de un joven de 27 años de edad, originario de Ciudad de México y residente en esta misma zona, cuyo padecimiento actual empezó con malestar general, astenia, adinamia, distermias no cuantificadas en domicilio, tos sin expectoración. Siete días antes de su ingreso se agudizó la disnea *Medical Research Council* (MMRC) a grado II, tos con esputo hialino e hipertermia de 39 °C. El paciente acudió al facultativo, indicando tratamiento no especificado sin presentar mejoría.

La disnea progresa a MMRC de grado IV, por lo que acude para su valoración a un hospital privado, donde se inició tratamiento para neumonía adquirida en la comunidad (NAC)¹⁶ a base de ceftriaxona sódica, macrólidos y sulfametoxazol trimetoprima, desconociendo

| Н | 7.25 |
|------------------|---------------|
| PCO ₂ | 45.5 mmHg |
| PO ₂ | 40.1 mmHg |
| HCO ₃ | 24.6 mmol/l |
| ΕB | -3 mmol/l |
| MOsm | 284.1 mmol/kg |
| Нb | 12.2 g/dl |
| НТО | 37.6% |
| 5O ₂ | 56.5% |
| < | 3.7 mmol/l |
| Na | 138 mmol/l |
| Ca | 1.11 mmol/l |
| Cl | 88 mmol/l |
| Glu | 107 mg/dl |
| _ac | 1 |

la dosificación. El tratamiento se mantiene durante la estancia hospitalaria. Durante la evolución se exacerba la insuficiencia respiratoria y se decide manejo avanzado de la vía aérea. No se observa éxito en el manejo y se solicita interconsulta a un instituto de tercer nivel por diagnósticos médicos de VIH, NAC y síndrome de dificultad respiratoria aguda¹⁷, con un índice de Kirby de 66 mmHg.

El paciente ingresa en urgencias del instituto de tercer nivel con un peso de 49 kg, estatura de 1.70 m, SCT de 1.4 m² e índice de Masa Corporal (IMC) de 16.9 kg/m. Los paramédicos que lo atendieron en el trayecto manifiestan que presentó paro respiratorio; durante 16 min se le proporcionaron maniobras de reanimación, logrando estabilizarlo.

En el área de choque se valora y se monitorizan las constantes vitales: tensión arterial, 106/58 mmHg; tensión arterial media, 68 mmHg; Pp, 32 mmHg; frecuencia cardíaca, 110 lpm; frecuencia respiratoria (FR), 23 rpm; temperatura, 37 °C; saturación de oxígeno, 60%, y dolor BPS, 3 pts.

Sedoanalgesia con fentanilo a 0.8 mg/kg/h y midazolam 1.2 mg/h con RASS-4, BPS 3 pts, soporte con norepinefrina (0.7 mg/kg/min). Por extubación no programada, se procede a intubar con cánula del

n.º 8 fijada a 20 en la arcada dental; parámetros ventilatorios en modo VCV: PEEP, 10 cmH₂O; porcentaje de oxígeno en el aire inspirado (FIO₂), 60%; VT, 432 ml; Ppico, 25 mmHg; FR, 18 rpm; neumotaponamiento a 28 cmH₂O. Auscultando estertores y crepitantes bibasales, abundantes secreciones purulentas.

Se toman auxiliares diagnósticos rayos X de tórax, en donde se observan infiltrados bilaterales, ángulos costodiafragmáticos y cardiofrénicos visibles, silueta cardíaca de adecuada morfología, gasometría arterial, encontrando trastorno de hipoventilación, acidosis respiratoria descompensada con hipoxia grave IK = 66 mmHg (Tabla 1), biometría hemática, química sanguínea (Tabla 2) y electrocardiograma con taquicardia sinusal; ritmo regular: FC, 107 lpm; P, QRS, 0.8 s; PR, 0.14 s; QRS angosto, 0.12 s; ST, isoeléctrica; T, no mayor del 25% de la onda R, y eje eléctrico, 90°.

Resultados

Se logró el propósito de inicio, brindar el cuidado especializado aplicando la metodología del PAE con base en la filosofía de Virginia Henderson.

Se llevó a cabo la valoración exhaustiva, así como la focalizada de las 14 necesidades (Tablas 3-5), detectando la necesidad de oxigenación, durante la cual se realizaron dos diagnósticos reales principalmente. Al realizar las intervenciones correspondientes fue necesario la planeación y programación de intervenciones para promover la independencia de las propias necesidades del paciente, de una forma autónoma y con la mínima intervención de enfermería.

La detección oportuna de signos y síntomas de descontrol como disnea, usos de músculos accesorios, cianosis, taquicardia, diaforesis, adinamia y anuria son criterios que permitieron actuar de forma precoz y con cuidados especializados y de calidad para el paciente.

Conclusiones

El ser humano joven-adulto tiene una gran oportunidad de ser productivo, por lo que es relevante que una persona infectada con VIH tenga acceso a la información con un diagnóstico oportuno y un tratamiento precoz, para así minimizar las complicaciones que la inmunosupresión de la historia natural de la enfermedad conlleva. El caso seleccionado tiene gran importancia debido a los índices predictores de una elevada mortalidad.

Además, al ser la necesidad de oxigenación la más alterada y tomando en cuenta que constituye una de

| Química sanguínea | Plaquetas y tiempos de coagulación | Electrólitos séricos | Biometría hemática |
|----------------------|---------------------------------------|----------------------|--------------------|
| Glu: 116 mg/dl | Plaq: 162,000 | NA: 145 mmol | LEU: 21.4 |
| BT: 1.05 | TP: 15.9 | K: 3.7 mmol | NEU: 20.1 |
| BD: 0.48 | TTP: 36.4 | CL: 112 | LIN: 0.6 |
| BI: 0.57 | INR: 1.09 | CA: 6.5 | HB: 8.1 |
| ALB: 1.24 | | P: 6 | HTC: 25.8 |
| TGP: 39 | | MG: 1.9 | |
| TGO: 64 | | | |
| FA: 258 | | | |
| U: 218 | | | |
| Cr: 2.4 | | | |
| BUN: 44 | | | |

| Necesidad | Valoración | Diagnóstico de enfermería |
|--------------------------------|--|--|
| Respirar con normalidad | Cianosis distal, taquipnea, uso de músculos accesorios, saturación del 60%, sincronía ventilatoria con cánula orotraqueal; parámetros ventilatorios modo VCV: PEEP, 10 cmH ₂ O; FIO ₂ , 60%; VT, 432 ml; Ppico, 25 mmHg; FR, 18 rpm; neumotaponamiento a 28 cmH ₂ O pH 7.25 PCO ₂ 45.5 mmHg PO ₂ 40.1 mmHg HCO ₃ 24.6 mmol/l EB -3 mmol/l mOsm 284.1 mmol/kg Hb 12.2 g/dl HTO 37.6% SO ₂ 56.5% K 3.7 mmol/l Na 138 mmol/l Ca 1.11 mmol/l Cl 88 mmol/l Glu 107 mg/dl Lac 1 | Alteración en el proceso de ventilación/ perfusión r/c proceso infeccioso en el parénquima pulmonar, incapacidad para realizar una respiración efectiva m/p uso de músculos accesorios, SpO ₂ del 60%, cianosis distal, trastorno de hipoventilación Acidosis respiratoria descompensada con hipoxemia grave IK = 66 mmHg |
| | Estertores y crepitantes bibasales, abundantes secreciones purulentas y espesas | Riesgo de compromiso neurovascular r/c proceso anoxoisquémico |
| | Pupilas anisocóricas a expensas de miosis izquierda con 1.5 mm y midriasis de 4 mm, rigidez de nuca positivo, reflejo corneal, motor y tusígeno presentes, resto abolidos. Daniels, 0; Oxford, 1; Pittsburg, 9 pts; RASS -4 pts | Riesgo de disfunción de las funciones neurológicas r/c hipoxemia transitoria |
| Comer y beber adecuadamente | Nutrición a través de sonda nasogástrica con dieta polimérica de 1,400 Kcal HB: 8.1 HTC: 25.8 | Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional r/c inmovilidad, retardo en el proceso de alimentación oral |

| Necesidad | Valoración | Diagnóstico de enfermería |
|--|---|--|
| Eliminar los residuos corporales | Catéter vesical con gasto urinario de 0.5 ml/kg/h, LRA AKI, I; TFG, 32 ml/min; OSM, 319 mOsm/kg No presenta evacuaciones desde hace tres días, distención abdominal, presión intraabdomial de 8 mmHg | Dificultad para mantener una motilidad gastrointestinal adecuada r/c sedantes m/p ausencia de materia fecal; distención abdominal Alteración en la vía urinaria para un inadecuado funcionamiento r/c deterioro sensitivo-motor m/p oliguria Disminución en la depuración de líquidos r/c compromiso de los mecanismos reguladores m/p oliguria, AKI I |
| Evitar los peligros del entorno | Inmunosupresión, MORSE, 50 pts; HUMPTY DUMPTY, 17 pts; KARNOFSKY, 20 pts; RASS -4 pts; GODETT, grado III en miembros pélvicos; BRADEN, 10 pts; SOFA, 11 pts; APACHE, 15% mortalidad, LEU: 21.4 NEU: 20.1 LIN: 0.6 HB: 8.1 HTC: 25.8 Acceso vascular central trilumen infundiendo sedoanalgesia a base de fentanilo a 80 mg/kg/h. (midazolam 1.2 mg/h y fentanilo a 80 mg/h) y norepinefrina (0.8 mg/kg/min) | Riesgo de infección intrahospitalaria r/c entorno desconocido, mecanismos fisiológicos reguladores abolidos |

| Tabla 4. Diagnóstico real para la necesidad de respirar con normalidad | | | |
|---|--|--|--|
| Alteración en el proceso de ventilación/perfusión r/c proceso infeccioso en el parénquima pulmonar, incapacidad para realizar una respiración efectiva m/p uso de músculos accesorios, SpO ₂ del 60%, cianosis distal, trastorno de hipoventilación Acidosis respiratoria descompensada con hipoxemia grave IK = 66 mmHg | | | |
| Nivel de dependencia: 6 | Rol de enfermería: sustitución | Causa de dificultad: fuerza | |
| Objetivo: mejorar el intercambio gas | eoso | | |
| Intervenciones de enfermería | Justificación | | |
| Disponer precauciones universales: guantes, gafas, cubrebocas (1A) Colocar al paciente en una postura óptima para la oxigenación (cabecera 35-45°) (1A) Mantener la oxigenación del paciente mediante la monitorización de la SaO ₂ (1C) Auscultar sonidos respiratorios antes y después de la aspiración bronquial (1B) Toma e interpretación de gasometrías arteriales y venosas (1A) Mantener parámetros ventilatorios dinámicos de acuerdo a la evolución del paciente Valorar sincronía ventilatoria y sedoanalgesia (2A) | precaución universal con el objeto mucosas, con líquidos corporales infectados Como paquete de medidas se del para mejorar la ventilación-perfus asociadas a la atención a la salud primera prioridad en la atención o los métodos de control de ésta re lo posible hacer coincidir los ejes disponibilidad de oxígeno al nivel directamente relacionado al volun minuto y el FIO ₂ 19 El monitoreo debe ser prioridad e panorama de la inestabilidad hem | nen de aire inspirado (V), la FR por n pacientes críticos, ya que nos da un | |

(Continúa)

Tabla 4. Diagnóstico real para la necesidad de respirar con normalidad (continuación)

Intervenciones de enfermería

Justificación

Mantener la vía aérea permeable traqueales, posteriormente orofaríngeas y nasofaríngeas, para facilitar la expulsión de secreciones (1C) cada 4 h

Realizar fisioterapia respiratoria

 $(1C)^{18}$

Uno de los gold standard para vigilar la evolución de la persona en realizando aspiración de secreciones cuanto al estado de salud es la toma e interpretación de gasometría arterial y venosa, ya que por su sencillez a la toma y su rapidez de interpretación se dan pasos agigantados en cuanto al tratamiento describiendo sus características (1A) El paciente con cánula orotraqueal corre el riesgo de adquirir una Mantener una adecuada hidratación infección, ya que se establece una línea directa de comunicación entre el medio ambiente y el árbol bronqueal

Al auscultar el tórax podemos encontrar sonidos respiratorios anormales, Realizar aseo bucal con clorhexidina lo cual dará la oportunidad de minimizar los riesgos

La tos es un reflejo por el cual el bronquio elimina las secreciones o cuerpos extraños que puedan entrar en él

La terapia de oxígeno está indicada con el objetivo de mitigar la hipoxia tisular Para un estricto control y observar el progreso del paciente, registrar las características de las secreciones

Se ha demostrado que la cavidad bucal es un origen de neumonías asociadas a la atención sanitaria, incluida la neumonía asociada a la ventilación. Las bacterias colonizan la zona orofaríngea, incluida la placa dental. Una vez aspirados, estos patógenos provocan infecciones Se recomienda realizar fisioterapia pulmonar siempre y cuando el paciente se encuentre hemodinámicamente estable

Evaluación: el paciente continúa con ventilación mecánica, con cambios significativos en los parámetros ventilatorios; sin embargo, mejoró gasométricamente (ND 5)

Tabla 5. Diagnóstico real para la necesidad de respirar con normalidad

Alteración en la irrigación sanguínea cerebral r/c proceso anoxoisquémico r/c disminución abrupta en la irrigación de flujo sanguíneo cerebral por evento cardiorrespiratorio m/p pérdida de reflejos de tallo, PAM 65 mmHg, anisocoria, rigidez de nuca

Nivel de dependencia: 5

Rol de enfermería: sustitución

Causa de dificultad: por fuerza

Objetivo: mejorar la perfusión cerebral

Intervenciones de enfermería

Justificación

Monitoreo neurológico (1A)²⁰

Vigilar pupilas

Vigilar reflejos de tallo presentes

Reflejo tusígeno Reflejo de deglución Reflejos osteotendinosos

Vigilar datos de descerebración/decorticación²¹

Monitoreo de hemodinámico

Frecuencia cardíaca

FR

Presión arterial media

Temperatura

Saturación de oxígeno

Cuidado y manejo del paciente neurocrítico (6N)

Normotenso Normoglucémico

Normotérmico Normovolémico

Normoxémico Observar datos de sangrado parenquimatoso (2A)

Piel fría, pálida Medidas antiedema

Detectar hipoxia y/o hipercapnia (1A)

El manejo inicial de estos pacientes está dirigido a reconocer y tratar de forma inmediata los parámetros fisiológicos que pueden empeorar la enfermedad cerebral, así como a reconocer los signos de deterioro neurológico (ver más arriba) y los factores de riesgo de cada paciente El monitoreo hemodinámico debe estar siempre presente en el paciente neurocrítico; cualquier variación en el estado de salud es significativo

La a tención del paciente neurocrítico resulta de vital importancia, debido a que estos profesionales deben ser capaces de valorar, prevenir, controlar e identificar aquellas situaciones de riesgo que pueda presentar el enfermo neurocrítico, evitando las posibles complicaciones, ayudando a su recuperación y prestando una atención de calidad Las afecciones neurológicas deben ser tratadas con una PaO, > 80 mmHg con una saturación arterial de O₂ > 95% y una PaCO₂ normal de inicio, esto es entre 35 y 40 mmHg, ya que el cerebro no tiene reserva

Los enfermos neurocríticos son de cuidado especial, ya que día a día se ven deteriorados, por lo que debemos apoyarnos en las nuevas tecnologías, que resultan en más intervenciones en pacientes de alto riesgo, y así evitar las complicaciones que puedan aparecer durante la evolución de la enfermedad

(Continúa)

| Tabla 5. Diagnóstico rea | nara | la nececidad | de rechirar | con normalidad | (continuación) |
|---------------------------------|------|---------------|-------------|----------------|----------------------|
| labia 3. Diagnostico ica | para | ia iicccsidad | uc icspiiai | con nonnandad | (COTTUTTION CIOTI) |
| | | | | | |

| Intervenciones de enfermería | Justificación | | |
|---|---|--|--|
| Cuantificar uresis estricta (1B) Sugerir toma de TC cerebral Sugerir BNP cerebral Sugerir Doppler transcraneal Sugerir toma de electroencefalograma | Un equipo multidisciplinario que trabaje con ética y responsabilidad con objetivos claros y protocolos conocido y consensuados por todos es la clave para asegurar la mejo atención a los pacientes | | |

Evaluación: se mantiene en vigilancia sin datos de deterioro neurológico; se espera realizar una ventana neurológica después de 24 h de haber suspendido la sedación (ND 5)

Se observa persona con probable daño neurológico secundario a reanimación posparo de 16 min, aunque aún conserva reflejos de tallo, como la tos, temperatura y presión arterial (ND 5)

las necesidades fisiológicas prioritarias que pone en riesgo la vida, es relevante que se brinden cuidados, acciones e intervenciones encaminadas a mejorar dicha condición.

Se agradece las facilidades del familiar y del instituto de tercer nivel para acceder a la información requerida y así poder realizar el plan de cuidados que se propuso.

En cuanto a la ayuda emocional, en todo momento se brindó compañía y se resolvieron las dudas sobre desconocimiento o falsas creencias respecto al diagnóstico médico.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- CDC, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. VIH/SIDA. [Internet] 2017. [Consultado en abril de 2018]. Disponible en: https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/index.html
- Cerón I, Rabagliati R, Langhaus J, Silva F. Características clínicas, diagnósticas y pronósticas de pacientes con neumonía por Pneumocystis jiroveci en individuos infectados por virus de inmunodeficiencia humana e individuos inmunocomprometidos por otra etiología. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2014.
- Bahamondes ML, Villar ZMJ, Orellana CC, González RJ, Montenegro UC. Características de la neumonía por Pneumocystis jiroveci en adultos con SIDA con y sin terapia antirretroviral. Rev Chil Infectol. 2006;23(3):215-9.
- CENSIDA. Guía de manejo antirretroviral en las personas con VIH. 6.ª ed. México; 2014.

- Vázquez R. Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Departamento de Microbiología y parasitología – Recursos en Virología. UNAM; 2016.
- Dirección General de Epidemiología. Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica del VIH-SIDA. México: Secretaría de Salud; 2012.
- IBIDEM 6.
- Soto Ramírez LE. Mecanismos patogénicos de la infección por VIH. Rev Invest Clin. [Internet]. 2004;56(2):143-52. [Consultado el 06 de mayo de 2018]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762004000200005&Inq=es
- 9. Cisneros F. Proceso Atención Enfermería (PAE). Universidad del Cauca.
- Barroso Romero Z, Torres Esperón JM. Fuentes teóricas de la enfermería profesional: Su influencia en la atención al hombre como ser biosicosocial. Rev Cubana Salud Pública. [Internet]. 2001;27(1):11-8. [Consultado el 09 de mayo de 2018]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_ arttext&pid=50864-34662001000100002&Ing=es
- Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación. NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
- 12. IBIDEM 9.
- Secretaría de Salud. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de Ética para las enfermeras y enfermeros en México. México; 2001.
- Secretaría General, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unuin. Ley General de Salud. Última Reforma en mayo de 2018.
- Gaona Vázquez YA, Cruz Jiménez M. Estudio de caso a una adolescente con dependencia en la necesidad de seguridad y protección, por deficiencia de proteína C. Enferm Univ. [Internet]. 2012;9(2):37-45. [Consultado el 11 de mayo de 2018]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_ arttext&pid=51665-70632012000200005&Ing=es
- CENETEC, Guía de Práctica Clínica, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Neumonis Adquirida en la Comunidad en Adultos. México; 2009.
- Estenssdro Dubin A. Síndrome de Distres Respiratorio Agudo. Medicina, Buenos Aires. 2016;(22):235-41.
- León R. Enfermería: ciencia y arte del cuidado. Rev Cubana Enfermer. [Internet]. 2006;22(4). [Consultado el 06 de marzo de 2018]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007&Ing=es
- CENETEC, Guía de Práctica Clínica: Neumonía asociada a ventilación mecánica. México; 2010.
- Miñambres E, Guerrero-López F. El paciente neurocrítico. Med Intensiva. [Internet]. 2008;32(4):172-3. [Consultado el 06 de marzo de 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912008000400004&lng=es
- Asus N, Blumtritt M, Kreff Y, Magnifico L, Rebagliati V, Vittal A, et al. Hiperglucemia en el paciente Neurocrítico. Diaeta [Internet]. 2015;33(150):7-11. [Consultado el 06 de marzo de 2018]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372015000100001&lng=es



INSTRUCTIVO PARA AUTORES

La Revista Mexicana de Enfermería abre sus espacios a los académicos y a todo miembro de la comunidad de la salud que manifieste interés por utilizar este foro para publicar sus trabajos científicos cumpliendo con las políticas editoriales establecidas.

Nuestro objetivo es socializar el conocimiento generado de la práctica asistencial, trabajos originales, análisis de experiencias, propuestas de mejora, escenarios educativos y de administración validados a través de un método científico que garantice la calidad en la gestión del cuidado de Enfermería.

Que permita contribuir principalmente a un cuerpo de conocimiento propio de la profesión que impacte en el cuidado de calidad para las personas que lo necesiten. Así como en el posicionamiento profesional y social de la enfermería mexicana.

Se publica tres veces al año y recibe manuscritos originales que de ser aceptados por el Comité Editorial, no podrán ser publicados parcial o totalmente en otra parte, sin el consentimiento de la Revista Mexicana de Enfermería del INCMNSZ. Todos los trabajos enviados deberán de apegarse a los formatos que se describen abajo, y serán sujetos a revisión por expertos y por el Comité de Árbitros para dictaminar su aceptación.

ISSN: 2339-7284 (versión impresa)

POLÍTICAS PARA PUBLICACIÓN

- La Revista Mexicana de Enfermería abre sus espacios a la publicación a los académicos y a todo
 miembro de la comunidad de la salud que tenga el interés de socializar sus trabajos científicos.
- Los manuscritos propuestos para su publicación deben ser inéditos y originales
- · Los autores conservan la propiedad intelectual del contenido.
- De acuerdo a la confidencialidad de los datos del autor responsable sólo se dispondrá del correo electrónico como medio de contacto.
- Las ideas u opiniones así como la procedencia y elementos de las citas y referencias contenidas en los artículos publicados, son responsabilidad exclusiva de los autores, incluido cualquier cambio sugerido por el comité de árbitros. Publicaciones Permanyer y la Revista Mexicana de Enfermería, en consecuencia, declinan cualquier responsabilidad sobre las mismas.
- · La recepción de un manuscrito no implica la obligación de publicarlo.
- De ser aceptados el manuscrito el autor responsable debe tener en consideración un tiempo para ser publicado de acuerdo a la política de conformación de cada número de la revista el cual se informará a través de un oficio.
- En caso de desistir la publicación por parte de los autores aun cuando ya esté en proceso de publicación el autor responsable, tienen la libertad de retirar el manuscrito mediante la comunicación formal por escrito con la editora responsable de la revista.
- Los manuscritos deben ser enviados al Editor a la siguiente dirección electrónica: http://publisher. revistadeenfermeria.permanyer.com o a la dirección Av. Vasco de Quiroga No. 15, Col. Belisario Domínguez Sección XVI Tlalpan CP 14080, Ciudad de México, Tel. 54-87-09-00 Ext. 2210
- Los manuscritos pueden ser enviados en idioma español o inglés, sin embargo deberán ser
 previamente revisados por un corrector de estilo, para tal efecto se sugiere los siguientes sitios:
 www.papertrue.com; paper_editing y paperrater.com por otro lado los manuscritos en español
 deberán contener el resumen en inglés y en letra cursiva.

POLÍTICA DE REVISIÓN POR PARES

Garantizando que la revisión y evaluación de los manuscritos sea de calidad, el proceso se realiza con apego a la ética y confidencialidad del anonimato, los cuales son arbitrados por revisores pares expertos quienes evalúan y recomiendan el estatus del manuscrito de forma independiente y doble ciega. El dictamen cuenta con alquna de las tres opciones de recomendación:

- Aceptado: es decir que no requiere modificaciones y es aceptado para la publicación
- Aceptado con modificaciones: se refiere a que el manuscrito es aceptado para publicación sin embargo contiene observaciones susceptible a modificar o bien se requiere la aclaración de dudas por parte del autor
- No publicable: es decir que el manuscrito contiene observaciones mayores que requiere ser revisado nuevamente por lo que no es aceptado.

POLÍTICAS DE DIFUSIÓN

Para la reproducción, distribución y comunicación pública (incluida la puesta a disposición por medio de la red Internet) de su trabajo. El autor o autores garantizarán la autoría original de su trabajo y garantizarán al editor el uso pacífico de los derechos que cederán. Para la incorporación de textos u otros materiales ajenos, los autores deberán respetar los límites del derecho de cita o, en caso contrario, obtener el permiso previo de los titulares de los derechos. El autor o autores autorizarán la incorporación de su trabajo a una base de datos electrónica para facilitar su acceso y consulta.

FINANCIAMIENTO

La revista es financiada por el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán y la suscripción y publicación son gratuitas.

Los manuscritos recibidos deben situarse en alguna de las siguientes secciones:

Editorial: La publicación en esta sección es a través de una invitación a un especialista sobre un tema de su dominio y expertéz el cual sea novedoso y de interés. Este puede ser de salud, cultural, político y económico que impacte en la atención a la salud.

Artículos originales. Reporta detalladamente estudios de investigación original cualitativas o cuantitativas en el área de ciencias de la salud. Debe tener el formato IMRyD (Introducción, Métodos, Resultados y Discusión) así como un Resumen Estructurado de formato OMRyC (Objetivos, Métodos, Resultados y Conclusiones). El resumen estructurado debe mostrar congruencia entre Objetivos y Conclusiones, y se deben presentar sólo los Métodos y Resultados que apoyan la conclusión o conclusiones del estudio.

Artículos de revisión (sistematizado, narrativa). Teniendo por objetivo la presentación de artículos de revisión sobre temas relevantes a la Enfermeria y áreas afines en el ámbito asistencial, docente, administrativa y de investigación.

Artículos de buenas prácticas en la atención en salud. Reportes científicos que contribuyen a dar forma a una base de conocimiento de la enfermería en sus diversos escenarios sobre un fenómeno determinado es decir la descripción en profundidad de la condición de una persona y/o su respuesta a los cuidados.

Pueden considerarse las experiencias de casos clínicos con EBE, proceso de atención de enfermería, planes de cuidados, propuestas de mejora para la calidad de la atención, en procesos administrativos así como en educativos que contribuyan de manera clara y significativa el desarrollo de la enfermería y de la atención a la salud

Artículos de perspectiva. Son revisiones de conceptos fundamentales o de ideas prevalentes en un área de conocimiento que se escriben en forma de ensayo. Son la visión individual crítica de un solo o unos pocos conceptos relacionados entre sí, pero pueden ser de nociones amplias. Al revisar un concepto, los autores podrían considerar:

- · Sus orígenes históricos y su evolución en el tiempo.
- Estado actual de la teoría y la investigación en un área así como sus ausencias.
- Su transferencia a otras áreas, y cómo ha sido recibida.
- Mitos, interpretaciones erróneas, significado y uso de distorsiones ideológicas.
- Sus implicaciones en políticas con evidencias de su impacto en ellas.
- La existencia de mejores ideas que han sido ignoradas.
- Las ideas que apoyan un concepto (si es que las hay).
- Las ideas que son aceptadas pese a que carecen de apoyo generado por investigaciones.

El rincón del estudiante. Espacio académico de publicación de manuscritos científicos cortos sobre temas relevantes de enfermería para estudiantes de pregrado o posgrado de enfermería y áreas afines que contenga la siguiente información. Serán enviados a la Revista por un asesor de investigación o docente, quien se responsabilizarán de la calidad del manuscrito en la presentación, secuencia y estructura, el documento deberá contar con máximo 3 autores. El documento debe apegarse a las instrucciones a los autores.

Cultura, historia y Enfermeria. Esta sección invita a la comunidad a escribir artículos de revisión históricos como biografías, sucesos o eventos que relacionen el arte o la historia con la enfermería

Cartas al editor. Las cartas al editor son comunicaciones cortas con el objetivo de estimular la discusión de los artículos publicados en la Revista Mexicana de Enfermeria, por lo que se invita a la comunidad a escribir críticas constructivas no mayor de dos cuartillas y en un tiempo no mayor de dos meses de publicación el articulo o editorial en cuestión.

Para cualquier aclaración o duda, favor de comunicarse con la editora, al correo: revistaenfermeriaincmnsz@vahoo.com.mx

Los trabajos deberán ser subidos en su versión electrónica en la siguiente dirección **http://publis-her.revistadeenfermeria.permanyer.com** asi como se deberá firmar el formato que establece que el manuscrito no ha sido publicado con anterioridad, ni se ha enviado simultáneamente a otra revista, que no existe conflicto de intereses y en caso de ser aceptada, ceden los derechos de autor a la Revista Mexicana de Enfermería.

No se aceptarán artículos para su revisión si no están preparados de acuerdo a las instrucciones para los autores.

Se extenderá acuse de recibo electrónico al autor a través de la plataforma de la revista sobre la recepción de su manuscrito y en un tiempo no mayor a 45 días a partir de la fecha en que se recibe el original se le comunicará el dictamen del Comité de árbitros. Todo material aceptado para publicación será propiedad de la revista por lo que la reproducción total o parcial deberá ser autorizada por la Revista Mexicana de Enfermería.

PRESENTACIÓN DEL MANUSCRITO

| Apartado | Características | Número de palabras |
|----------------------------------|---|---|
| Encabezado | Título, nombre completo de autores, adscripción de autores sin grados académicos, datos del autor correspondiente con dirección teléfono y correo electrónico. | Titulo máximo 20 palabras |
| Resumen | Resumen en español y su traducción en inglés. Deberá ser estructurado con secciones Objetivos, Métodos, Resultados y Conclusiones en los Artículos de Investigación, y de formato libre para los demás tipos de artículos | Máximo de 250 palabras. |
| Palabras clave | Son términos compuestos por una o más palabras. Es la forma en cómo el autor describe la temática de su artículo y que más adelante serán utilizados como descriptores en los buscadores para investigación. | Máximo cinco palabras clave. |
| Manuscrito | Los Artículos de Investigación se deben estructurar con las cuatro secciones del formato IMRyD (Introducción con Objetivo(s), Métodos, Resultados, y Discusión con Conclusión(es). Los otros tipos de artículos son de formato libre. | Máximo 3000 palabras Considerándose aparte figuras, cuadros y referencias. |
| Tablas, gráficas y/o imágenes | Deberán ser las estrictamente necesarias, debe contar con la fuente o referencias. | Máximo seis en total. |
| Referencias | Las referencias bibliográficas se presentarán de acuerdo con los Requisitos Uniformes para los Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas (Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas) que se encuentran en la página de Internet: http://www.metodo.uab.cat/docs/Requisitos_de_Uniformidad.pdf Las referencias deberán ser de los últimos 10 años a la fecha. | Máximo 50 para artículos originales y de revisión. Para la sección del rincón del estudiante máximo 30 referencias. |

En los artículos que no sean de investigación, las secciones y sus títulos estarán criterio del autor.

Particularidades de la sección del rincón del estudiante

El manuscrito candidato a publicación deberá ser enviado con una copia del nombramiento que acredite a los autores como estudiantes de pregrado o posgrado de algún programa nivel universitario así como una copia de del nombramiento del personal docente o asesor de investigación responsable.



Sí, deseo suscribirme gratuitamente a la Revista Mexicana de Enfermería

| ombre: | |
|------------------------------|--|
| mail: | |
| entro de Trabajo: | |
| ofesión: | |
| pecialidad: | |
| gar de residencia: | |
| omo ce enteró de la Revista: | |

A los efectos de lo que dispone la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y su respectivo Reglamento, le informamos que los datos personales facilitados en este boletín, van a ser incorporados en un fichero creado bajo la responsabilidad de Permanyer México, S.A. de CV, con la finalidad de atender su petición de suscripción. Usted tiene el derecho a acceder a la información que le concierne recopilada en nuestro fichero, rectificarla de ser errónea o cancelarla, así como oponerse a su tratamiento en el siguiente domicilio: Permanyer México, S.A., Temistocles, #315, Col. Polanco, C.P. 11560 Cludad de México, México

Firma del interesado:

Por favor, envíe su cupón escaneado a: revistaenfermeriaincmnsz@yahoo.com.mx

^{*}Edición cuatrimestral



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN "SALVADOR ZÚBIRAN"

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA MARÍA DOLORES RODRÍGUEZ RAMÍREZ UNIDAD DE RADIO ONCOLOGÍA CLÍNICA DE LEUCEMIAS AGUDAS

LEUCEMIA AGUDA: LA VIDA DESDE OTRA PERSPECTIVA

ROSAS LÓPEZ ADRIANA: SALINAS CRUZ JORGE



La calidad de vida de una persona que padece o ha padecido cáncer puede verse afectada de diversas maneras. Algunas personas describen cambios positivos en sus vidas después de concluir los tratamientos. El cáncer ha supuesto un acercamiento a seres queridos, la resolución de problemas a los que previamente no se habían enfrentado, una mayor valoración de la vida o una actitud más positiva ante ella. Para otros, ha provocado cambios físicos, emocionales y sociales que alteran su rutina diaria.

CONTENIDO:

En este estudio se usó la metodología cualitativa, basándose en la observación participativa, con la intención de construir conocimientos relacionados al cuidado de la persona enferma de Leucemia, gracias al comportamiento entre las personas implicadas y su

conducta observable, los resultados no distan de lo descrito en la literatura médica

La Leucemia Aguda es una enfermedad que surge de una manera progresiva, su comportamiento es agresivo y puede ser letal a corto plazo, esa es la naturaleza de la enfermedad, la persona que la padece sufre cambios en su rol familiar y social, tiendo un impacto catastrófico sobre su economía y en su estado emocional, con repercusiones en su calidad de vida; la mayoría de los pacientes observados no dudan en despojarse de sus pertenencias de valor económico y sentimental (autos, casas, etc.) para sustentar el tratamiento que es costoso, como profesionales de salud no imaginamos todo este contexto que envuelve al paciente, aun los evaluamos desde el modelo biologicista

Después de haber sido asignada a la clínica de leucemias agudas pude observar que la mayoría del personal no estamos

preparados para abordar a la persona desde el paradigma

humanista, darse cuenta de que el paciente antes de estar enfermo hacia una vida normal igual a la nuestra, que en un momento inesperado pierde y es enfrentado a un cambio de vida radical que no creía que le podría ocurrir.

OBJETIVO:

Dar a conocer el impacto que tiene la leucemia aguda en la calidad de vida de la persona enferma y de su familia, así como la importancia del papel de enfermería en el cuidado.

En este sentido es necesario que el profesional de enfermería escuche al paciente y familia, ya que ambos están en una situación vulnerable, es el momento de ver a la persona desde el otro lado, de reconocer al otro, de ejercer el cuidado con empatía y respeto de sus creencias y valores, favorecer un escenario donde el paciente sea el constructor de su historia de vida, que tenga un papel protagónico y activo durante el proceso de la enfermedad.

El impacto obtenido es que a lo largo de estos años se detectó la necesidad de otorgar cuidado individualizado al paciente desde la consultoría de enfermeria con un enfoque preventivo, implementando intervenciones encaminadas a detectar complicaciones derivadas de la enfermedad y el tratamiento, consideramos que estas intervenciones han favorecido a disminuir los ingresos a los servicios de urgencias, así como el ingreso oportuno a las áreas hospitalarias por neutropenia grave y fiebre, ayudando a la disminución de las complicaciones graves ya que el paciente estará recibiendo tratamiento antibiótico precoz.

Este grupo de pacientes requieren la atención de un equipo multidisciplinario, donde el profesional de enfermería es un enlace con los especialistas médicos y clínicas de especialización de enfermería, lo que permite la integración de la atención en tiempo oportuno.

CONCLUSIONES:

hules el ah

El ayudar a obtener el mayor grado de bienestar posible dentro del contexto de la enfermedad y tratamiento, nos permiten impactar en el aspecto emocional de tal forma que el paciente mantiene una actitud positiva durante este proceso. A través del tiempo hemos implementado estrategias para mejorar la calidad de vida de la persona, las intervenciones de enfermería que se implementan con estos pacientes quizás no curaran la enfermedad, sin embargo, realizar estas funciones dignifica el trabajo del profesional de enfermería, ya que gracias a estos cuidados el paciente se siente acogido, seguro, confiado de que el personal que le atiende lo conoce.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1.-Impacto sicosocial del cáncer, revista contigo > psicosociología, Núm. 6, septiembre 2006 pp 19-21, disponible en http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/revista_contigo/n_6/psicooncología

2.-Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud, revista latino Am Enfermagen mai. Jun 2010, pp 177-185, disponible en http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es. 23.pdf

3.-Teresa González Gil, Lara Martínez Gimeno, Raquel Luengo González, Aantropología de los cuidados en el ámbito académico de la Enfermería en España, revista. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006 pp 155-161.

4.- La humanización de los cuidados de enfermería, una visión antropológica, revista Labor Hospitalaria, núm 291, 2009, pp 36 – 40, disponible en https://storage.googleapis.com/labor hospitalaria/historicol/Labor%20Hospitalaria 2009-1 291 art03%201.pdf