

AÑO 7
NÚMERO 1
Abril de 2019

ISSN: 2339-7284

REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

EN ESTE NÚMERO:

P.5

Vinculación entre la innovación tecnológica y la calidad en la atención. El caso del sistema de salud de Israel

P.7

Funcionamiento e historia familiar asociados al consumo de alcohol en adolescentes

P.12

Las parteras tradicionales: percepción de su imagen social en una población del occidente de Yucatán

P.19

Cuidados de enfermería de un adulto mayor con fractura transtrocanterica de cadera derecha en un Servicio de Traumatología

P.27

Una propuesta para entrenar habilidades de auscultación cardíaca durante la jornada laboral de enfermería hospitalaria

P.34

Promoción de la donación de sangre a usuarios y familiares mediante un programa educativo de enfermería en una institución de salud de alta especialidad



PERMANYER MÉXICO
www.permayer.com



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

Cuerpo Editorial

Editora en jefe

Lizeth Guadalupe López López

Coeditor

Silvino Arroyo Lucas

Editores asociados

David Kershenobich Stalnikowitz

Director General del INCMNSZ

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 Epidemiología 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

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 Citlähua 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

Bertha Medel Pérez

Graciela Hernández

Yesica Claudia Juárez Serrano

Martha Kaufer Horwitz

Ulises Rieke Campoy

Sandra Hernández Corral

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

Victor 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



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

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 Rifa 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*

Dedys 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 del área de la Salud. 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

© 2019 Permanyer

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

© 2019 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

Edición impresa en México



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

ISSN: 2339-7284

Ref.: 4859AX181

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, fotocopando, grabando o cualquier otro modo.

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



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

Índice

EDITORIAL

Vinculación entre la innovación tecnológica y la calidad en la atención. El caso del sistema de salud de Israel

Beatriz Irene Sánchez-Trampe..... 5

ARTÍCULOS ORIGINALES

Funcionamiento e historia familiar asociados al consumo de alcohol en adolescentes

José Alberto López-Vásquez, Rosa Emilia Guerra-Vásquez, Daniela Díaz-García,
María Guadalupe Gregorio-Rasgado, Tania Rodríguez-Enríquez y José Abraham Castillo-Ríos 7

Las parteras tradicionales: percepción de su imagen social en una población del occidente de Yucatán

Edwin Uc-Cab, Saul May-Uitz, Sheila Cohuo-Cob y M.^a Rebeca Sosa-Cárdenas 12

BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A LA SALUD

Cuidados de enfermería de un adulto mayor con fractura transtrocanterica de cadera derecha en un Servicio de Traumatología

Josué A. Medina-Fernández, Erika N. May-Chuc, Martín Pantoja-Herrera,
Ana L. Carrillo-Cervantes y Daniel Sifuentes-Leura 19

Una propuesta para entrenar habilidades de auscultación cardíaca durante la jornada laboral de enfermería hospitalaria

René A. Flores-Franco y Maribel Olivas-Payán 27

CULTURA HISTORIA Y ENFERMERÍA

Promoción de la donación de sangre a usuarios y familiares mediante un programa educativo de enfermería en una institución de salud de alta especialidad

Paula Peñaloza-Ramírez, Nelly Tirado-Cárdenas, Alejandra Navarrete-Galicia, Irene Peñaloza-Terán
y Maribel Meza Rosales 34

Instructivo para autores 38



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

Index

EDITORIAL

Link between technological innovation and quality of care. The case of the health system of Israel

Beatriz Irene Sánchez-Trampe..... 5

ORIGINAL ARTICLES

Operation and history family associated with consumption of alcohol in adolescents

José Alberto López-Vásquez, Rosa Emilia Guerra-Vásquez, Daniela Díaz-García,
María Guadalupe Gregorio-Rasgado, Tania Rodríguez-Enríquez and José Abraham Castillo-Ríos 7

The traditional midwife: Perception of the social image in a population of the western Yucatán

Edwin Uc-Cab, Saul May-Uitz, Sheila Cohuo-Cob and M.^a Rebeca Sosa-Cárdenas 12

GOOD PRACTICES OF HEALTH CARE

Nursing care of an older adult with transtrochanteric fracture of the right hip in a traumatology service

Josué A. Medina-Fernández, Erika N. May-Chuc, Martín Pantoja-Herrera, Ana L. Carrillo-Cervantes and
Daniel Sifuentes-Leura..... 19

A proposal for training cardiac auscultatory skills during nursing rounds

René A. Flores-Franco and Maribel Olivas-Payán..... 27

CULTURE, HISTORY AND NURSING

Promotion of blood donation to users and relatives through an educational nursing program in a high health institution specialty

Paula Peñaloza-Ramírez, Nelly Tirado-Cárdenas, Alejandra Navarrete-Galicia, Irene Peñaloza-Terán
and Maribel Meza Rosales 34

Instructions to authors 38

Vinculación entre la innovación tecnológica y la calidad en la atención. El caso del sistema de salud de Israel

Beatriz Irene Sánchez-Trampe*

Coordinadora de Enseñanza e Investigación, Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro, ISSSTE, Ciudad de México, México

El sistema nacional de salud es una estructura social que debe estar enfocada a atender los retos contextuales y estructurales de la salud de una población. Es la articulación de los instrumentos de atención, planeación, ejecución y evaluación de los servicios de salud de un país y su desarrollo es esencial para asegurar la promoción, la prevención, la curación, la rehabilitación y el bienestar. El acceso a los servicios de salud es un derecho humano, que debe estar asegurado con la oferta de servicios organizados de manera efectiva y eficiente.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) reportó en el *Better Life Index* que la nación de Israel se sitúa por arriba del promedio en estado de la salud y esperanza de vida, que es de casi 82 años, dos años más que el promedio de la OCDE. El 84% de los habitantes de Israel califica su propia salud como buena, cifra mayor que el promedio de la OCDE, que corresponde al 69%. Esto es un reflejo de las estrategias de atención con enfoque prioritario en el cumplimiento de los estándares de calidad internacionales que se llevan a cabo en Israel.

En mi experiencia durante la rotación por Israel fui testigo de la vinculación de la tecnología y la atención de calidad, no dejando de lado el trato humano a la población, incluso a personas no pertenecientes al país. El sistema de salud israelí, bajo la reforma de 1995, se basa en la Ley nacional de seguro de salud, que garantiza la calidad de atención médica a todos

los ciudadanos con el establecimiento de una política de salud nacional regulada. Este sistema otorga una cobertura de salud universal, que permite asegurar proporcionar a cada israelí (sin importar edad o estado de salud) un paquete básico de atención médica.

Los principales componentes son el Ministerio de Salud, que actúa como eje rector, cuatro fondos de seguro de salud (cajas de salud) y otras organizaciones sin fines de lucro (integradas por el parlamento, sindicatos y universidades), que conforman un comité revisor y supervisor de la planeación y la ejecución de las actividades de los cuatro fondos¹. El sistema se financia mediante impuestos vinculados a los ingresos de cada ciudadano (4.8%) y representa aproximadamente el 8% del producto interior bruto del país.

Todos los ciudadanos tienen la obligatoriedad de estar registrados en un seguro de salud. Pueden elegir libremente el registro a uno de los fondos y la aportación es obligatoria para los residentes asalariados mayores de 18 años. Los niños menores de 18 años tienen derecho a un seguro de salud independientemente de su estatus de residencia^{1,2}. Dos aspectos de importancia en este sistema público de salud son el enfoque prioritario de la prevención primaria y la integración de los servicios de emergencia.

En Israel, la atención primaria se divide en servicios curativos y preventivos, con un enfoque integral del ámbito preventivo comunitario. El primer nivel de atención se considera la piedra angular de la atención

Correspondencia:

*Beatriz Irene Sánchez-Trampe

E-mail: mcirenetrampe@gmail.com

Fecha de recepción en versión modificada: 22-02-2019

Fecha de aceptación: 26-02-2019

DOI: 10.24875/ENF.19000090



Figura 1. MDAI (Magen David Adom de Israel), Servicio Nacional de Emergencia Médico de Israel.



Figura 2. Soroka University Medical Center. Beer-Sheva, Negev, Israel.

de salud. La atención preventiva para niños pequeños inicia desde el nacimiento, hasta los 6 años, y se proporciona mediante las Clínicas de salud materno-infantil que otorgan servicios a la gran mayoría (> 96%) de los niños del país.

La organización de su sistema de atención a la salud se encuentra adaptada a la situación bélica en la que se encuentra continuamente, por lo que cuenta con un servicio médico de emergencia integrado en el sistema de salud ordinario. El Magen David Adom de Israel (MDAI) (Fig. 1), análogo a la Cruz Roja que conocemos en México, está conformado por una red pública de estaciones de primeros auxilios, el programa nacional de donaciones de sangre y los bancos de sangre, así como un servicio público de ambulancias que incluye unidades de terapia intensiva especializadas integradas en las unidades de urgencias en los hospitales (Fig. 2). La organización funciona con la ayuda de personal voluntario en las estaciones de emergencia del país.

Las tecnologías de la información se emplean en la comunicación en la salud, lo que les ha permitido una reducción en inversión y costos. Cuentan con plataformas de salud digital centradas en el pacien-

te y también con instrumentos informáticos basados en *big data* cuya información, entre otros aspectos, les permite conocer y enfocarse a mejorar la calidad de los servicios de salud, así como la eficiencia y la transparencia de los procesos de atención y administración en salud. Las innovaciones están orientadas a la telemedicina, aplicaciones móviles y tecnología portable para el monitoreo en tiempo real de los pacientes.

Las condiciones de estabilidad bélicas a las que se enfrentan constantemente le han permitido crear un sistema de salud eficaz y exitoso. La vinculación a la tecnología va enfocada al bienestar del usuario. El profesional de la salud israelí busca mejorar la calidad de la atención al otorgar cuidados humanos, basados en el conocimiento y mediante la tecnología. La calidad de la atención es percibida como buena en un alto porcentaje, por los propios usuarios.

Bibliografía

1. Kahan E. Programa Gestión en Sistemas de Salud. Galilee International Management Institute. Nahalal, Israel; 2018.
2. Rosen B, Waitzberg R, Merkur S. Israel: Health System Review. Health Syst Transit. 2015;17(6):1-212.



Funcionamiento e historia familiar asociados al consumo de alcohol en adolescentes

José Alberto López-Vásquez¹,
Rosa Emilia Guerra-Vásquez², Daniela Díaz-García²,
María Guadalupe Gregorio-Rasgado²,
Tania Rodríguez-Enríquez² y José Abraham Castillo-Ríos²

¹Coordinación de Gestión del Cuidado y de Investigación en Enfermería, Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca; ²Pasante de Enfermería, Universidad del Istmo. Oaxaca, México

Resumen

Introducción: El consumo de alcohol en adolescentes es un problema de salud pública, y es el resultado de la suma de factores biológicos, psicológicos y sociales. **Objetivo:** Comparar y asociar el funcionamiento e historia familiar con el consumo de alcohol en adolescentes. **Material y método:** El estudio fue descriptivo, comparativo y asociativo en una muestra tipo censal de 88 adolescentes de una institución educativa de nivel medio superior del Estado de Oaxaca. **Resultados:** El 36.4% de los adolescentes han consumido alcohol en el último año; de estos, el 37.50% expresan un consumo de bajo riesgo, el 53.12% de riesgo moderado y el 9.37% de riesgo alto. Respecto al funcionamiento familiar, el 28.12% reportan una familia funcional, el 40.62% una familia moderadamente funcional, el 21.87% una familia disfuncional y el 9.37% una familia severamente disfuncional. De acuerdo con la historia familiar de consumo, el 90.62% informan historia familiar positiva de consumo; se encontró una asociación significativa entre funcionamiento e historia familiar con consumo de alcohol. **Conclusiones:** El estudio expone la necesidad de abordar a la familia para fomentar un entorno de armonía, confianza, seguridad, comunicación y afectividad, entre otros componentes, debido a que este es un factor influyente en el consumo de alcohol.

Palabras clave: Adolescentes. Consumo de alcohol. Funcionamiento familiar. Historia familiar.

Abstract

Introduction: Alcohol consumption in adolescents is a public health problem; it is the result of the sum of biological, psychological and social factors. **Objective:** To compare and associate functioning and family history with alcohol consumption in adolescents. **Material and method:** The study was descriptive, comparative and associative in a census-type sample of 88 adolescents from an upper secondary educational institution in the State of Oaxaca. **Results:** 36.4% of adolescents have consumed in the last year, of which 37.50% express a low risk consumption, 53.12% moderate risk and 9.37% high risk. Regarding family functioning, 28.12% report a functional family, 40.62% a moderately functional family, 21.87% a dysfunctional family and 9.37% a severely dysfunctional family; respect to the family history of consumption, 90.62% report positive consumption history. A statistically significant association was found between functioning and family history with alcohol consumption. **Conclusions:** The study exposes the need to approach the family to foster an environment of harmony, confidence, security, communication and affectivity, among other components, because it is an influential factor in alcohol consumption. (Rev Mex Enf. 2019;7:7-11)

Corresponding author: José Alberto López-Vásquez, investigacion_salud_b2@hotmail.com

Key words: Adolescents. Alcohol consumption. Family functioning. Family history.

Correspondencia:

*José Alberto López-Vásquez

E-mail: investigacion_salud_b2@hotmail.com

Fecha de recepción en versión modificada: 26-12-2018

Fecha de aceptación: 14-01-2018

DOI: 10.24875/ENF.19000071

Cómo citar este artículo: López-Vásquez JA, Guerra-Vásquez RE, Díaz-García D, Gregorio-Rasgado MG, Rodríguez-Enríquez T, Castillo-Ríos JA. Funcionamiento e historia familiar asociados al consumo de alcohol en adolescentes. Rev Mex Enf. 2019;7:7-11.

Introducción

El consumo de alcohol es un problema prioritario en la salud de los adolescentes y se vincula a los cambios fisiológicos, sociales y psicológicos propios de la adolescencia^{1,2}. El consumo de alcohol se considera uno de los principales factores mundiales de la carga de mortalidad en adolescentes, se estiman 320,000 jóvenes de entre 15 y 19 años de edad mueren de causas relacionadas a el alcohol lo que representa el 9% de las defunciones en este grupo etario³.

En México, la población adolescente (12 a 17 años) muestra una prevalencia alarmante de consumo de alcohol. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, en el 2016 se reporta una prevalencia de consumo de alguna vez en la vida del 39.8%, en el último año del 28% y en el último mes del 16.1%⁴; no obstante, estudios realizados en distintos Estados de México informan prevalencias superiores, donde la proporción de consumo de alguna vez en la vida oscila entre el 66.7 y el 72.1%, en el último año entre el 46.9 y el 48.3% y en el último mes entre el 22.5 y el 23.3%. Asimismo, estos estudios exponen que la población adolescente muestra un predominio en el consumo sensato con valores entre el 37.2 y el 74.1%, seguido del consumo dependiente entre el 11.2 y el 24.8% y dañino entre el 14.7 y el 38%^{5,6}.

La problemática entorno al consumo de alcohol en la población adolescente ha condicionado la búsqueda de elementos explicativos para entender la naturaleza del fenómeno. Se ha reportado la presencia de factores biológicos, psicológicos y sociales que influyen en el comportamiento de consumo de alcohol; sin embargo, el estudio centra la atención en el factor social desde la perspectiva de la familia, en virtud a la evidencia científica que ha dejado al descubierto la asociación directa con el consumo de alcohol^{5,7-10}.

Inicialmente, García y Casique en el 2012 indican una relación positiva entre sistema familiar y capacidad de autocuidado en adolescentes que consumen bebidas alcohólicas¹⁰. De igual forma, Landero y Villarreal en el 2007 y Villarreal-González, Sánchez-Sosa y Musitu en el 2010 informan de una asociación significativa entre el consumo de alcohol de los adolescentes con el consumo de la familia^{8,11}.

Además, estudios realizados por Armendáriz, et al. en el 2014 y 2015 refieren que la historia familiar de consumo de alcohol es un elemento predictivo en la conducta de consumo en adolescentes, debido a que la familia actúa como el primer círculo de socialización, lo cual puede potencializar el inicio de la conducta.

Los estudios evidencian que las personas con antecedentes familiares de consumo de alcohol muestran puntuaciones de consumo más alto en comparación con los que no tienen antecedentes; mismos que expresan una asociación positiva, indicando que a mayor consumo de alcohol por parte de los padres, mayor será el consumo por parte de los hijos^{5,12}.

Asimismo, dentro de la familia se ha encontrado que el funcionamiento familiar es un elemento imprescindible en el consumo de alcohol en adolescentes. Estudios realizados por Trujillo-Guerrero, Vázquez-Cruz y Córdova-Soriano en el 2016 y Lima-Serrano, Guerra-Martín y Lima-Rodríguez en el 2017 informan de que el funcionamiento familiar puede actuar como un factor de protección, en virtud de que una familia unida con calidad en la comunicación y en las relaciones permite el desarrollo óptimo de los adolescentes^{13,14}.

Ante los argumentos expuestos, se expone la necesidad de indagar la influencia de la familia sobre el consumo de alcohol en la población adolescente, con la finalidad de establecer medidas de promoción, prevención y control mediante la educación para la salud. Por ello, el objetivo del estudio es comparar y asociar el funcionamiento e historia familiar con el consumo de alcohol en adolescentes de una institución educativa de nivel medio superior del Estado de Oaxaca, México.

Material y métodos

Diseño de estudio, población y muestra

El diseño del estudio fue de tipo descriptivo, comparativo y asociativo, lo que permitió describir el funcionamiento familiar, la historia familiar de consumo y el consumo de alcohol de los adolescentes y, al mismo tiempo, comparar y asociar estas variables^{15,16}. La población estuvo constituida por 109 adolescentes de una institución educativa de nivel medio superior del Estado de Oaxaca, México, motivo por el cual se optó por estudiar el total de los adolescentes; sin embargo, 21 de ellos rehusaron participar, quedando una muestra final de 88 sujetos.

Instrumentos

La variable «consumo de alcohol» hace referencia a la forma en que los adolescentes consumen alcohol en relación a la edad de inicio, cantidad, prevalencia y tipo de consumo. La información se recolectó a partir de una Cédula de Datos Personales y de Prevalencia

de Consumo de Alcohol, dividida en dos secciones: 1) aspectos personales (edad, sexo, escolaridad y familia), y 2) aspectos relacionados con la prevalencia (alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes) y el consumo de alcohol (edad de inicio de consumo y cantidad de bebida alcohólica); además, para la identificación del tipo de consumo se retomó la categoría de alcohol de la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST). El cuestionario fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud como una herramienta técnica para la identificación temprana de riesgos para la salud y trastornos debido al uso de sustancias en la atención primaria de salud; consta de siete reactivos en escala nominal y ordinal, y clasifica el consumo según la puntuación total en: 0 a 10 consumo de bajo riesgo, 11 a 26 consumo de riesgo moderado y 27 o más, consumo de riesgo alto. En lo que respecta a la fiabilidad, el cuestionario ha reportado un alfa de Cronbach superior a 0.70^{17,18}.

La variable «funcionamiento familiar» hace referencia a la percepción de los adolescentes sobre el funcionamiento familiar, información que se recolectó a partir de la Prueba de Funcionamiento Familiar (FF-SIL). La prueba fue desarrollada por Ortega, de la Cuesta y Díaz en 1999, y consta de 14 reactivos en escala ordinal, dividida en siete dimensiones: cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptación. La puntuación total clasifica el funcionamiento en: 14 a 27 severamente disfuncional, 28 a 42 disfuncional, 43 a 56 moderadamente funcional y 57 a 70 funcional. En lo que respecta a la fiabilidad, la prueba ha reportado un alfa de Cronbach superior a 0.8^{19,20}.

La variable «historia familiar» hace referencia a la presencia de consumo de alcohol por parte de los padres de los adolescentes, información que se recolectó a partir del Inventario de Historia Familiar de Consumo de Alcohol (IHFCA). El inventario fue desarrollado por Natera, et al. en el 2001 y consta de seis reactivos en escala ordinal, donde un valor de cero significa historia familiar negativa y de 1 a 6, historia familiar positiva. En lo que respecta a la fiabilidad, el inventario ha reportado un alfa de Cronbach superior a 0.08^{5,12,21}.

Procedimiento

La aplicación de los instrumentos se realizó en una institución educativa de nivel medio superior del Estado de Oaxaca, México, en el mes de diciembre de 2016, con previa autorización de los directivos, a

quienes se informó sobre el objetivo, procedimiento, tiempo y alcance del estudio. Los instrumentos empleados fueron impresos en papel y aplicados de manera grupal en las aulas bajo la supervisión de los investigadores, quienes solicitaron el consentimiento informado de los estudiantes y padres; además, permanecieron durante el cumplimiento de los instrumentos para la aclaración de dudas o preguntas. Una vez finalizado, se agradeció a los adolescentes y a los directivos de la institución la participación en el estudio.

Análisis estadístico

Los datos fueron procesados en el programa SPSS® versión 22 para Windows. Se obtuvieron estadísticos descriptivos: frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, y medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas; asimismo, se realizó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, lo que condicionó el uso de pruebas no paramétricas comparativas (Chi cuadrada, U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis) y asociativas (coeficiente de correlación de Spearman).

Resultados

Características de la muestra

La muestra estuvo integrada por 88 adolescentes de una institución educativa de nivel medio superior; el 68.2% fueron hombres y el 31.8% mujeres, con una edad promedio de 16.56 (desviación estándar [DE]: 1.28) años. En relación al grado académico, el 29.5% cursaba el primer año, el 31.8% el segundo año y el 38.6% el tercer año. El 67% de los adolescentes refirieron vivir con mamá y papá, el 26.1% solo con mamá, el 2.3% solo con papá, un 1.1% con tío o tía y un 3.3% con otras personas.

Consumo de alcohol

El 48.9% de los adolescentes habían consumido alcohol alguna vez en la vida, el 36.4% en el último año y el 13.6% en el último mes. En cuanto a la cantidad de bebida consumida por ocasión, se observó un promedio de 4.85 (DE: 4.58). Referente a los adolescentes que consumieron alcohol en el último año, el 37.50% expresaron un consumo de bajo riesgo, el 53.12% de riesgo moderado y el 9.37% de riesgo alto.

Funcionamiento familiar e historia familiar de consumo de alcohol

El 28.12% de los adolescentes reportaron una familia funcional, el 40.62% una familia moderadamente funcional, el 21.87% una familia disfuncional y el 9.37% una familia severamente disfuncional. Respecto a la historia familiar, el 90.62% informaron historia positiva de consumo y el 9.37% historia negativa.

Funcionamiento familiar, historia familiar y consumo de alcohol de los adolescentes

La comparación respecto al sexo de la cantidad de bebida consumida por ocasión no mostró diferencia en mediana (U: 69.500; $p = 0.241$). De igual forma, el sexo presentó igualdad en proporción con el consumo de bajo riesgo (χ^2 : 0.711; $p = 0.399$), riesgo moderado (χ^2 : 1.046; $p = 0.306$) y riesgo alto (χ^2 : 0.123; $p = 0.726$). La cantidad de bebida consumida no evidenció diferencia estadísticamente significativa con el funcionamiento familiar (H: 0.159; $p = 0.984$) y la historia familiar de consumo (U: 43.500; $p = 0.604$). De acuerdo con el objetivo principal de estudio, la cantidad de bebida consumida por ocasión mostró asociación estadísticamente significativa con el funcionamiento familiar (correlación de spearman [rs]: -0.187 ; $p = 0.020$) y con la historia familiar de consumo de los padres (rs: 0.284 ; $p = 0.001$).

Discusión y conclusiones

El 50% de los adolescentes refirieron consumir alcohol alguna vez en la vida, siguiendo el patrón de consumo en el último año en el 36% y en el último mes en el 15%. Datos ligeramente superiores a los expuestos por la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, donde el consumo de alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes es del 39.8, 28 y 16.1%, respectivamente⁴. En relación al tipo de consumo, los adolescentes mostraron un predominio en el consumo de riesgo moderado, con un 53%, cifra superior a lo informado en los estudios realizados en los Estados de Guerrero y Nuevo León, México, que notifican un predominio en el consumo de bajo riesgo o de tipo sensato, con una edad promedio de inicio de consumo de 14 años, siendo inferior a lo reportado en el estudio, en el cual osciló alrededor de los 16 años^{5,6}.

A pesar de que el comportamiento de consumo disminuyó de manera paulatina a lo largo del tiempo, la influencia de factores sociales, culturales, familiares

e incluso físicos, aunada a los cambios de conducta propios de la adolescencia, conllevó que los adolescentes presentaran un porcentaje considerable de consumo en el último mes, siendo un riesgo moderado, ya que condiciona la posibilidad de generar una dependencia a la sustancia y, con ello, afectación de la calidad de vida, impacto en la salud y en el sistema sanitario^{1,2,17}.

Aproximadamente el 70% de los adolescentes expresaron una funcionalidad familiar, porcentaje similar de adolescentes que informaron vivir con los padres. Lo que puede traducirse en que gran parte de los adolescentes percibieron que la familia tiene la capacidad de crear un entorno que facilite su desarrollo como miembro social, a partir de la cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptación^{19,20}. Sin embargo, el 90% de los adolescentes informaron una historia familiar positiva de consumo por parte de los padres, dato superior a lo reportado en adolescentes del Estado de Nuevo León, México⁵ y en la población general de México⁹. El dato puede explicar el comportamiento de consumo de alcohol a lo largo del tiempo y el tipo de consumo descrito previamente.

Respecto al objetivo comparativo, se puede apreciar que la cantidad y el tipo de consumo es igual por sexo y grupos de funcionamiento familiar e historia familiar. Esta información se asemeja a lo reportado por Landero y Villareal y Trujillo-Guerrero, Vázquez-Cruz y Córdova-Soriano, quienes indican que no existe diferencias en el consumo de alcohol por sexo^{8,13}; no obstante, Armendáriz-García, et al. expresan que los tipos de consumo de alcohol es mayor proporcionalmente con la presencia de una historia familiar positiva¹². Esto puede deberse a que la familia es el núcleo de comunicación y de transmisión de estilos de vida saludable, lo que aumenta la probabilidad de que los hijos no adopten conductas saludables^{5,9,13}.

En función al objetivo de asociación, se apreció una asociación negativa entre la cantidad de bebida consumida por ocasión y el funcionamiento familiar de los adolescentes, es decir, a mayor funcionamiento familiar, menor será el consumo de alcohol por parte de los adolescentes. Este dato se asemeja a los informados por Villarreal-González, Sánchez-Sosa, Musitu y Varela¹¹. Por su parte, Lima-Serrano, Guerra-Martín y Lima-Rodríguez expresan que el funcionamiento familiar es un factor de protección para el consumo de alcohol¹⁴. Por otro lado, el estudio evidenció una relación positiva entre la cantidad de bebida consumida y la historia familiar, lo que concuerda con lo

expuesto por dos estudios de Armendáriz, et al., quienes informan una relación positiva, lo que significa que a mayor consumo de alcohol por parte de los padres, mayor será el consumo de alcohol en los hijos^{5,12}. De igual forma, Landero y Villarreal y Villarreal-González, Sánchez-Sosa, Musitu y Varela, refieren la existencia de relación positiva entre estas variables^{8,11}. Una explicación es que la familia es la base de la aceptación de las conductas de los hijos; cuando los padres expresan conductas de consumo de alcohol, la adopción de esta será más permisible en los hijos, y ello aunado a factores que la potencian, como cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptación^{12,19-21}.

A manera de conclusión, la adolescencia se caracteriza por ser una etapa de la vida que está condicionada por factores biológicos, físicos, sociales, emocionales y psicológicos; en conjunto, estos aumentan la vulnerabilidad en la adopción de la conducta de consumo de alcohol. La familia es un elemento que actúa como factor protector para el desarrollo de conductas promotoras de salud, razón por la cual el estudio deja al margen la necesidad de realizar estudios de intervención donde se aborde a la familia, considerando el funcionamiento y la historia familiar en la prevención y control del consumo de alcohol en adolescentes.

Limitaciones del estudio

De acuerdo a las limitaciones del estudio, se puede expresar la posibilidad de inclusión de sesgo por parte de los adolescentes, debido a que pueden haber tenido temor o preocupación por documentar el consumo de alcohol y la situación familiar, lo que supone no suministrar información veraz. Otra limitante es el número de participantes, debido a que la muestra se integró por 88 adolescentes, impidiendo en gran medida la generalización de los resultados.

Consideraciones éticas

La investigación se estableció de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Para lo cual se retomó el Título II «Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos», Capítulo I y Artículos 13, 14, 16, 17, 20 y 21²².

Bibliografía

1. Arriola MG, Galera SAF, Torres RA, Gargantua ASR, De Avila AML, Morales CFA. Factores de riesgo para el consumo de alcohol en adolescentes estudiantes. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* 2017;13(1):22-9.
2. Bousoño M, Al-Halabi S, Burón P, Garrido M, Díaz-Mesa EM, Galván G, et al. Factores predictores del consumo de alcohol en adolescentes: datos de un estudio prospectivo de 1 año de seguimiento. *Adicciones* [Internet]. 2018;20(10). Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/998>
3. Nash N, González J, Hernández LS, Bravo LA, López MF. Prevalencia en el consumo de alcohol en los adolescentes. *Revista Psicología Científica* [Internet]. 2012;14(13). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/prevalencia-consumo-alcohol-adolescentes/>
4. Villatoro-Velázquez JA, Resendiz Escobar E, Mujiza Salazar A, Bretón-Cirett M, Cañas-Martínez V, Soto-Hernández A, et al.; Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. Reporte de Alcohol. Ciudad de México, México: INPRFM; 2017.
5. Armendáriz-García NA, Almanza-López JB, Alonso-Castillo MT, Oliva-Rodríguez NN, Alonso-Castillo MM, López-Cisneros MA. La historia familiar y la conducta de consumo de alcohol como factor sociocultural en el adolescente. *Perspectiva de enfermería. Aquichan.* 2015;15(2):219-27.
6. Telumbre-Terrero JY, Sánchez-Jaimes BE. Consumo de alcohol en adolescentes del Estado de Guerrero, México. *Salud y drogas.* 2015;15(1):79-86.
7. Gómez CE. Adolescencia y familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección. *Rev intercont psicol educ.* 2008;10(2):105-22.
8. Landero HR, Villarreal GME. Consumo de alcohol en estudiantes en relación con el consumo familiar y de los amigos. *Psicol salud.* 2007;17(01):17-23.
9. Natera-Rey G, Borges G, Medina-Mora IME, Solís-Rojas L, Tiburcio-Sainz M. La influencia de la historia familiar de consumo de alcohol en hombres y mujeres. *Salud Pública Méx.* 2001;43(1):17-26.
10. García OL, Casique CL. Relación del sistema familiar y capacidad de autocuidado del adolescente que consume bebidas alcohólicas. *Salud y drogas.* 2012;12(1):101-17.
11. Villarreal-González ME, Sánchez-Sosa JC, Musitu G, Varela R. El consumo de alcohol en adolescentes escolarizados: propuesta de un modelo sociocomunitario. *Interven psicosocial.* 2010;19(3):253-64.
12. Armendáriz GNA, Alonso CMM, Alonso BA, López CMA, Rodríguez PLA, Méndez RMD. La familia y el consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Cienc enferm.* 2014;20(3):109-18.
13. Trujillo-Guerrero TJ, Vázquez-Cruz E, Córdova-Soriano JA. Percepción de la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol en adolescentes. *Aten Fam.* 2016;23(3).
14. Lima-Serrano M, Guerra-Martín MD, Lima-Rodríguez JS. Relación entre el funcionamiento familiar y los estilos de vida de los adolescentes en edad escolar. *Enferm Clin.* 2017;27(1):3-10.
15. Polit DF, Hungler BP. Investigación científica en Ciencias de la Salud. 6.ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
16. Hernández SR, Fernández CC, Baptista LMP. Metodología de la Investigación. 6.ª ed. México: McGraw-Hill; 2014.
17. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en la atención primaria [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_screening_spanish.pdf
18. Tiburcio SM, Rosete-Mohedano MG, Natera RG, Martínez VNA, Carreño GS, Pérez CD. Validez y confiabilidad de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) en estudiantes universitarios. *Adicciones.* 2016;28(1):19-27.
19. De la Cuesta D, Pérez E, Louro I, Bayarre H. Un instrumento de funcionamiento familiar para el médico de la familia. *Rev Cub Med Gen Integr.* 1996;12(1):24-31.
20. Rodríguez-Orozco AR, Kanán-Cedeño EG, Bautista de la Cruz J, Polina-Carrillo R, Gómez-Alonso C. No asociación entre percepción del funcionamiento familiar y modalidad de tratamiento de la enfermedad renal crónica secundaria a diabetes mellitus. *Actas Esp Psiquiatr.* 2013;41(2):63-6.
21. Natera G, Borges G, Medina MA, Solís L, Tiburcio M. La influencia de la historia familiar de consumo de alcohol en hombres y mujeres. *Salud Pública Méx.* 2001;43(1):17-26.
22. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [Internet]. México: Secretaría de Salud. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compil/rlgsmis.html>



Las parteras tradicionales: percepción de su imagen social en una población del occidente de Yucatán

Edwin Uc-Cab, Saul May-Uitz*, Sheila Cohuo-Cob y M.^a Rebeca Sosa-Cárdenas

Unidad de Posgrado e Investigación, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida, Yuc., México

Resumen

Objetivo: Explorar la percepción de la imagen social en habitantes del municipio de Halachó, Yucatán, acerca de las parteras tradicionales. **Métodos:** Estudio cualitativo, método etnográfico; la muestra por conveniencia fue de 12 participantes por el criterio de saturación de datos; los discursos se recolectaron mediante una entrevista semiestructurada, las notas de campo y la observación directa; se utilizó el método de triangulación de datos para validar la densidad, los discursos se analizaron con la técnica de análisis de contenido de acuerdo a Souza Minayo y a la luz de la teoría de Madeleine Leininger. **Resultados:** Se obtuvieron tres categorías para la interpretación de la imagen social de la partera con sus respectivas subcategorías: a) conceptualización cultural de la partera (con la subcategoría «Señalando presencia de sobadoras»); b) entorno sociocultural de la partera, reconocimiento e identidad sociocultural, y c) limitando la labor de la partera y el rol de la partera (ayudar a la embarazada y facilitar el nacimiento). **Conclusiones:** Se concluye que la imagen social percibida por los habitantes de la comunidad de Halachó sobre la partera ha cambiado, pasando de una conceptualización de partera a sobadoras con un reconocimiento e identidad cultural de acuerdo con la concepción del mundo de la teoría de Leininger, el cual menciona que los grupos tienden a mirar a su mundo para formarse una imagen sobre sus vidas o sobre el mundo que los rodea.

Palabras clave: Partería. Cultura. Características culturales. Parteras tradicionales. Rol.

Abstract

Objective: To explore the perception of the social image in the populations of the municipality of Halachó, Yucatán, about traditional birth attendants. **Methods:** Qualitative study, ethnographic method; sample of convenience, which was of 12 participants through the criterion of data saturation; the discourses were collected through a semi-structured interview, the field notes and direct observation. The data triangulation method was used to validate the density, and the discourses were analyzed with the content analysis technique according to Souza Minayo and the Madeleine Leininger's theory. **Results:** Three categories were obtained for the interpretation of the social image of the midwife with its respective subcategories: a) cultural conceptualization of the midwife, with the subcategory Indicating presence of sobadoras; b) socio-cultural environment of the midwife, recognition and socio-cultural identity, and c) limiting the work and the role of the midwife (to help the pregnant woman and to facilitate birth). **Conclusions:** It is concluded that the midwife social image perceived by the inhabitants of the Halacho community has changed; a midwife conceptualization is made, it is a cultural identity according to the world conception of the theory of Leininger, who says that the groups look at the world to form an image about their lives or about the world that surrounds them. (Rev Mex Enf. 2019;7:12-8)

Corresponding author: Saul May-Uitz, saul.may@correo.uady.mx

Key words: Midwifery. Culture. Cultural characteristics. Traditional birth attendants. Role.

Correspondencia:

*Saul May-Uitz

E-mail: saul.may@correo.uady.mx

Fecha de recepción en versión modificada: 26-12-2018

Fecha de aceptación: 28-01-2019

DOI: 10.24875/ENF.19000072

Cómo citar este artículo: Uc-Cab E, May-Uitz S, Cohuo-Cob S, Sosa-Cárdenas MR. Las parteras tradicionales: percepción de su imagen social en una población del occidente de Yucatán. Rev Mex Enf. 2019;7:12-8.

Introducción

Las parteras tradicionales son las prestadoras primarias de atención a la salud para las mujeres en edad fértil en todo el mundo. El tipo y el nivel de cuidado materno que pueden proporcionar es a menudo similar a la atención que brindan los obstetras, los médicos de familia u otros médicos, donde estos profesionales están disponibles¹. En ese contexto la comprensión de las costumbres, las creencias y acciones asociadas a la reproducción, el embarazo, el nacimiento y la crianza de los niños es el primer paso para integrar esta práctica en esquemas alternativos de atención, cuyo objetivo es la eliminación paulatina de los riesgos asociados a una maternidad en condiciones de desigualdad y marginación².

Sin embargo, en áreas rurales de América Latina las parteras tradicionales continúan atendiendo nacimientos, mientras que en las áreas urbanas se ha visto una medicalización del nacimiento que incluso se ha vuelto extrema en algunos lugares, como Brasil. Al popularizarse, los médicos ven a las parteras tradicionales como primitivas y asumen que no tienen nada que contribuir a la atención de la maternidad, por tal motivo, la gran cantidad de años en que las parteras tradicionales han sido suprimidas ha dejado al público confundido sobre su papel tradicional³.

En efecto, el desarrollo de la partería es considerado como una estrategia eficaz para aumentar la atención calificada del parto, que puede ser importante en otras áreas de la salud, específicamente las que abordan mejorar el acceso a una atención de calidad para madres y recién nacidos en las poblaciones vulnerables⁴.

En México, el papel esencial de las parteras tradicionales ha perdurado en el tiempo y ha quedado registrado en distintas fuentes. Es así que, dentro de las diferentes especialidades de los médicos nahuas de la época prehispánica, queda comprendida la temixhuitiani o temixhuani, «la que ayuda a parir»⁵.

Por otra parte, varias investigaciones han mostrado la importancia que tiene el parto entre los indígenas mayas de Mesoamérica; las parteras tradicionales no solamente han sido objeto de una serie de investigaciones, sino también han tenido impacto en estudios sobre el alumbramiento como un tema con potencial teórico en antropología⁶.

En Yucatán impacta la partería con cifras bajas de mortalidad infantil, mientras que los porcentajes de cesáreas son parecidos a los registrados en otros países de Latinoamérica, pero han llegado a sobrepasar el 30% y en algunas clínicas privadas llegan al 80%

de un total de 37,854 nacimientos; los datos de nacimientos registrados atendidos por parteras son de 2,543⁷. Por su parte, según el INDEMAYA (Instituto para el Desarrollo de la Cultura Maya del Estado de Yucatán) existen alrededor de 500 parteras registradas en Yucatán, sin embargo no existe un desglosamiento de la ubicación de cada una, tampoco se logra saber si hay un porcentaje concreto de parteras pertenecientes al occidente del Estado⁸.

Resulta importante destacar que en regiones rurales donde las mujeres han parido solo con la ayuda de una partera tradicional, en la actualidad la tasa de cesáreas es muy elevada. Asimismo, con la introducción del enfoque de riesgo y con los compromisos «adquiridos» en los cursos de capacitación para las parteras tradicionales, un porcentaje cada vez mayor de parteras tradicionales está derivando a las instituciones aquellos embarazos y partos de riesgo y atendiendo únicamente los considerados de «bajo riesgo», es por ello que no hay que perder de vista que las parteras tradicionales aún juegan un papel importante, prueba de ello es que en la comunidad de Halachó aún existen parteras que prestan estos servicios a la comunidad, quizás no con la misma demanda, pero aún se vive estas prácticas⁹⁻¹¹.

La base teórica del estudio fue el modelo de Madeleine Leininger, quien afirma en su teoría «Cuidados culturales: teoría de la diversidad y la universalidad» que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidados que desean o necesitan de los demás. Esta teoría ayuda a descubrir y documentar el mundo del paciente y utiliza sus puntos de vista, sus conocimientos y sus prácticas en conjunción con una ética apropiada como base para adoptar acciones y decisiones profesionales coherentes con los conceptos de etnohistoria y sistema de cuidados genéricos (tradicionales o populares)¹².

Las implicaciones para enfermería en el presente estudio consisten en valorar el rescate de un cuidado ancestral que aún se practica y que poco a poco se ha estado desplazando por la medicina alopática, para que a partir de estos resultados se construya un modelo de atención basado en el cuidado materno-neonatal de las parteras. Los beneficios que se esperan para la sociedad es revalorar la labor de las parteras como cuidadoras principales de la salud materno-infantil en las comunidades rurales del occidente de Yucatán.

Por lo anterior el objetivo del estudio fue analizar la imagen social de los habitantes del municipio de Halachó, Yucatán, acerca de las parteras tradicionales.

Métodos

Se utilizó un enfoque cualitativo, método etnográfico, ya que se exploraron las experiencias de los habitantes y personal de salud de una población del occidente de Yucatán sobre la imagen social que se tiene de las parteras tradicionales¹¹. El método etnográfico¹³ permitió un primer acercamiento en la población para comprender mejor el fenómeno de estudio y a partir de este, subsecuentes acercamientos en la población. El muestreo fue por conveniencia, la muestra se conformó por 12 participantes por saturación de datos. Se documentó todo tipo de información mediante entrevistas audiograbadas, observación directa y notas de campo, considerando el contexto y los gestos, en un periodo de cuatro meses en el municipio de Halachó, Yucatán; asimismo se efectuaron visitas y entrevistas exhaustivas a los participantes para clarificar e interpretar las respuestas obtenidas¹⁴.

La recolección de la información se realizó posteriormente a la autorización y firma del consentimiento informado por parte de los participantes. Entre los aspectos éticos y de rigurosidad se consideraron los artículos 96, 97, 98 y 100 de la Ley General de Salud en materia de investigación, así como los criterios de rigurosidad científica para estudios cualitativos, como la validez interna y externa, la representatividad de voces, la transferibilidad y la confirmabilidad¹⁵.

El análisis del discurso se realizó mediante la técnica de contenido de Souza Minayo¹⁶ y consistió en tres fases; la fase de preanálisis se logró por medio de la revisión de literatura y documentación, así como el acercamiento previo del investigador a los participantes; la experiencia y convivencia previa del investigador con los pobladores facilitó la obtención de datos. En la fase de exploración del material se transcribió el material y se construyó una matriz de datos, que consistió en un cuadro de tres entradas: en la primera columna se transcribió el texto en su forma natural, en la segunda columna se limpió el discurso para tener una mayor claridad y comprensión, y en la tercera columna se fueron identificando unidades temáticas. Finalmente, la fase de tratamiento de resultados e interpretación consistió en construir las categorías y subcategorías por medio de las unidades temáticas identificadas, a la luz de los conceptos de la teoría de Madeleine Leininger. Se utilizó el método de triangulación de datos para validar la densidad de los datos obtenidos, esto fue entre los pobladores y el personal de salud.



Figura 1. Categorías y subcategorías identificadas (Fuente: testimonios de los participantes entrevistados en la comunidad de Halachó, Yucatán).

Resultados

Del análisis de los discursos a la luz de la teoría de Madeleine Leininger se definieron tres categorías analíticas con sus respectivas subcategorías acerca de la imagen social de las parteras: 1) conceptualización cultural de la partera, 2) entorno sociocultural de la partera y 3) rol de la partera (Fig. 1 y Tablas 1-3).

Discusión

Los habitantes describen la presencia de sobadoras más que parteras, conceptualizando culturalmente a la partera como una persona que soba, y que actualmente solo se dedica a acomodar al bebé, lo anterior coincide con lo referido por Patrizia Quattrocchi en su estudio «¿Qué es la sobada? -Elementos para conocer y entender una práctica terapéutica en Yucatán»¹⁷, en el cual describe que la práctica de la sobada es realizada por las parteras; en este contexto se puede inferir cómo las cosmovisiones en diferentes puntos del Estado se van construyendo a partir de la presencia de nuestra cultura; en el poblado donde se realizó el presente trabajo se menciona mucho la ausencia de las parteras pero la presencia de las sobadoras, sin precisar el rol correcto de las parteras.

De igual manera, las políticas públicas relacionadas con la atención del parto aún guardan vacíos, incoherencias y excluyen a la partera dentro del diseño e

Tabla 1. Conceptualización cultural de la partera**Categoría 1****Conceptualización cultural de la partera**

Subcategorías	Discursos
1.1 Señalando presencia de sobadoras Socialmente los habitantes conceptualizan culturalmente a la partera, señalándolas como sobadoras. Como lo refieren los discursos de las personas entrevistadas.	«[...] Tenemos sobadoras, pero no parteras y es que aquí, las que habían ya murieron [...]» (Alondra - supervisora) «[...] Las parteras de ahorita casi no reciben a los bebés, solo lo que hacen es sobar y acomodar al bebé, y te dicen si está bien o está mal el bebé, eso es lo que hacen las parteras de ahora [...]» (Amalia - ama de casa) «[...] Pues la veo como una cuidadora, porque cuida y ve por el bien de las personas y más por las embarazadas, es de que las soban, y que les acomodan lo que viene siendo el bebé [...]» (Amayrani - enfermera) «[...] Es una persona que se dedica a dar masajes a la panza de una mujer, que ayuda en las etapas del embarazo de una mujer, pues es una señora que está sentada en un banquillo y que tiene su colchón para que sobe [...]» (Alicia - contador público)

Tabla 2. Entorno sociocultural de la partera**Categoría 2****Entorno sociocultural de la partera**

Subcategorías	Discursos
2.1 Reconocimiento sociocultural Los habitantes reconocen con gran importancia a las parteras, útiles y beneficiosas para las embarazadas y mujeres, ya que brindan los cuidados principales y así evitan complicaciones, como lo refieren los discursos de las personas entrevistadas.	«[...] para mí que también son importantes como los médicos, bueno las personas que han estado con ellas yo soy una de ellas, yo sí te puedo decir que son importantes porque lo he vivido. [...]» (Alicia - contador público) «[...] ¡No!, ¡sí es útil!, porque no solo a las embarazadas puede sobar, porque hasta a nosotros como personas vamos ahí y encontramos alivio en que nos soban, [...]» (Amalia - ama de casa) «[...] Pues si es beneficio, al menos yo, a la persona que conozco sé que ha ido a varios como cursos, donde se puede decir que se está actualizando, pero si se llegara a dar la ocasión de que una mujer no pueda llegar al hospital por cualquier motivo entonces ella sería una muy buena persona para que la ayude a tener a su bebé [...]» (Alejandra - estudiante) «[...] Son muy importantes para las poblaciones ya que la labor que realizan en los momentos cruciales del embarazo son de gran ayuda ya que pueden dirigir a las diferentes unidades cercanas los partos complicados y sus conocimientos y experiencias les ayudan a conducir un parto natural [...]» (Bernaldino - enfermero)
2.2 Limitando la labor de la partera Socialmente los habitantes conceptualizan la labor de la partera al momento del parto como riesgoso. Como lo demuestran los discursos de las personas entrevistadas.	«[...] Es un riesgo ir con la partera porque no se está cien por ciento seguros de qué pueda pasar en un parto y pues si puede pasar ese tipo de cosas, entonces las parteras no tienen el equipo, no tienen, bueno el conocimiento [...]» (Benito - ingeniero en mecánica) «[...] No tiene todo lo que en un hospital hay, entonces no sé qué tanto, qué tan grave o qué tan favorable pueda ser atender a una embarazada por una partera, porque no creo que las parteras puedan ayudar a tener a un bebé si no está de una posición adecuada, no creo que ellas puedan hacer una cesárea [...]» (Alejandra - estudiante) «[...] Desgraciadamente, no es como se era antes, o sea, antes se comía más nutritivo, se realizaban más actividades que ayudaban y pues ahora ya cambió, entonces si van con las parteras las mujeres mayormente, les dicen que su parto va ser cesárea o llegan y tienen problemas de hipertensión o diabetes entonces todo eso complica dar una atención por la partera [...]» (Bernaldino - enfermero) «[...] Porque a veces sale peor la cosa, entonces no están bien capacitadas y lo hacen a su criterio y es cuando a veces hay complicaciones y mayor muerte infantil y de la madre también [...]» (Brayan - enfermero)

implementación de los programas obstétricos, ocupándolas solamente como gestoras de servicios dentro de la comunidad aprovechando que las mujeres

embarazadas recurren a ellas para la sobada, pero no para la atención del parto, como refiere Arguello en su trabajo «Parteras tradicionales y parto medicaliza-

Tabla 3. Rol de la partera**Categoría 3****Rol de la partera****Subcategorías****Discursos****3.1 Ayudando a la embarazada**

Los habitantes perciben como importante y bueno el asistir con la partera ya que brinda cuidados específicos para el alivio de las molestias de la embarazada, el sentirse en confianza y vivir el embarazo juntas, así como acomodar al producto para que nazca de una forma natural. Como lo mencionan los discursos de las personas entrevistadas.

«[...] Sí es importante, para las mujeres de escasos recursos, porque no tiene los recursos para poder ir a un médico especialista y entonces ellas te pueden ayudar, entonces depende de eso porque muchos lo creen y hay personas que no tienen [...]» (Alicia - Contador Público-)

«[...] Tiempo atrás, sí era más importante porque no había muchos recursos por ejemplo para ir con un ginecólogo o algo, iban con este tipo de personas que ayudaban a las mujeres embarazadas, entonces pues en la sociedad era muy importante que siempre exista una partera [...]» (Benito - ingeniero en mecatrónica)

«[...] La partera pues es, en cualquier problema que tengamos es la que nos da los primeros auxilios por ejemplo en sobarnos, si tenemos dolor en nuestra espalda nos soba o cuando tenemos dolor de un parto, nos ayuda en sus sobadas, te ayudan desde el principio de tus dolores y te ayudan en las sobadas [...]» (Alba -ama de casa)

3.2 Facilitando el nacimiento

La partera realiza diferentes maniobras utilizando solamente las manos para sobar, dar masajes, acomodar al bebé y alertar a la madre sobre si su parto será natural o una posible cesárea. Como lo refieren los discursos de las personas entrevistadas.

«[...] Soban, que da hasta yerbas, masajes, que utiliza sus manos, y entonces mi esposo dice que a su mamá, que a ella sí le ayudó una partera, porque él, según él en aquellos tiempos que los niños nacían en su casa, cuando iba a nacer, su mamá tenía una semana de dolor, no nació el bebé porque le decían que estaba muy grande, tuvo que ir a ver la comadrona en su casa y a la señora le tenían amarrado una soga en el techo para que se cuelgue, ahí se colgaba para que haga fuerza y nazca el bebé, que dos días así tenía hasta que nació el bebé, y le dijeron que nació un chamaco que pesó 5 kilos y decían que estaba muy grandote [...]» (Alicia - contador público)

«[...] Llegan a saber, si tienes algún problema, el bebé está mal colocado, te dicen que va a ser cesárea, pues al sobarte ellas saben y te lo dicen, te dicen: «que tienes problemas y mejor vaya con un médico porque ahora en que te sobé me di cuenta que eso no es mi trabajo y mejor te digo que vayas con el médico porque no quiero que a la hora de que nazca tengas problemas» [...]» (Alba - ama de casa)

«[...] Es más como darle el seguimiento al embarazo, el acomodo del bebé, el que esté más pendiente del embarazo, creo que lo poco que yo llegué es hasta lo del embarazo en el último trimestre, me acomodó, y dijo que en cualquier momento puede venir [...]» (Alondra - supervisora)

do, ¿un conflicto del pasado?». Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años¹⁸.

La función de la partera en la atención del parto se ve desacreditada por los mismos profesionales de Enfermería, quienes aún con conocimiento de los saberes de la partera, basan sus argumentos en prejuicios y mitos acerca de la mortalidad maternoinfantil, y las limitan a lugares inaccesibles donde existe insuficiente personal calificado, por lo que consideran que aquellas mujeres que acuden con las parteras aumentarán su riesgo de alguna complicación durante el parto, olvidando que el parto es un proceso natural de la mujer y en la mayoría de las ocasiones no tiene complicaciones, como menciona Laureano

en su estudio «Ejercicio tradicional de la partería frente a su profesionalización: estudio de caso en Jalisco, México»¹⁹.

Finalmente la salud es vista como un negocio para el lucro, lo que ha dado lugar a que la atención médica se tome como vía para la obtención de ganancias y no como derecho relacionado con la partería, esto coincide con un estudio realizado por Carvajal, en donde se menciona que el modelo biomédico ha construido la idea de que a mayor capacidad de pago se tiene mejor acceso a un servicio obstétrico, lo cual resta importancia a la presencia de la partera dentro de la comunidad, ya que a esta no necesariamente se le retribuye con un pago económico, siendo su pago el beneficio y desarrollo de la colectividad a través de

las mujeres parturientas y el bebé sano, lo cual fortalece el vínculo con su cultura; por lo tanto, en el imaginario social se mantiene la idea de que acudir a un hospital con mayor equipo médico y profesional de salud calificado la atención a la embarazada será mejor, dejando al margen el actuar de la partera²⁰.

Durante el desarrollo del estudio se identificaron como fortalezas la convivencia diaria con la comunidad, lo cual facilitó la inserción en el escenario de estudio, así como el dominio de la lengua maya y el conocimiento de la cultura, que favorecieron el acercamiento con las personas que hablan maya. Entre las limitaciones que se suscitaron se encuentran la escasa bibliografía reciente en el Estado de Yucatán, así como la poca información epidemiológica relacionada con la atención de las parteras. Es de importancia resaltar como limitante el estereotipo masculino en temas de sexualidad, así como la autorización que el hombre tiene que otorgar a la mujer para la participación en estudios de investigación.

Conclusiones

Se concluye que la imagen social percibida por los habitantes de la comunidad de Halachó acerca la partera ha cambiado independientemente de la cosmovisión de la partería; actualmente se conceptualizan como sobadoras más que como parteras, dado que se encargan de brindar masajes, maniobras para acomodar al bebé con el fin de facilitar su nacimiento. Se infiere también que tiempo atrás tuvieron un rol muy importante en el momento del parto y que esta conceptualización está desapareciendo. Sin embargo, las personas de la comunidad las reconocen como importantes y beneficiosas para las embarazadas y mujeres, porque brindan cuidados principales y así evitan posibles complicaciones, teniendo la capacidad de conducir un parto o canalizar todos los embarazos complicados a los hospitales.

La desconfianza y el temor son puntos importantes para comprender el juicio que el personal de salud dictamina sobre la atención que pueda brindar una partera al momento del parto, lo catalogan como riesgoso dado que existen factores como complicaciones materno-infantiles, infraestructuras y lejanía de la comunidad, entre otros, que puedan traer repercusiones en el estado de salud del producto y la madre, ya que no cuentan con el material adecuado y conocimiento suficiente para abordar diferentes situaciones complejas.

También considerar a la partera como un personal de apoyo sin contemplar sus saberes y subordinada

al modelo hegemónico biomédico merma la transmisión de dicho conocimiento construido ancestralmente y la alinea al parto medicalizado. Para fortalecer la función de la partera es imperante que las universidades dirijan la formación de los profesionales de la salud hacia la interculturalidad, donde exista el diálogo de saberes y no se considere a la salud materno-infantil con fines de lucro exclusivamente y se fomente el diseño de políticas públicas en donde la partera tenga mayor apertura en las intervenciones con el equipo médico.

Por último y de igual forma importante como categoría construida a luz de Madeleine Leininger, surge sobre la importancia de la identidad cultural y como esta se va afectando. Es un punto sobresaliente, dado que nuestra raíces se han estado olvidando y dejando; se observó cómo la gente a veces se avergüenza de hablar maya. Tenemos un mundo de conocimiento en nuestro alrededor, conocimiento empírico que necesita ser documentado para validarse, que desgraciadamente no se aprovecha. Nuestra población se vería beneficiada si toda esta experiencia se considera para un modelo de cuidado.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Wiysonge CS. Atención por parteras versus otros modelos de atención para mujeres en edad fértil: Comentario de la BSR. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [última revisión: 1 de septiembre de 2009]. Disponible en: <http://bit.ly/1buvPud>
2. Pelcastre B, Villegas N, De León V, Díaz A, Ortega D, Santillana M, et al. Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39(4):375-82.
3. Wagner M. La partería global –tradicional y oficial– y la humanización del nacimiento. *Midwifery Today* [revista online]. 2007 [consultado el 29 de agosto del 2016]; 1(83). Disponible en: <http://bit.ly/2dopNNH>
4. Camacho A, Land S, Thompson E. Fortalecimiento de la partería profesional en América Latina y el Caribe: Informe sobre la colaboración entre la Oficina Regional para América Latina y el Caribe del Fondo de Población de las Naciones Unidas y la Confederación Internacional de Matronas 2011-2014. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); 2014 [consultado el 29 de agosto del 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/29qQ5FN>
5. Partera. Diccionario enciclopédico de la medicina tradicional mexicana UNAM [Internet]. México: Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana [consultado el 29 de agosto del 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/1QtmMuw>
6. Sosa Ramón O. Las parteras indígenas, entre el abandono y la discriminación [Internet]. México: agencia de noticias de Comunicación e Información de la Mujer AC (CIMAC); 2009 [actualizada el 7 de septiembre del 2016, consultado el 5 de febrero del 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2e52qxO>
7. Good M. Parteras en Mérida. Una alternativa a la cesárea innecesaria. Biblioteca digital UADY [Internet]. México: Salud Problema. 1997;2:22-33 [consultado el 29 de agosto del 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2dcliar>
8. Gaskin IM. De qué manera la globalización está afectando al parto y al nacimiento. [Internet]. México: Asociación de apoyo a la lactancia materna y crianza con apego en Valencia (SINA); 2010 [consultado el 29 de agosto del 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2dcJomG>

9. Ortega Canto J. Géneros y generaciones: Conducta reproductiva de los mayas de Yucatán, México. *Salud colectiva*. 2006;2(1):75-89.
10. Güémez Pineda M. Partería y medicina alopática en Yucatán: Hacia un modelo intercultural de atención a la salud reproductiva [Internet]. México: Biblioteca Digital UADY; 2002 [consultado 9 de mayo del 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2d4F4md>
11. Las parteras de Yucatán en un mundo globalizado [Internet]. Yucatán: Turismo en globalización. El turismo en lo global 2014 [consultado el 7 de septiembre del 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2d0lzi1>
12. Fernández M. Bases históricas y teóricas de la enfermería. Modelo de Madeleine Leininger. Universidad de Cantabria. OCM, unican. 2011 [Consultado 1 de septiembre del 2016]. Disponible en: <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1149/course/section/1385/Enfermeria-Tema11%2528IV%2529.pdf>
13. Sandoval Casimilas C. Programa de especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social. Investigación cualitativa [Internet]. Colombia: Instituto colombiano para el fomento de la educación superior, ICFES. ARFO Editores e Impresores; 2002 [consultado el 17 de septiembre del 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/1PrTeyT>
14. Do Prado M, Souza M, Monticelli M, Cometto M, Gómez P. Investigación cualitativa en Enfermería. Metodología y didáctica. Washington, D.C.: PALTEX; 2013.
15. Herrera J. La investigación cualitativa [Internet]. Madrid; 2008 [consultado 17 de septiembre del 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/1KCK0i2>
16. Souza Minayo M, Ferreira S, Cruz O, Gómez R. Investigación social: Teoría, método y creatividad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007.
17. Quattrocchi P. ¿Qué es la sobada? Elementos para conocer y entender una práctica terapéutica en Yucatán. En: Quattrocchi P, Güémez Pineda M (coord.). *Salud reproductiva e interculturalidad en el Yucatán de hoy, México*. México: Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas; 2007.
18. Argüello H, Mateo A. Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. *Estudios Sociales y Humanísticos* [Internet]. 2014;12(2):13-29. Disponible en: <https://bit.ly/2UfxWsU>
19. Laureano-Eugenio J, Villaseñor-Farías M, Mejía-Mendoza ML, Ramírez-Cordero H. Ejercicio tradicional de la partería frente a su profesionalización: estudio de caso en Jalisco, México. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2016;34(3):275-84. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v34n3a02.
20. Carvajal Barona R, Gómez Gómez M, Restrepo Acuña N, Varela Arévalo MT, Navarro Valencia MC, Angulo Valencia ES. Panorama académico y político que enfrentan las parteras tradicionales en América Latina. *Rev Cubana Salud Pública*; 2018;44(3).

Cuidados de enfermería de un adulto mayor con fractura transtrocanterica de cadera derecha en un Servicio de Traumatología

Josué A. Medina-Fernández¹, Erika N. May-Chuc^{1*}, Martín Pantoja-Herrera², Ana L. Carrillo-Cervantes¹ y Daniel Sifuentes-Leura¹

¹Departamento de Posgrado e Investigación, Facultad de Enfermería Dr. Santiago Valdés Galindo, Universidad Autónoma de Coahuila, Coahuila;

²Departamento de Enseñanza e Investigación, Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, Ciudad de México. México

Resumen

Introducción: La población de adultos mayores va en aumento y una de las principales causas de daño a su salud son las fracturas de cadera, siendo importante la aplicación de un proceso enfermero para este caso clínico. **Objetivo:** Explicar el proceso enfermero aplicado en un adulto mayor con fractura transtrocanterica de cadera derecha del Servicio de Traumatología. **Metodología:** Se llevó a cabo mediante el método de valoración de patrones funcionales de Marjory Gordon y se complementaron los datos con el expediente clínico. Para la elaboración de los planes de cuidados se usaron las taxonomías de enfermería NANDA (Clasificación Norteamericana de diagnósticos enfermeros/North American Nursing Diagnosis Association), NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería/Nursing Interventions Classification) y NOC (Clasificación de los resultado de enfermería/Nursing Outcomes Classification). **Resultados:** Se encontraron alteraciones en los patrones: a) percepción-manejo de la salud, b) nutricional-metabólico, c) actividad-ejercicio y d) cognitivo-perceptivo; posteriormente se desarrollaron tres planes de cuidados. **Conclusión:** Se encontraron mejoras visibles en el patrón actividad y ejercicio en comparación con su estado al ingreso en el Servicio de Urgencias. Se recomendó cuidados en casa que ayuden a evitar la pérdida cognitiva y funcional en el adulto mayor.

Palabras clave: Anciano. Proceso de enfermería. Enfermería geriátrica. Fractura de cadera.

Abstract

Introduction: The elderly population is increasing around the world and one of the main causes of damage to health are the hip fractures, being important the application of a nursing process for this clinical case. **Objective:** to explain the nursing process applied in an older adult with transtrochanteric fracture of the right hip, in one Traumatology Service. **Methods:** The Gordon's functional patterns assessment method was used and data were complemented with the clinical file. Nursing taxonomies NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NIC (Nursing Interventions Classification) and NOC (Nursing Outcomes Classification) were used to elaborate the care plans. **Results:** The altered patterns were: a) health perception-health management pattern, b) nutritional-metabolic pattern, c) activity-exercise pattern, and d) cognitive-perceptual pattern; subsequently, three care plans were developed. **Conclusions:** Visible improvements were found in the pattern of activity and exercise compared to their status at admission at the Emergency Department. The rehabilitation after hospital discharge was recommended in order to avoid loss of functionality.

(Rev Mex Enf. 2019;7:19-26)

Corresponding author: Erika Noemi May-Chuc, erikamaychuc@hotmail.com

Key words: Elderly. Nursing process. Geriatric nursing. Hip fracture.

Correspondencia:

*Erika Noemi May-Chuc

E-mail: erikamaychuc@hotmail.com

Fecha de recepción en versión modificada: 26-10-2018

Fecha de aceptación: 22-01-2019

DOI: 10.24875/ENF.19000054

Cómo citar este artículo: Medina-Fernández JA, May-Chuc EN, Pantoja-Herrera M, Carrillo-Cervantes AL, Sifuentes-Leura D. Cuidados de enfermería de un adulto mayor con fractura transtrocanterica de cadera derecha en un Servicio de Traumatología. Rev Mex Enf. 2019;7:19-26.

Introducción

La población de adultos mayores se ha incrementado en los últimos años y este crecimiento continuará en las siguientes décadas, lo que favorece un aumento en el número de enfermedades asociadas a la edad. Entre ellas destaca la fractura de cadera, ya que más del 90% de las personas con este diagnóstico son mayores de 60 años. Se estima que el número mundial de fracturas de cadera rebasará los 6 millones para el año 2050¹.

Las fracturas de cadera en el adulto mayor son una de las patologías más comunes en los Servicios de Traumatología de los hospitales de alta especialidad; entre ellas, las fracturas transtrocantericas, definidas como la discontinuidad de la zona metafisaria proximal del fémur², que tienen como principal etiología las caídas, seguidas de la inactividad física, la discapacidad visual³, las enfermedades cardiovasculares y respiratorias, la diabetes, la pérdida de la sensibilidad, el deterioro cognitivo, la desnutrición y la enfermedad de Parkinson, entre otros⁴.

Se estima que en los EE.UU. cada año ocurren 250,000 fracturas de cadera y el 80% de ellas, corresponden a adultos mayores más frecuentemente en mujeres del grupo étnico blanco¹. Su incidencia en Chile se observó 2.8 por 10 mil personas al año⁵ y en México ocurre en un 10 al 15% de la población⁶, por tal motivo, es de suma importancia contar con un proceso enfermero específico para esta patología que, como marca la referencia, es cada vez más común en los adultos mayores.

Es importante mencionar que el proceso enfermero es un término utilizado en un sistema de intervención realizado por enfermería en el cuidado de la persona, familia o comunidad, aplicando el método científico y las cinco etapas que lo conforman: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Se considera que el sistema de valoración diseñado por Marjory Gordon cumple todos los requisitos necesarios en sus 11 patrones funcionales para la realización de una valoración enfermera eficaz, por lo que constituye una herramienta útil para lograr este objetivo.

El presente trabajo se ha llevado a cabo en el Servicio de Traumatología de un instituto de alta especialidad al sur de la Ciudad de México, siendo participante enfermería en el proceso de atención y rehabilitación, y teniendo como objetivo demostrar el proceso enfermero en un adulto mayor con fractura transtrocanterica de cadera derecha del Servicio de Traumatología en función de la valoración con los patrones funcionales de Marjory Gordon.

Metodología

Se utilizó la guía de valoración de Marjory Gordon, constituida por 11 patrones funcionales para la etapa de valoración, sin embargo, al tratarse de adulto mayor se consideró en conjunto con la valoración geriátrica integral que brinda componentes más profundos para esta etapa de la vida.

Se solicitó autorización al paciente mediante el consentimiento informado para poder consultar sus datos personales, así como para la recolección de información en el expediente clínico en línea en el Servicio de Traumatología. Posteriormente para el diagnóstico se consultó la Clasificación norteamericana de diagnósticos enfermeros/*North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA)⁷, así como la Clasificación de los resultados de enfermería/*Nursing Outcomes Classification* (NOC)⁸ para los resultados, y por último, para la planificación y ejecución se consultó la Clasificación de intervenciones de enfermería/*Nursing Interventions Classification* (NIC)⁹.

Presentación del caso

Datos sociales básicos

Mujer de 75 años de edad, originaria y residente de la Ciudad de México, que ingresa al Servicio de Urgencias en un hospital de alta especialidad el día 18 de junio de 2018 por motivos de dolor en cadera derecha. Refirió inicio de padecimiento el día 18 de junio de 2019 a las 12 horas mientras se encontraba en su domicilio a causa de una caída, presentando contusión en región de cadera derecha. Escala de Valoración Analógica (EVA) de 9/10 con limitación en la deambulación, aumento de volumen por edema, equimosis con deformidad anatómica palpable en el miembro pélvico derecho y llenado capilar menor de dos segundos.

Se realiza la valoración del estado de salud a partir del 18 de junio de 2018 en el Área de Urgencias y concluye en el Servicio de Traumatología el día 30 de junio de 2018 a las 13 horas.

Antecedentes personales de relevancia

Presenta Parkinson de larga evolución en tratamiento con levodopa. Manifiesta déficits en la realización de las actividades de la vida diaria e instrumentales y refiere tener antecedentes familiares de cáncer y enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). En cuanto

Tabla 1. Tratamiento farmacológico por patrones funcionales alterados

Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia
Patrón nutricional-metabólico			
Omeprazol	40 mg	i.v.	Cada 24 h
Cefalotina	1 g	i.v.	Cada 12 h
Patrón de eliminación			
Senósidos A-B	2 tabletas	v.o.	Cada 12 h por la noche
Patrón de actividad y ejercicio			
Enoxaparina	40 mg	s.c.	Cada 24 h
Levodopa y carbidopa	Media tableta	v.o.	Cada 4 h
Pramipexol	Media tableta	v.o.	Cada 12 h
Patrón cognitivo perceptivo			
Quetiapina	25 mg	v.o.	Cada 24 h
Quetiapina	12.5 mg	v.o.	En caso de agitación psicomotriz
Paracetamol	500 mg	v.o.	Cada 6 h
Parecoxib	40 mg	v.o.	Cada 24 h
Tramadol	25 mg	i.v.	Cada 8 h

Fuente: Datos obtenidos del expediente clínico Sistema Automatizado Intra Hospitalario (SAIH), 2018.

a tratamientos quirúrgicos, se hace mención de la cirugía de osteosíntesis a cadera derecha con clavo cefalomedular el día 25 de junio de 2018.

Descripción de patrones funcionales alterados

Patrón percepción de la salud

Se trata de una adulta mayor de 75 años que ingresa el día 18 de junio de 2018 por caída de su propia altura, resultando con contusión en cadera derecha. Presenta dolor con puntuación en la EVA 9 de 10, equimosis, edema y deformidad anatómica palpable. Se le diagnostica fractura transtrocanterica de cadera derecha y es referida al Servicio de Traumatología.

El día 25 de junio de 2018 le realizaron tratamiento quirúrgico con osteosíntesis a cadera derecha colocando clavo cefalomedular y tratamiento farmacológico (Tabla 1). Se procede a trasladarla al Servicio de Terapia Intensiva por protocolo hospitalario aplicado en adultos mayores con fractura de cadera, y regresa al Servicio de Traumatología el día 28 junio de 2018. Siendo a partir de ese momento apta para terapia física y ocupacional, se realiza alta el día 30 de junio de 2018.

Egresó a las 13 horas con tratamiento farmacológico, cuidados de la herida quirúrgica, terapia física y rehabilitación.

Refiere no tener alergias, niega padecimientos crónicos no transmisibles con excepción de la enfermedad de Parkinson, respecto a la cual sus familiares informan dificultad en la adherencia al plan terapéutico debido a que sufre alucinaciones; por motivo de la misma enfermedad, presenta déficit en el desempeño de actividades de la vida diaria e instrumentales. Dentro de sus antecedentes familiares menciona padecimientos como cáncer y ECNT. Posee una vivienda propia de dos plantas, con pisos de losa, que se mantiene limpio; su cuarto se encuentra en la planta baja para facilitar el acceso; cuenta con todos los servicios básicos de urbanidad, cohabita con dos personas, zoonosis positiva con perros vacunados y al corriente de sus inmunizaciones, ocupación al hogar, escolaridad primaria, religión católica y es viuda.

Patrón nutricional-metabólico

Ingresa con ayuno, pero mantiene dieta normal al pasar al Servicio de Traumatología, peso bajo (19 kg/m²), de acuerdo a la NOM-043-SSA2-2012¹⁰ su hidratación es la adecuada. Signos vitales normales, normocéfalo sin

Tabla 2. Resultado de exámenes de laboratorio con respecto al patrón nutrición-metabolismo, eliminación y actividad y ejercicio

Biometría hemática	Resultados	Valores de referencia
Leucocitos	4.4 miles/ μ l	3.50-10.00
Hemoglobina	10.7 g/dl	11.00-16.50
Hematocrito	31.3%	35.00-50.00
Plaquetas	133 miles/ μ l	150-450
Bioquímicos	Resultados	Valores de referencia
Glucosa	120 mg/dl	74.00-106.00
Electrolitos séricos	Resultado	Valores de referencia
Calcio	7.7	8.5-10.2
Cloro	102.3 meq/l	95.00-105.00
Potasio	3.36 meq/l	3.50-5.00
Tiempos de coagulación	Resultado	Valores de referencia
TP	12.2 s	10.0-14.0
INR	1.02	0.50-1.50
TTP	22.1 s	23-35
Química sanguínea	Resultado	Valores de referencia
Urea	34.06 mg/dl	15.00-39.00
Creatinina	2.4 mg/dl	0.65-1.00
Ácido úrico	9.9 mg/dl	2.4 a 6.0

INR: *International normalized ratio*; TP: tiempo de protombina; TTP: tiempo de tromboplastina parcial.

Fuente: Datos obtenidos del expediente clínico Sistema Automatizado Intra Hospitalario (SAIH), 2018.

exostosis ni endostosis, cuello cilíndrico, tráquea central y móvil, sin datos de ingurgitación yugular, rangos de movilidad completos, no dolorosos, sin presencia de adenomegalias palpables, pérdidas dentales de cuatro piezas, los familiares refieren dificultad para su alimentación, por lo que requiere asistencia.

Presenta catéter periférico con lumen número 20 y fecha de instalación del 27/06/2018 en la parte dorsal de la mano izquierda sin presencia de flebitis. Posee un parche transparente y compresa a nivel de cadera derecha adherido a la piel para protección de herida quirúrgica, colocado y tolerado sin gasto hemático, movilidad y sensibilidad distal posterior a la cirugía, las características del análisis de laboratorio referentes a este patrón (biometría hemática, bioquímicos, electrolitos séricos, plaquetas y tiempos de coagulación) se muestran en la tabla 2.

Patrón de eliminación

Sin presencia de náuseas o vómito, uresis cuantificada con catéter urinario por turno con 1,100 mililitros

en el matutino, de características macroscópicas normales, amarillo claro sin sedimentos, refiere dos evacuaciones al día con características tipo 3 según escala de Bristol, las características del análisis de laboratorio referente a la química sanguínea se describen en la tabla 2.

Patrón de actividad y ejercicio

Posee puntas nasales a 3 litros por minutos, con frecuencia respiratoria de 16 respiraciones por minuto, saturando al 97%, con ángulos costales conservados, ausencia de retracción intercostal, abombamiento de los espacios intercostales y adecuados sonidos adventicios. Tensión arterial de 100/70 milímetros de mercurio (ml/Hg) y frecuencia cardíaca de 87 pulsaciones por minuto; llenado capilar distal y proximal menor a 2 segundos.

En la exploración física a miembro pélvico derecho, en cadera se observa equimosis de aproximadamente 2 x 1 cm. En los estudios de rayos x se confirma discontinuidad ósea a nivel de tercio pro-

Tabla 3. Plan de cuidados primario para fractura transtrocanterica en un adulto mayor hospitalizado

Dominio: Confort (12)		Clase: Confort físico (1)					
Patrón funcional de Marjory Gordon: 6. Cognitivo-perceptual							
Diagnóstico enfermero (NANDA): 00132 – Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos (proceso quirúrgico) m/p autoinforme de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas (puntuación 3/10 de la escala EVA) y expresión facial de dolor (muecas)							
Objetivo: Disminuir el nivel del dolor en el paciente mediante cuidados no farmacológicos y farmacológicos, favoreciendo el confort							
Dominio: Salud percibida (V)		Clase: Sintomatología (V)					
Resultado esperado (NOC): Nivel del dolor							
Definición: Intensidad del dolor referido o manifestado							
Indicadores	Puntuación Diana		Escala de medición				
	Mantener	Aumentar	1	2	3	4	5
210201 Dolor referido	1	4	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
210217 Gemidos y gritos	2	5					
210206 Expresiones faciales de dolor	2	5					
210223 Irritabilidad	2	4					
210215 Pérdida de apetito	2	5					
Intervenciones (NIC)/actividades 1400. Manejo del dolor			Fundamentación científica				
- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya: localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. - Observar claves no verbales de molestias. - Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor.			La valoración del nivel de dolor en pacientes postoperados es uno de los mejores indicadores para evaluar la calidad de la atención durante la hospitalización ^{11,12} . Las propuestas generales para el manejo del dolor postoperatorio incluyen la valoración y control del dolor instruyendo al paciente, el uso de técnicas de analgesia especializadas, reconocer y tratar el dolor a tiempo, uso terapia multimodal (administración de analgésicos no AINE y AINE), así como revaloración del dolor ¹¹ .				
6482. Manejo ambiental: confort			Evaluación				
- Atender inmediatamente las llamadas del timbre, que siempre debe estar al alcance del paciente. - Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo. - Crear un ambiente tranquilo y de apoyo. - Proporcionar un ambiente limpio y seguro. - Determinar las fuentes de incomodidad. - Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal).			Al inicio de la valoración, previo al procedimiento quirúrgico, el paciente refirió dolor de un nivel 9/10 según la escala EVA. Presentó los indicadores: dolor referido (diana 1), gemidos y gritos (diana 2), expresiones faciales de dolor (diana 2), irritabilidad (diana 2) y pérdida de apetito (diana 2). Posterior al tratamiento quirúrgico, con ayuda de los cuidados no farmacológicos (alineación corporal, uso de almohadas para facilitar la nivelación del miembro pélvico y movilización en bloque, entre otros) y con el tratamiento farmacológico (administración de analgésicos como 500 mg de paracetamol cada 6 h, 25 mg de tramadol cada 6 h y 40 mg de parecoxib cada 24 h, fue posible aumentar la calificación de los indicadores de la siguiente manera: dolor referido (diana 4), gemidos y gritos (diana 5), expresiones faciales de dolor (diana 5), irritabilidad (diana 5) y pérdida de apetito (diana 5); esto en un periodo de 12 días de acuerdo con el tiempo que transcurrió para practicarle la cirugía.				
2210. Administración de analgésicos							
- Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente. - Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. - Determinar la selección de analgésicos (narcóticos, no narcóticos o antiinflamatorios no esteroideos) según el tipo y la severidad del dolor. - Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden a la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia.							

AINE: fármacos antiinflamatorios no esteroideos; EVA: escala visual analógica; NANDA: North American Nursing Diagnosis Association; NIC: Nursing Interventions Classification; NOC: Nursing Outcomes Classification.

Fuente: Datos obtenidos del expediente clínico Sistema Automatizado Intra Hospitalario (SAIH) 2018, NANDA 2015-2017, NOC 2014, NIC 2014.

Tabla 4. Plan de cuidados secundario para fractura transtrocanterica en un adulto mayor hospitalizado**Dominio:** Actividad/reposo (4)**Clase:** Actividad/ejercicio (2)**Patrón funcional de Marjory Gordon:** 4. Actividad-ejercicio**Diagnóstico enfermero (NANDA):** 00085 - Deterioro de la movilidad física r/c alteración de la integridad de la estructura ósea (fractura de cadera) m/p dificultad para girarse, disminución de la amplitud de movimientos e inestabilidad postural**Objetivo:** Otorgar conocimientos al paciente para propiciar la movilidad para favorecer el proceso de recuperación posquirúrgica**Dominio:** Salud funcional (I)**Clase:** Movilidad (C)**Resultado esperado (NOC):** Movimiento articular: cadera**Definición:** Rango de movilidad activa de la cadera con movimiento iniciado por uno mismo

Indicadores	Puntuación diana		Escala de medición				
	Mantener	Aumentar	1	2	3	4	5
021601 Flexión de rodilla recta de 90° (d)	2	4	Desviación grave del rango normal	Desviación sustancial del rango normal	Desviación moderada del rango normal	Desviación leve del rango normal	Sin desviación del rango
021602 Extensión de rodilla recta de 0° (d)	2	4					
021604 Flexión de rodilla doblada 120° (d)	3	5					
021606 Abducción de 30° (d)	2	4					

Intervenciones (NIC)/actividades	Fundamentación científica
1806. Ayuda con el autocuidado: transferencia - Determinar la capacidad actual del paciente para trasladarse por sí mismo. - Elegir técnicas de traslado que sean adecuadas para el paciente. - Enseñar al paciente todas las técnicas adecuadas con el objetivo de alcanzar el máximo de independencia. - Proporcionar mecanismos de ayuda.	La terapia física como tratamiento rehabilitador en pacientes con fractura de cadera sometidos a un procedimiento quirúrgico tiene como objetivo el otorgarle la máxima autonomía posible al adulto mayor para poder realizar las AVD diaria de la misma manera como lo hacía antes del trauma ¹³ . Dentro de las actividades a realizar se encuentran: la cinesiterapia, potenciación muscular, reeducación de la marcha y el equilibrio, así como la realización de las AVD ¹⁴ .

0224. Terapia de ejercicios: movilidad articular	Evaluación
- Determinar las limitaciones del movimiento articular y su efecto sobre la función. - Explicar al paciente/familia el objeto y el plan de ejercicios articulares. - Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio de las articulaciones. - Proteger al paciente de traumatismos durante el ejercicio.	Previo al procedimiento quirúrgico, se observó en la paciente la disminución de la movilidad física en miembros inferiores manifestando dolor con nivel 9/10 según la escala EVA. Mediante la enseñanza de la transferencia y la terapia de ejercicios físicos para movilización articular de la cadera, la paciente fue capaz de recuperar la seguridad de sus movimientos, permitiendo la sedestación, la bipedestación y la deambulacion con ayuda de la andadera. Las intervenciones permitieron aumentar los indicadores de la siguiente manera: flexión de rodilla recta de 90° (diana 4), extensión de rodilla recta de 0° (diana 5), flexión de rodilla doblada 120° (diana 5) y abducción de 30° (diana 4), en un periodo de cinco días posterior a la cirugía, aproximadamente.

AVD: actividades de la vida diaria; EVA: escala visual analógica; NANDA: North American Nursing Diagnosis Association; NIC: Nursing Interventions Classification; NOC: Nursing Outcomes Classification.

Fuente: Datos obtenidos del expediente clínico Sistema Automatizado Intra Hospitalario (SAIH) INR LGII 2018, NANDA 2015-2017, NOC 2014, NIC 2014.

Tabla 5. Plan de cuidados terciario para fractura transtrocanterica en un adulto mayor hospitalizado

Dominio: Seguridad/protección (11)	Clase: Lesión física (2)
Patrón funcional de Marjory Gordon: 1. Percepción-manejo de la salud	
Diagnóstico enfermero (NANDA): 00086 – Riesgo de disfunción neurovascular periférica r/c cirugía ortopédica	
Objetivo: Disminución del riesgo de embolismo periférico secundario a cirugía ortopédica mediante medidas farmacológicas y no farmacológicas	
Dominio: Conocimiento y conducta de salud (i.v.)	Clase: Control del riesgo y seguridad (T)
Resultado esperado (NOC): Perfusión tisular: periférica	
Definición: Adecuación del flujo sanguíneo a través de los pequeños vasos de las extremidades para mantener la función tisular	

Indicadores	Puntuación diana		Escala de medición				
	Mantener	Aumentar	1	2	3	4	5
040712 Edema periférico	3	5	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
040712 Dolor localizado en extremidades	2	5					
040742 Hormigueo	2	5					
040744 Debilidad muscular	2	4					

Intervenciones (NIC)/actividades	Fundamentación científica
4066. Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa	
– Realizar valoración exhaustiva de la circulación periférica. – Evaluar los edemas y pulsos periféricos. – Observar el grado de molestias o dolor. – Aplicar terapia compresiva.	Una de las principales causas de morbilidad y mortalidad secundaria a fractura de cadera es la tromboembolia venosa. Aunado a esto, la edad avanzada asociada con estasis venosa e inflamación por trauma y cirugía ortopédica aumenta el riesgo. Es necesario realizar trombopprofilaxis no farmacológica y farmacológica de manera sistemática, especialmente en adultos mayores con fractura de cadera sometidos a cirugía ¹⁴ .
4104. Cuidados del embolismo: periférico	Evaluación
– Observar si hay dolor en la zona afectada. – Observar si hay signos de disminución de la circulación venosa en extremidad afectada. – Administrar anticoagulantes. – Ayudar al paciente con los ejercicios pasivos de rango de movimiento. – Monitorizar los efectos secundarios de la medicación anticoagulante. – Administrar antiácidos y analgésicos. – Instruir al paciente para que no cruce las piernas y evite estar sentado durante periodos prolongados con las piernas en posición declive.	La valoración del miembro pélvico derecho posterior al procedimiento quirúrgico arrojó las siguientes puntuaciones según los indicadores para el riesgo de disfunción neurovascular periférica: edema periférico (diana 3), dolor (diana 2), hormigueo (diana 2) y debilidad muscular (diana 2). De acuerdo a los protocolos llevados a cabo en la institución para pacientes con cirugía ortopédica, se administraron los cuidados necesarios para la disminución del riesgo (terapia compresiva, alineación corporal y administración de anticoagulantes, entre otros). Mediante lo anterior, fue posible la evolución favorable del paciente, obteniendo los siguientes resultados: edema periférico (diana 5), dolor (diana 5), hormigueo (diana 5) y debilidad muscular (diana 4), en un periodo de aproximadamente 3 días.

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association; NIC: Nursing Interventions Classification; NOC: Nursing Outcomes Classification.

Fuente: Datos obtenidos del expediente clínico Sistema Automatizado Intra Hospitalario (SAIH), 2018, NANDA 2015-2017, NOC 2014, NIC 2014.

ximal de fémur, con trazo complejo completo con compromiso de trocánter menor, no angulado, desplazado en 4 milímetros, rotado sin pérdida de la congruencia articular sin lesión evidente de te-

jidos blandos. Miembro con actitud de rotación externa y acortamiento de movilidad y sensibilidad distal conservados, mantiene posición en decúbito dorsal con una capacidad de movilización

limitada con apoyo del camillero y enfermería, con baño en camilla y protección de la zona quirúrgica, se traslada al reposet para valoración por terapia física.

Se encuentra con dependencia en sus actividades de la vida diaria e instrumentales, con necesidad de apoyo en el cambio de ropa, comida y al caminar; Posee un riesgo de caídas alto según la escala de Newman (limitación física y tratamiento farmacológico que implica riesgo); se encuentra con terapia física y ocupacional en cama con el objetivo de mantener la sedestación y bipedestación.

Patrón cognitivo-perceptivo

A la valoración se encuentra pupilas isocóricas y normorreflexivas, con una puntuación del estado mental a través de la prueba de minimental de 22, que corresponde a un deterioro cognitivo leve y con riesgo de *delirium*. Los resultados de la escala de Yessavage no indican la presencia de depresión.

Posee buenos datos en la memoria de trabajo, es decir, buena memoria auditiva a corto plazo, buena capacidad de seguir una secuencia, buena atención, buena concentración, buena capacidad de aprendizaje, así como buena transformación de la información e imaginación visoespacial.

Patrón rol-relaciones

Con respecto a este apartado se observa una buena dinámica familiar, buena comunicación y con conocimientos sobre los cuidados específicos para la persona con patología crónica en la familia. Se mantiene acompañada de algún familiar directo y siempre están al tanto de sus necesidades físicas y emocionales, brindando cariño, paciencia y amor en todo momento; se aprecia a su vez un buen apoyo y aceptación a su enfermedad.

Durante la estancia hospitalaria se observa un cambio brusco para la familia en el proceso de calendarización de cuidado debido a las actividades correspondientes a cada uno, sin embargo lograron crear un plan en el que todos los familiares puedan participar.

Plan de cuidado de enfermería

En las tablas 3 a 5 se presentan los tres principales planes elaborados y aplicados en el adulto mayor de este caso clínico.

Conclusión

Si bien se demuestra un avance en su salud desde el ingreso en Urgencias, específicamente con más avances en el patrón de actividad y ejercicio, evitando la pérdida mayor de su funcionalidad e independencia, es necesario considerar que la vulnerabilidad no es sinónimo de edad avanzada. Sin embargo, si a esto le sumamos factores externos como un traumatismo que compromete la salud, el proceso de hospitalización y un procedimiento quirúrgico, pone al adulto mayor en una situación con disminución de su autonomía.

Es de suma importancia que, en estos casos, Enfermería, como parte del personal a cargo de pacientes adultos mayores, se comprometa con el plan de alta, buscando como objetivo que el paciente hospitalizado pueda recuperar la salud, así como la mayoría de sus capacidades para desarrollarse de manera óptima en su vida diaria por medio de la terapia física y rehabilitación, evitando la pérdida de su funcionalidad y autonomía.

Bibliografía

1. Singer BR, McLauchlan GJ, Robinson CM, Christie J. Epidemiology of fractures in 15,000 adults: the influence of age and gender. *J Bone Joint Surg Br*. 1998;80(2):243-8.
2. CENETEC. Fracturas transtrocantericas en pacientes mayores de 65 años. Ciudad de México: CENETEC; 2010.
3. Sevilla C, Meneses A. Plan de cuidados de fractura de cadera. *Reduca*. 2012;4(1):44-85.
4. Negrete-Corona J, Alvarado-Soriano J, Reyes-Santiago L. Fractura de cadera como factor de riesgo en la mortalidad en pacientes mayores de 65 años: Estudio de casos y controles. *Acta ortopédica Mex*. 2014;28(6):352-62.
5. Oviedo S. Epidemiology of fractures in Chile. *Bone*. 2001;29(3):297-8.
6. Lovato F, Luna D, Oliva S, Flores J, Nuñez J. Prevalencia de fracturas de cadera, fémur y rodilla en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Traumatología y Ortopedia «Lomas Verdes» del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Acta Ortop Medica*. 2015;1(20):13-20.
7. NANDA. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación: 2015-2017. Barcelona: Elsevier; 2015.
8. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Elsevier; 2014.
9. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CME. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6.ª ed. Madrid: Elsevier; 2014.
10. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. Ciudad de México; 1994.
11. Mesas Á, Nardi J (dir), Ribera MV (dir), Vallano A (dir). Guía de práctica clínica para el control del dolor postoperatorio y evaluación de la analgesia postoperatoria [tesis doctoral en Internet]. [Barcelona]: Universitat Autònoma de Barcelona; 2015 [acceso el día 10 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/322797/ami1de1.pdf?sequence=0><https://ddd.uab.cat/record/148715>
12. Sawyer J, Haslam L, Daines P, Stilos K. Pain prevalence study in a large Canadian teaching hospital. Round 2: lessons learned? *Pain Manag Nurs*. 2010;11(1):45-55.
13. Fernández Arellano MJ. Rehabilitación precoz en los pacientes intervenidos de fractura de cadera [trabajo de fin de grado en Internet]. Universidad de Cantabria; 2014. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5587/FernandezArellanoMJ.pdf?sequence=1>
14. Instituto Mexicano del Seguro Social. Manejo Médico Integral de Fractura de Cadera en el Adulto Mayor. Catálogo Maestros Guías Práctica Clínica. Ciudad de México: IMSS; 2014.



Una propuesta para entrenar habilidades de auscultación cardíaca durante la jornada laboral de enfermería hospitalaria

René A. Flores-Franco^{1*} y Maribel Olivas-Payán²

¹Servicio de Medicina Interna; ²Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital General Regional de Zona 1, Unidad Morelos, Instituto Mexicano del Seguro Social, Chihuahua, Chih., México

Resumen

Durante las jornadas laborales realizadas por una enfermera con experiencia en las salas donde se brinda atención al paciente pueden enseñarse varias habilidades educativas en un periodo de tiempo relativamente corto. La auscultación cardíaca sigue siendo una de las habilidades clínicas más importantes y las metodologías de aprendizaje recientes han incorporado técnicas utilizadas en la formación musical. Estas técnicas incluyen la reproducción de sonidos cardíacos al mismo tiempo que se tocan los patrones con los dedos o las manos. Aquí exponemos una forma explícita y sencilla de hacerlo. Aprovechando nuestro instinto musical natural y utilizando nuestras manos, podemos explorar las propiedades acústicas del estetoscopio y simular sonidos básicos del corazón. Colocar el cabezal de un estetoscopio convencional en la palma de la mano y percutir su dorso puede simular los sonidos del corazón primero y segundo, así como los ritmos de galope y los soplos. Esto, asociado a alguna breve discusión podría generar una grata experiencia de aprendizaje sin interferir con los cuidados del paciente.

Palabras clave: Estetoscopio. Auscultación. Ruidos cardíacos. Habilidades clínicas. Soplos cardíacos.

Abstract

Rounds made by an experienced nurse teacher in the wards where care is given can accomplish several skills in a relatively short period of time. Cardiac auscultation remains one of the most important clinical skill and recent learning methodologies have incorporated techniques used in musical training. These techniques include reproducing heart sounds while simultaneously tapping the patterns with fingers or hands. Here we expose an explicit and simple way of doing it. Taking advantage of our natural musical instinct and using our hands we can explore the acoustic properties of the stethoscope and simulate basic heart sounds. Placing the head of a conventional stethoscope in the palm of the hand and percussing its back can simulate murmurs, the first and second heart sounds as well as gallop rhythm. This, accompanied by a brief discussion with the student, could generate a pleasant learning experience without interfering with the patient's care. (Rev Mex Enf. 2019;7:27-33)

Corresponding author: René Agustín Flores-Franco, rflores99@prontomail.com

Key words: Stethoscope. Auscultation. Heart sounds. Clinical skills. Heart murmurs.

Correspondencia:

*René Agustín Flores-Franco

E-mail: rflores99@prontomail.com

Fecha de recepción en versión modificada: 10-11-2018

Fecha de aceptación: 24-01-2019

DOI: 10.24875/ENF.19000060

Cómo citar este artículo: Flores-Franco RA, Olivas-Payán M. Una propuesta para entrenar habilidades de auscultación cardíaca durante la jornada laboral de enfermería hospitalaria. Rev Mex Enf. 2019;7:27-33.

Introducción

La enseñanza durante las jornadas laborales hospitalarias puede ser una de las formas más efectivas de aprender y enseñar en la enfermería práctica actual; siempre que el aprendiz esté acompañado por una enfermera con experiencia y existan las condiciones adecuadas, la atención de enfermería podría observarse en la práctica y compararse con los estándares¹. Cualquier forma de enseñanza clínica siempre será apreciada y muy bien valorada por los estudiantes, quienes prefieren ver la aplicación de la teoría de enfermería en el contexto de la práctica cotidiana¹.

A pesar de los grandes avances tecnológicos, la auscultación cardíaca sigue siendo una de las habilidades clínicas más importantes en la detección de enfermedades cardiovasculares por el profesional de salud. La auscultación como una habilidad ha recibido críticas respecto a su relevancia y valor en la atención médica moderna, donde los avances en tecnología dominan. Los argumentos a favor de la auscultación apoyan la evaluación rápida obtenida mediante el examen a la cabecera del enfermo²⁻⁶. En entornos donde existen presiones de tiempo y limitaciones de recursos, la auscultación de tórax se considera una habilidad valiosa que, junto con otros datos clínicos subjetivos y objetivos, puede contribuir en la toma de decisiones clínicas. El estetoscopio continúa siendo en la actualidad un instrumento diagnóstico básico que por su sencillez, bajo costo, portabilidad y escaso mantenimiento le ha permitido sobrevivir ante la escalada tecnológica actual. Desafortunadamente, de todas las habilidades clínicas, la estetoscopia es la más difícil de realizar, ya que la interpretación de la información obtenida está sujeta a muchas variables relacionadas con la percepción y se requiere de un profundo conocimiento fisiopatológico y un entrenamiento especial, sin dejar de lado el ritual que toda maniobra del examen físico requiere al tener contacto con el paciente. El éxito de la estetoscopia solo puede lograrse al interpretar sus resultados en el contexto de las otras habilidades clínicas.

Dentro de las habilidades factibles para enseñar durante las guardias está precisamente la auscultación cardíaca. Tradicionalmente, la auscultación cardíaca ha sido una práctica dominada solamente por los médicos. No obstante, la auscultación cardíaca por enfermeras va en incremento y posiblemente como un resultado de la evolución de los roles de enfermería². Efectivamente, existe un creciente interés en la adquisición de habilidades relacionadas con

el examen físico por parte de las enfermeras y en la actualidad no deberían limitarse a solo los elementos de la historia del paciente y las observaciones habituales de enfermería⁷⁻¹⁰. Para identificar a los pacientes en riesgo antes de presentar algún deterioro, las enfermeras requieren habilidades de evaluación física sistemática que van más allá de la toma de los cinco signos vitales prevalecientes. Sin embargo, la evidencia acumulada muestra como en los informes de enfermería se utiliza solo un pequeño y decreciente subconjunto de habilidades específicas de evaluación física dentro de sus objetivos de práctica clínica¹¹. Así mismo, algunas veces las enfermeras tienden a evitar la exploración cardiovascular posiblemente debido a su complejidad, insuficiente preparación o por ser considerada una competencia avanzada que debe ser realizada por el médico¹¹⁻¹³. Los factores que han ayudado a la enfermera a involucrarse más en el examen físico de los pacientes son el incremento significativo en el número de pacientes con afecciones agudas y crónicas, así como el mejor acceso y contacto de las enfermeras con los pacientes. Su contribución en la búsqueda de hallazgos clínicos importantes es de gran ayuda en el proceso de toma de decisiones médicas complementando con ello su naturaleza holística¹⁴. Las enfermeras brindan un cuidado holístico basado en el examen físico. Este es incompleto, si se omite una evaluación detallada de la salud física y, como consecuencia, se brinda atención sin una apreciación del impacto de las adaptaciones fisiopatológicas.

En la actualidad existe una tendencia en enfermería a desarrollar un mayor número de habilidades clínicas, especialmente las relacionadas con el sistema cardiovascular¹⁵. Con respecto a si las enfermeras deben tener en cuenta las responsabilidades morales, legales y éticas que conlleva un mayor alcance de la práctica, la responsabilidad profesional y la obligación de brindar atención al enfermo de acuerdo con sus especificaciones de funciones las amparan⁷.

La identificación de soplos es una evaluación relativamente fácil para las personas con audición normal e incluso con los estetoscopios más económicos. Una evaluación de enfermería centrada en los sonidos del corazón mejorará la vigilancia de la enfermedad cardiovascular y las complicaciones asociadas. Con un plan educativo dedicado y una simulación de sonidos cardíacos para practicar las habilidades de auscultación, las enfermeras pueden confiar en una identificación precisa de los ruidos cardíacos anormales. Las enfermeras deben poder reconocer los sonidos normales del

corazón y un desdoblamiento del segundo ruido cardíaco (S_2)¹⁶. También deberán reconocer y distinguir los soplos normales de los anormales, sobre todo aquellas enfermeras que se desempeñan en unidades de cuidados intensivos y en departamentos de emergencia y quienes por sus perfiles requieren de habilidades avanzadas para la auscultación de los sonidos cardíacos¹⁶. La enfermera practicante de pediatría debe tratar de reconocer un desdoblamiento anormalmente amplio de S_2 y diferenciar los soplos comunes tales como los soplos inocentes, los producidos en la estenosis valvular aórtica y pulmonar, en los defectos del tabique ventricular y auricular, así como por un conducto arterioso persistente¹⁵. Desafortunadamente, encuestas realizadas en enfermeras revelaron una falta de preparación en habilidades de auscultación cardíaca durante su paso por la escuela y en las sesiones hospitalarias de capacitación¹⁷. La mayoría de las enfermeras realizan solo un examen físico parcial y de acuerdo con las necesidades específicas del paciente, el grado de conocimiento y la confianza en sí mismas para llevar a cabo dicha evaluación¹⁸. Por otro lado, algunas encuestas han documentado que las enfermeras que reconocieron necesitar aprender ciertas habilidades del examen físico durante su formación mostraron una mayor tendencia a usar estas habilidades durante su práctica profesional¹⁹.

Mientras los aspectos teóricos de la auscultación cardíaca pueden ser aprendidos fuera de los ambientes clínicos, la adquisición de habilidades prácticas solo se logra accediendo a las oportunidades ejemplares aportadas por el enfermo. El acceso con fines educativos a internet y a diversos sitios o aplicaciones por medio de telefonía celular móvil es discutible en los ambientes hospitalarios, ya que podría ser una fuente de distracción durante otras tareas de toma de decisiones, acarrear problemas de contaminación bacteriana e incluso causar interferencia electromagnética con marcapasos o equipos médicos²⁰. A diferencia del uso de grabaciones o simuladores de los ruidos cardíacos, la enseñanza en ambientes clínicos reales continúa siendo una oportunidad invaluable para enseñar y aprender. Además, las múltiples metodologías disponibles para el aprendizaje de los ruidos cardíacos no han demostrado ser superiores una de la otra y las grabaciones en programas digitalizados solo han tenido una modesta influencia en la adquisición de esta habilidad²¹. Su aplicación al lado del enfermo es poco práctica y requiere de instrumentos costosos y poco accesibles. Dentro de las ventajas de la enseñanza durante las rondas de enfermería y al

lado del paciente se incluyen la exploración de los diversos focos auscultatorios cardiovasculares durante diversas maniobras (p. ej., maniobra de Valsalva) o en diferentes posiciones (p. ej., decúbito lateral izquierdo) y la localización de los sonidos cardíacos en contexto con otros hallazgos físicos (p. ej., plétora yugular). La evidencia sugiere que desarrollamos imágenes mentales cuando nos ocupamos en tareas que involucran información espacial o visual. Además, así aprendemos y recordamos información asociando ideas en redes de memoria. La enseñanza centrada en el paciente permite a los alumnos recordar a los pacientes, estableciendo así redes de memoria más específicas²².

La simulación ofrece un foro para conceptualizar la enseñanza tanto en el ámbito del conocimiento como en aspectos técnicos y actitudinales. Se utiliza para reproducir experiencias reales de pacientes por medio de escenarios²³. La simulación está arraigada en la teoría del aprendizaje adulto, incorporando elementos de las teorías del aprendizaje cognitivo, social y constructivista²⁴. Desde una perspectiva de aprendizaje cognitivo, la simulación incorpora el uso de conocimientos previos, como la información aprendida en el aula. Luego, los estudiantes tienen la oportunidad de usar este conocimiento mientras practican habilidades, se involucran en la resolución de problemas y responden a los comentarios del instructor²⁴. Aunque los simuladores sofisticados de ruidos cardíacos han demostrado su efectividad en el entrenamiento de la auscultación cardíaca en un corto periodo de tiempo²⁵, recientemente se ha documentado que no necesariamente los simuladores con un alta fidelidad muestran mejores resultados, ya que los de baja fidelidad pueden incluso ser igualmente efectivos al eliminar aspectos tales como complejidad y distracción²⁶. Es precisamente nuestro enfoque el intentar fortalecer esta información mediante algún método educativo al lado del paciente utilizando una técnica personal de simulación.

Metodología

Nuestra propuesta consiste en diseñar una metodología de enseñanza congruente y coordinada, sin interferir con el ejercicio cotidiano de enfermería hospitalaria, mediante técnicas de simulación de los ruidos cardíacos, contrarrestando así la tendencia del maestro a una excesiva abstracción. El objetivo principal de la enseñanza durante las rondas hospitalarias es presentar el conocimiento a los alumnos en el contexto en el que

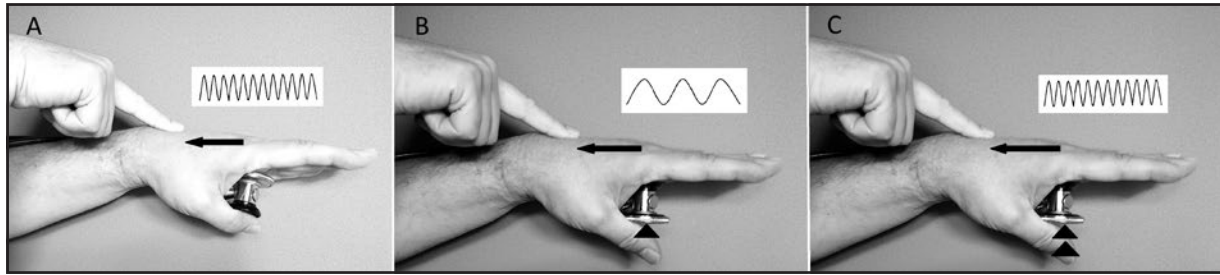


Figura 1. Distinción entre la calidad del sonido percibido (representado por ondas) con el diafragma o la campana del estetoscopio al frotar con un dedo el dorso de la mano que los sostiene. Un sonido áspero agudo es percibido utilizando el diafragma (A) o por una campana presionada firmemente contra la palma de la mano (C). Un sonido de tonalidad grave es percibido al contacto ligero de la campana (B).

normalmente se practica²⁷. El papel del instructor/supervisor clínico es de capital importancia. La supervisión se ha convertido en gran medida en una responsabilidad de la enfermera clínica, quien muchas veces se encuentra abrumada con los deberes del paciente, o se siente insuficientemente preparada para el rol de supervisor y desconoce los objetivos educativos²⁸. Otras veces la enfermera que asume el rol de instructor lo hace únicamente como un evaluador de conocimientos. Debido a la gran carga de trabajo de las enfermeras clínicas, los estudiantes a menudo se quedan solos en sus lugares de trabajo o asumen una postura pasiva durante las rondas. La enfermera con el mejor perfil para el puesto es aquella de mayor grado académico y experiencia suficiente como para poder improvisar y así hacer frente a la imprevisibilidad del entorno clínico. Es decir, ella deberá elegir la situación y el momento preciso para tener ese «breve espacio» académico que no interfiera con sus actividades asistenciales, evitando en lo posible los ambientes ruidosos, las distracciones o situaciones que incomoden al paciente. Idealmente no debería desconocer algunos de los principios básicos y competencias para lograr un adecuado ambiente académico: diseño de objetivos, fomentar un pensamiento crítico, capacidad en resolución de problemas, comunicación, liderazgo, evaluación y/o retroalimentación²⁸. También deberá ser consciente de las necesidades del estudiante y conectarse con sus programas educativos en los cuales en teoría deberán incluir la planeación y orientación de las actividades académicas a realizar dentro de las rondas hospitalarias.

La auscultación implica escuchar, percibir y procesar los sonidos, y cada paso se debe optimizar y abordar específicamente. Algunos han sugerido aplicar las mismas técnicas utilizadas durante el aprendizaje del habla y de la música²⁹. Además de la práctica repetida, el intento de replicar los sonidos y chasquear con los dedos o aplaudir con las manos pudiera ser de ayuda²⁹. El tono, el volumen, el timbre y la duración se

han utilizado durante mucho tiempo para caracterizar los sonidos cardíacos y los soplos. Sin embargo, en el contexto del entrenamiento auditivo a corto plazo, se puede suponer que el uso practicado de la aplicación nemotécnica de estos sonidos cardíacos y soplos, al escuchar patrones de tiempo y patrones en el tiempo, creados por los acentos dentro de estas dimensiones musicales, conducirá a una representación perceptiva más rica y explícita del sonido mismo. Como resultado, se podría predecir que esta experiencia perceptiva enriquecida resultará en un mejor desempeño del comportamiento durante la identificación, discriminación y clasificación de los sonidos del corazón²⁹.

Viendo las limitaciones en el acceso a metodologías sofisticadas convencionalmente utilizadas para el aprendizaje de los ruidos cardíacos normales y anormales dentro de los hospitales, nosotros hemos implementado una metodología particular sencilla y fácilmente accesible durante las rondas hospitalarias de enfermería en la cual intentamos primero entender las propiedades acústicas del estetoscopio y posteriormente reproducir los ruidos cardíacos normales y anormales más comunes con ayuda de nuestras manos y algunas onomatopeyas. Seleccionando al paciente adecuado se intentarán reproducir sus hallazgos auscultatorios y finalmente se realizará una pequeña discusión del caso con el alumno donde se podrían aclarar las dudas o explicar algunos fenómenos fisiopatológicos.

Como primer objetivo le pedimos al alumno que aprenda a diferenciar las propiedades acústicas entre el diafragma y la campana del estetoscopio. Para esto, primero se le pide colocar el diafragma en la palma de su mano y escuchar la tonalidad del ruido producido al frotar con el dedo el dorso de su mano y la compare con la del ruido percibido con la campana aplicando una presión ligera sobre esta y posteriormente una de mayor intensidad (Fig. 1). El diafragma y la campana aplicadas con un cierto grado de presión transmitirán únicamente los sonidos de frecuencias

altas (ruido de tonalidad más aguda) y no aquellos con frecuencias menores a los 70 Hz. Aquí, el tutor podría aprovechar para discutir con el alumno sobre aquellos ruidos cardíacos y soplos que mejor se escuchan con el diafragma o la campana del estetoscopio. Las características acústicas del diafragma permiten escuchar mejor los ruidos cardíacos anormales de alta frecuencia como los soplos de insuficiencias valvulares, clics y chasquidos de apertura valvular. Con la campana se pueden auscultar aquellos ruidos graves, de baja frecuencia, producidos por soplos de estenosis valvulares, un tercer ruido cardíaco (S_3) y un cuarto ruido cardíaco (S_4).

A continuación, procedemos a simular e identificar los ruidos cardíacos normales. Tanto el primer ruido cardíaco (S_1) como S_2 son originados por el cierre normal de las válvulas auriculoventriculares y semilunares respectivamente y poseen tonalidades diferentes, por lo que si con el dedo pulgar percutiéramos rítmicamente el dorso de la muñeca simularíamos así un S_1 y con el dedo índice de la misma mano al percutir el dorso de la mano cerca de los nudillos simularíamos un S_2 (Fig. 2 A). Si se desea reproducir un S_1 auscultado en el foco mitral o tricuspídeo, se percutirá con mayor intensidad con el dedo pulgar. Si deseamos reproducir un S_2 auscultado en el foco aórtico o pulmonar, percutiremos con mayor intensidad con el índice. Para un mejor entendimiento, aquí podremos apoyarnos con el uso de la onomatopeya clásica «lub-dup» descrita por Charles J.B. Williams ya desde el año 1841, y que en el primer caso sería «LUB-dup» y en el segundo sería «lub-DUP», denotando con mayúsculas una mayor intensidad. Al aplicar las mismas dimensiones cardinales de la música (tono, volumen, timbre y duración) y aprovechando ese instinto musical que todos los seres humanos tenemos, las onomatopeyas y nemotecnias han sido de utilidad para caracterizar los diferentes ruidos cardíacos y facilitar su aprendizaje²⁹. Así es como han surgido diversas onomatopeyas y nemotecnias, con el único propósito de enriquecer y hacer más explícita la representación perceptiva de los sonidos con el consecuente mejor entendimiento durante la identificación, discriminación y clasificación de los sonidos cardíacos. La vocalización de los sonidos puede mejorar no solo la memorización, sino también el reconocimiento de ciertos sonidos y hace que el proceso de aprendizaje sea más activo que el sistema pasivo de simplemente escuchar³⁰.

La aplicación del lenguaje auditivo mediante palabras impresas, cada una de las cuales designa una condición cardíaca específica, tuvo su apogeo en la época del fonocardiograma. Las descripciones comparativas

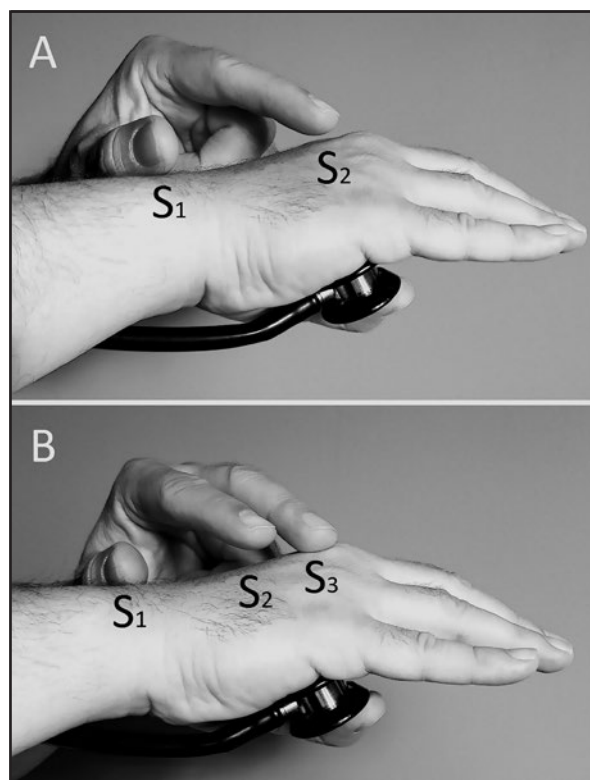


Figura 2. A: simulación de los ruidos cardíacos utilizando los dedos índice y pulgar como plexores sobre el dorso de la mano sosteniendo el cabezal del estetoscopio. **B:** técnica de simulación de un desdoblamiento de S_2 o bien un S_3 .

de sonidos originados por otras fuentes (paloma, gaviota, maquinaria, etc.) son inespecíficas y subjetivas, y representan un intento de hacer una descripción más que la transcripción a fonemas legibles mediante sílabas, consonantes, fricativas, etc., las cuales son más aceptadas, precisas y de fácil memorización³⁰. El acento o el uso de mayúsculas en las onomatopeyas indicarían una mayor amplitud del sonido. Las vocales se pueden utilizar en sonidos agudos y, de manera muy semejante a la música, establecer el ritmo y compás, mientras que el uso de consonantes ejemplificaría mejor los sonidos graves.

Con la ayuda del dedo medio podría reproducirse un desdoblamiento de S_2 o bien un S_3 (Fig. 2 B). En la primera situación deberá escucharse como un «lub-drup» por la proximidad que existe entre los componentes aórtico y pulmonar de S_2 , y en el caso de S_3 se escucharía como un «lub-du dup» debido al mayor distanciamiento de este con respecto a S_2 . A S_3 también se le conoce como galope ventricular o protodiastólico. En una situación real, este «ritmo de galope» solo puede ser detectado con la campana colocada a nivel del ápex y con el paciente en decúbito lateral izquierdo.

De auscultarse un ritmo similar con el diafragma, correspondería más bien a un desdoblamiento de S_2 . El instructor deberá dejar bien en claro como un S_3 también puede auscultarse en sujetos sanos menores de 40 años, donde se le conoce como S_3 fisiológico y no como galope ventricular. La presencia de un S_3 fuera de este grupo de edad traduciría una disfunción sistólica con una fracción de eyección menor del 30%³¹.

A diferencia de S_1 y S_2 , entender cómo se originan S_3 o S_4 es una tarea compleja en un entorno clínico. El sonido producido al distender bruscamente una bolsa de papel o un guante de látex al soplar en forma rápida e inmediatamente después de pronunciar el «dup» de la onomatopeya «lub-dup» podría ejemplificar cómo se origina un S_3 el cual se produce por la súbita distensión de las paredes del ventrículo izquierdo o derecho por la sangre expulsada desde las aurículas durante la apertura de las válvulas auriculoventriculares. La misma maniobra, pero con una bolsa o guante de menor tamaño y realizada inmediatamente antes de pronunciar el «lub», podría ejemplificar un S_4 , que en este caso es causado por la distensión de un ventrículo izquierdo rígido por el flujo de sangre proveniente desde la aurícula izquierda durante el fase rápida de llenado ventricular producida durante la contracción auricular, fenómeno común en el adulto mayor por la presencia de cardioesclerosis y disfunción diastólica del ventrículo izquierdo. El instructor deberá dejar bien en claro que la auscultación de un S_3 o un S_4 puede representar todo un reto, ya que además del uso apropiado del estetoscopio e identificar el foco auscultatorio apical apropiado, no en todos los pacientes con alguna forma de insuficiencia cardíaca son encontrados (sensibilidad para S_3 del 12-37% y para S_4 del 35-71%)³¹.

Según la habilidad y creatividad del practicante podrán reproducirse otros ruidos cardíacos, por ejemplo al invertirse el ritmo de golpeteo sobre el dorso de la mano se obtendría un S_4 . También podrían simularse el efecto de la respiración en los ruidos cardíacos y algunos trastornos del ritmo tales como la fibrilación auricular. Se puede obtener un ruido similar al producido por un soplo cardíaco o un frote pericárdico frotando con el dedo o con el borrador de un lápiz el dorso de la mano que sujeta el cabezal del estetoscopio, como fue descrito aquí al explorar sus propiedades acústicas³². Se considera a Paul Louis Duroziez (1862), con su «Ruffuttata» de la estenosis mitral, como el primero en representar y transcribir un soplo cardíaco anormal en sonidos fonéticos. A cualquier soplo básicamente se le distinguen cuatro cualidades: fase del ciclo cardíaco donde se presenta (sistólico o

diastólico), localización, intensidad e irradiación. Para identificar un soplo sistólico es de gran ayuda verificar que coincida este con el pulso radial o carotídeo. Son producidos por el flujo turbulento de sangre que pasa a través de una válvula semilunar estenosada aórtica o pulmonar durante la sístole ventricular. Se les conoce también como soplos eyectivos. Los soplos sistólicos también pueden originarse por regurgitación de sangre de cualquiera de los ventrículos hacia las aurículas a través de una válvula auriculoventricular incompetente (insuficiente). El flujo de sangre elevado que pasa por una válvula pulmonar íntegra, como sucede en la comunicación interauricular o interventricular, también puede producir un soplo sistólico. La onomatopeya del soplo sistólico sería «lubfff-dup», «lubffffffdup» o «lub-fffddup» según sea proto, meso o telediastólico.

Los soplos diastólicos son producidos por el flujo turbulento de sangre que pasa a través de una válvula mitral o tricuspídea estenosada durante la sístole auricular. O bien son producidos por el reflujo turbulento de sangre desde la aorta o la arteria pulmonar hacia los ventrículos a través de una válvula semilunar aórtica o pulmonar insuficiente. Su onomatopeya sería «fffffflub-dup» o «lub-dupffffff». Los soplos diastólicos son más difíciles de identificar ya que no hay un pulso que sirva de guía.

Los soplos continuos (diastólicos y sistólicos) solo son escuchados en el conducto arterioso persistente, algunas formas de coartación de aorta, en fístulas arteriovenosas coronarias o por la rotura de un aneurisma del seno de Valsalva³³.

En cuanto a la localización, los soplos se dividen en aquellos que predominantemente se auscultan en la base del corazón y aquellos que predominantemente se auscultan en la punta (ápice o ápex) del corazón³³ (Fig. 3). Identificando la fase del ciclo en la que se presenta el soplo y el sitio donde predominantemente se ausculta podemos obtener conclusiones diagnósticas. En todo lo anterior es muy importante considerar el contexto clínico. Es decir, un soplo, cualquiera que sea su intensidad, toma importancia diagnóstica cuando están presentes otros signos o síntomas de insuficiencia cardíaca. Un soplo protosistólico en el área de la base, de baja intensidad en un niño o un joven asintomático y sin signos de insuficiencia cardíaca no indica patología valvular subyacente y se les denomina como soplos inocentes. Su importancia en cuanto a la detección radica en que debemos evitar la solicitud inapropiada de otros estudios diagnósticos elevando innecesariamente los costos.

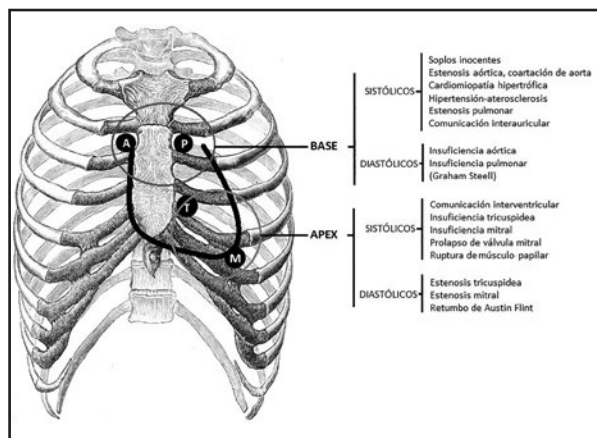


Figura 3. Distribución de los soplos por áreas y focos auscultatorios precordiales: foco aórtico (A), foco pulmonar (P), foco tricuspídeo (T), foco mitral (M).

A todo lo anterior podría incorporarse algún estetoscopio de enseñanza. Nosotros, en lo particular utilizamos un modelo de fácil improvisación con materiales disponibles en los estetoscopios convencionales³⁴. Estos diseños permitirían auscultar los sonidos reales y los simulados al lado del alumno o con un pequeño grupo de alumnos permitiendo aclarar diferencias de opinión y apoyando así las relaciones de enseñanza y tutoría entre el supervisor y los estudiantes.

Conclusión

Después de hacer una análisis de la importancia de incorporar la auscultación cardíaca dentro de las habilidades clínicas de la enfermera y ponderar los diversas metodologías de enseñanza, proponemos actividades educativas de simulación de los ruidos cardíacos durante sus jornadas laborales de una manera fácil, simple, sin un consumo significativo de tiempo, con materiales de uso cotidiano, pero especialmente sin interferir con la dinámica en la atención al paciente. Obviamente, será necesario promover la discusión con el alumno, pero también una retroalimentación y evaluación, como ya describen los estándares actuales de enfermería educativa.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Close A, Castledine G. Clinical nursing rounds, part 4: teaching rounds for nurses. *Br J Nurs*. 2005;14(18):982-3.

2. Tavel ME. Cardiac auscultation. A glorious past, but does it have a future? *Circulation*. 1996;93(6):1250-3.
3. Weitz HH, Mangione S. In defense of the stethoscope and the bedside. *Am J Med*. 2000;108(8):669-71.
4. Wilkins RL. Is the stethoscope on the verge of becoming obsolete. *Resp Care*. 2004;49(12):1488-9.
5. Clark DC, Ahmed MI, Dell'italia LJ, Fan P, McGiffin DC. An argument for reviving the disappearing skill of cardiac auscultation. *Clev Clin J Med*. 2012;79(8):536-44.
6. Metkus TS, Eagle KA. The physical examination and the fifth maneuver. *JACC*. 2015;66(18):2048-50.
7. Hall A. Heart sounds: auscultation for valvular heart disease. *Br J Nurs*. 2018;13(1):12-8.
8. Salinas-Duran MT, Jiménez-Castro AB, Sánchez-Estrada MT. Desarrollo de habilidades y destrezas para llevar a cabo la valoración en enfermería. *Rev Mex Enferm Cardiol*. 2003;11(3):115-8.
9. Scott C, MacInnes JD. Cardiac patient assessment: putting the patient first. *Br J Nurs*. 2006;15(9):502-8.
10. Edmunds L, Ward S, Barnes R. The use of advanced physical assessment skills by cardiac nurses. *Br J Nurs*. 2010;19(5):282-7.
11. Douglas C, Booker C, Fox R, Windsor C, Osborne S, Gardner G. Nursing physical assessment for patient safety in general wards: reaching consensus on core skills. *J Clin Nurs*. 2016;25:1890-900.
12. Cicolini G, Tomietto M, Simonetti V, Comparcini D, Flacco ME, Carvello M, et al. Physical assessment techniques performed by Italian registered nurses: a quantitative survey. *J Clin Nurs*. 2015;24:3700-6.
13. Adib-Hajbaghery M, Safa A, Fazel Darbandi A. Nurses' self-assessment of skills in the cardiovascular physical examination. *Medical-Surgical Nursing Journal*. 2013;2(1,2):19-25.
14. Birks M, Cant R, James A, Chung C, Davis J. The use of physical assessment skills by registered nurses in Australia: issues for nursing education. *Collegian*. 2013;20:27-33.
15. Riley J, Brodie L, Shuldham C. Cardiac nursing: achieving competent practitioners. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2005;4(1):15-21.
16. Oneill N. Heart sounds auscultation. Learning from the nursing perspective. En: Finley JP. Teaching heart auscultation to health professionals. Methods for improving the practice of an ancient but critical skill. Canada, Halifax, Nova Scotia: Canadian Pediatric Cardiology Association (CPCA), IWK Children's Heart Centre; 2011.
17. Wright J. Murmurs: a focused assessment. *Int J Nurs Clin Pract*. 2016;3:170.
18. Ngina GJP, Caranto LC, David JJT. Compliance of student nurses in performing physical health assessment. *Int J Nurs Sci*. 2015;5(1):28-34.
19. Mitoma R, Yamauchi T. Effect of a physical assessment educational program on clinical practice. *J Nurs Edu Pract*. 2018;8(8):96-104.
20. Gill PS, Kamath A, Gill TS. Distraction: an assessment of smartphone usage in health care work settings. *Risk Manag Healthc Policy*. 2012;5:105-14.
21. Mackie AS. Auscultation: a review of teaching methods. En: Finley JP. Teaching heart auscultation to health professionals. Methods for improving the practice of an ancient but critical skill. Canada, Halifax, Nova Scotia: Canadian Pediatric Cardiology Association (CPCA), IWK Children's Heart Centre; 2011.
22. Weinholtz D, Edwards J, Mumford LM. Teaching at the bedside. En: Weinholtz D, Edwards J, Mumford LM. Teaching during rounds. A handbook for attending physicians and residents. Londres: The Johns Hopkins University Press; 1992.
23. Dávila-Cervantes A. Simulación en educación médica. *Inv Ed Med*. 2014;3(10):100-5.
24. Sword DO, Thomas KJ, Wise HH, Brown DD. A novel and cost-effective method for evaluating cardiopulmonary auscultation skills in student physical therapists. *J Allied Health*. 2017;46(1):e9-13.
25. Butter J, McGaghie WC, Cohen ER, Kaye M, Wayne DB. Simulation-based mastery learning improves cardiac auscultation skills in medical students. *J Gen Intern Med*. 2010;25(8):780-5.
26. Chen R, Grierson LE, Norman GR. Evaluating the impact of high- and low-fidelity instruction in the development of auscultation skills. *Med Educ*. 2015;49(3):276-85.
27. Perry J, Paterson BL. Nursing rounds as a pedagogical strategy: anchoring theory to practice in gerontology nursing. *Nurse Educ Pract*. 2005;5(2):63-9.
28. Hall-Lord ML, Theander K, Athlin E. A clinical supervision model in bachelor nursing- purpose, content and evaluation. *Nurse Educ Pract*. 2013;13(6):506-11.
29. Ellis RJ. Music at the heart of the matter. En: Finley JP. Teaching heart auscultation to health professionals. Methods for improving the practice of an ancient but critical skill. Canada, Halifax, Nova Scotia: Canadian Pediatric Cardiology Association (CPCA), IWK Children's Heart Centre; 2011.
30. Flores-Franco RA. La enseñanza de la estetoscopia. En: Flores-Franco RA, Gómez-Sáenz LM. La estetoscopia. Teoría, práctica y enseñanza-aprendizaje. México: Editorial Trillas; 2018.
31. McGee S. The third and fourth heart sounds. En: McGee S. Evidence bases physical diagnosis. 3rd Ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2012.
32. Shindler DM. Practical cardiac auscultation. *Crit Care Nurs*. 2007;30(2):166-80.
33. LeBlond RF, DeGowin RL, Brown DD. DeGowin's diagnostic examination. The complete guide to assessment examination and differential diagnosis. 8th Ed. Iowa: McGraw-Hill; 2004.
34. Flores-Franco RA, Gutierrez-Beltran MDR, Mendoza-Chavez P. In rescue of the differential and teaching stethoscope. *J Anesth Clin Pharmacol*. 2007;23(1):75-6.



Promoción de la donación de sangre a usuarios y familiares mediante un programa educativo de enfermería en una institución de salud de alta especialidad

Paula Peñaloza-Ramírez*, Nelly Tirado-Cárdenas, Alejandra Navarrete-Galicia, Irene Peñaloza-Terán y Maribel Meza Rosales

Servicio de Medicina Transfusional, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

Resumen

El presente trabajo tiene el objetivo de compartir una primera experiencia sobre las estrategias que realiza un equipo de profesionales de Enfermería del Servicio de Medicina Transfusional para promover la donación altruista de sangre en un instituto de 3.º nivel, por medio de la transmisión de información sobre la donación, el proceso y la aclaración de los principales mitos que limitan que las personas donen sangre. Aun cuando la limitación de la donación se considera cultural, proporcionar información clara, oportuna y de fácil comprensión para la población puede generar cambios a favor de la donación. El profesional de enfermería de tercer nivel de atención ha tenido la necesidad de retomar actividades propias de primer nivel en la promoción y educación en salud a la población abierta.

Palabras clave: Educación en salud. Comunicación efectiva. Donación de sangre. Enfermería

Abstract

The present work has the objective of sharing a first experience about the strategies carried out by a team of nursing professionals of the Transfusion Medicine Service to promote the altruistic donation of blood in a third level institute, through the transmission of information about the donation, the process and clarification about the main myths that limit people from donating blood. Even when the limitation of donation is considered cultural, providing clear, timely and easily understandable information to the population can generate changes in favor of the donation. The nursing professional at the third level of care has had the need to resume first level activities in health promotion and education for the open population. (Rev Mex Enf. 2019;7:34-7)

Corresponding author: Paula Peñaloza-Ramírez, paula.pera.07@gmail.com

Key words: Health education. Effective communication. Blood donation. Nursing.

Introducción

En México en los años 1954 y 1961 surgieron los primeros reglamentos en materia de medicina transfusional que establecen los lineamientos generales de

operatividad y normatividad para los bancos de sangre, públicos y privados. Sin embargo, en estos no se consideraba la prohibición o el reconocimiento del comercio de tejidos humanos y sus derivados, ni la donación remunerada, por lo que este fenómeno cre-

Correspondencia:

*Paula Peñaloza-Ramírez

E-mail: paula.pera.07@gmail.com

Fecha de recepción: 12-03-2019

Fecha de aceptación: 12-03-2019

DOI: 10.24875/ENF.19000101

Cómo citar este artículo: Peñaloza-Ramírez P, Tirado-Cárdenas N, Navarrete-Galicia A, Peñaloza-Terán I, Meza-Rosales M. Promoción de la donación de sangre a usuarios y familiares a través de un programa educativo de enfermería en una institución de salud de alta especialidad. Rev Mex Enf. 2019;(7):2019;7:34-7.

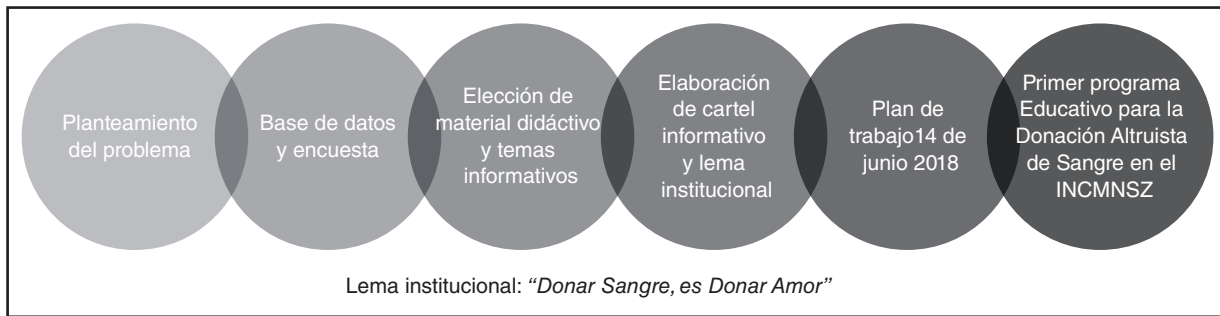


Figura 1. Metodología de trabajo.

ció y se difundió de forma natural, consolidándose como un incipiente «sistema de sangre» mexicano.

Los primeros bancos de sangre comerciales estaban concentrados principalmente en la periferia de la ciudad, donde se reclutaban donadores remunerados entre los estratos sociales más humildes. El establecimiento de bancos de sangre privados durante estos años creció progresivamente; en la Ciudad de México se estimó que en 1977 el 64% de la sangre recolectada provenía de donadores remunerados¹.

En 1981 surgió el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea y en 1984 se llevó a cabo una reforma en la Ley General de Salud, que establece algunas novedades normativas. El artículo 332 dictamina lo siguiente: «la sangre humana podrá obtenerse de voluntarios que la proporcionen gratuitamente o de proveedores autorizados que lo hagan mediante alguna contraprestación. La sangre obtenida gratuitamente de voluntarios no podrá en ningún caso ser objeto de actos de comercio» (Ley General de Salud, DOF 07-02-1984)².

Dentro del voluntariado, donar sangre es una decisión personal y libre, sin remuneraciones; sin embargo, a lo largo de la historia, la cultura de donación entre los mexicanos ha sido limitada, por la falta de información que origina temores y suposiciones que la obstaculizan.

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud, en México la media nacional de donación altruista es del 3.8 %, mientras que el 96.2% de la sangre que se recibe en los hospitales es entregada por reposición, es decir, se le solicita a quien se somete a una intervención quirúrgica con la finalidad de evitar un desabastecimiento³. Ante la necesidad de fortalecer la cultura de donación, la Organización Mundial de la Salud instituyó, desde el 2004, el 14 de junio como «El Día Mundial del Donante de Sangre» para concienciar a la población mundial sobre la necesidad de la donación de sangre y productos san-

guíneos seguros, así como para agradecer a los donantes voluntarios no remunerados su altruismo⁴.

En el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), bajo la premisa del modelo de trabajo rector de la Subdirección de Enfermería, que incentiva a continuar en el compromiso con la sociedad, ha trascendido de ámbitos asistenciales y administrativos a la investigación y docencia con impacto social, por medio del análisis de la realidad social, la necesidad del conocimiento y educación en materia de salud, cuidados y participación en la donación de sangre.

Es por ello que el personal de enfermería del Servicio de Medicina Transfusional ha buscado novedosas estrategias para fomentar la cultura de la donación altruista. Para ello se ha creado dentro del instituto un programa educativo interactivo que permite erradicar mitos y disipar dudas sobre esta.

El objetivo del presente trabajo es compartir la primera experiencia de sensibilización en la población general del INCMNSZ para la donación altruista de sangre, mediante el programa educativo de enfermería (Fig. 1).

La propuesta se inició con la aplicación de una encuesta basada en tres preguntas abiertas, diseñadas para conocer el sexo de los donantes, su ocupación y los motivos que frenan la donación voluntaria. A partir de la información recabada, y tras un arduo análisis, se ordenaron estos datos a fin de establecer una base para comenzar la concienciación de la población hacia la donación altruista.

Resultados

Los resultados arrojados por la encuesta son los siguientes: respecto al sexo que practica la donación altruista de forma frecuente, de una población total de 144 personas encuestadas (100%), el 70 % son mujeres; es decir, parece que las mujeres fungen más

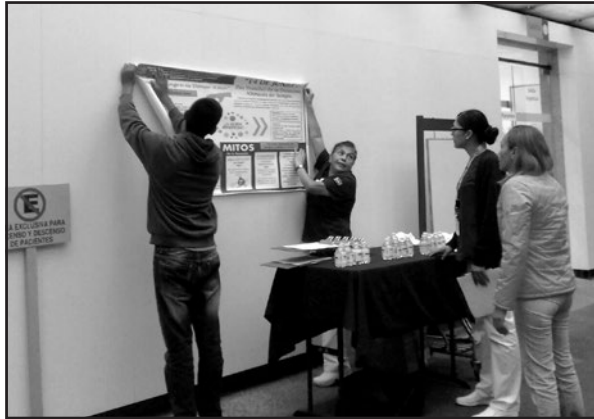


Figura 2. Pláticas informativas a la población usuaria de la institución.



Figura 3. Equipo directivo de enfermería de la institución.

como cuidador primario y acompañantes de los pacientes, lo que las induce, de forma más constante, a una participación más activa en la donación de sangre de forma altruista en la modalidad de reposición.

La encuesta mostró que uno de los motivos más frecuentes por los que las personas no desean donar es la falta de información sobre el procedimiento administrativo para donar, el 33% de los encuestados lo desconoce. El miedo, tanto a los procedimientos de donación como a adquirir una enfermedad, es otro motivo que los encuestados manifestaron de forma reiterada como un impedimento (un 29%). El presentar alguna enfermedad también limita la donación, así lo refirió el 20%; mientras que el sobrepasar la edad límite para donar se presentó en un 10%; finalmente, en menor medida, se argumentaron otros motivos como la falta de tiempo y lugares para realizarla (8%).

En relación a la ocupación de los encuestados, el 35% se dedica a labores en el hogar; el 28% tiene un trabajo como empleado, por lo que sus horarios laborales no le permiten asistir a la extracción; el 10% es estudiante, mientras que un 5% es desempleado y el 3.4% es jubilado. También, en un porcentaje nimio, la religión se presentó como obstáculo para la donación (3.4%) y un 2% no especificó su ocupación.

Una vez recabada la información, se realizó una programación de sesiones de concienciación en las áreas comunes, tanto de tránsito como en las salas de espera de usuarios de consulta externa de la institución.

Las sesiones que se impartieron a la comunidad se encausaron a dos rubros: primero, información sobre el procedimiento de donación, conocimiento sobre el proceso y cuidados posteriores a la donación; segundo, el esclarecimiento de dudas y mitos sobre la donación.

Esta primera experiencia ha sido gratificante, ya que de la interacción con las personas pudimos enseñarles y concienciarles de que la donación no solo es importante y necesaria cuando se tiene un familiar hospitalizado o que va a ser sometido a un procedimiento quirúrgico (no solo por reposición), sino como parte de nuestra participación ciudadana cotidiana, de nuestro humanismo y, más aún, como un valor moral dentro de una sociedad responsable y comprometida con el altruismo.

La población en general, incluyendo a pacientes, familiares y trabajadores del INCMNSZ, no cuenta con información necesaria y veraz sobre la donación de sangre, lo que genera inseguridad y miedo de contraer alguna enfermedad o de alterar su estado de salud.

Aunque la experiencia fue satisfactoria y las personas se mostraron interesadas y se aclararon dudas sobre la donación, sabemos que el camino es largo y aún falta mucho por trabajar. Nuestro objetivo primario, a medio plazo, es fomentar en toda nuestra institución el hábito de la donación altruista por medio de estas estrategias para, posteriormente, en un objetivo secundario y a largo plazo, compartir la experiencia con resultados exitosos con otras instituciones.

El Servicio de Medicina Transfusional es liderado por profesionales de Enfermería que no solo se encargan de los procesos técnicos de calidad y la seguridad para los donantes y pacientes, sino que también, al ejercer una profesión social de la salud, tienen el compromiso de diseñar y suscitar actividades de promoción, educación y autocuidado en la población abierta (Figs. 2 y 3).

No se cuenta todavía con datos tangibles de la intervención y la implementación del programa educativo, ya que las personas que habitualmente acompañan a los familiares, o son quienes participan en la

donación o no se presentan de forma regular en el instituto; sin embargo, es necesario contribuir con un granito de arena (valga la expresión) en la educación referente a la donación de sangre, por principios, con la población del instituto. No se tienen evidencia de que otros profesionales de la salud estén trabajando este rubro, por lo que se pretende que quede registrado como un precedente de la trascendencia histórica de la Enfermería mexicana.

Bibliografía

1. Rizzoni G. La donación de sangre en México: Elemento para un debate. *Iberoamérica social*. 2016;6:106-17.
2. Dichi-Lara MG. Donación altruista de sangre y las instituciones públicas de salud. *Gac Méd Méx*. 2003;139(3):S155-7.
3. Melians Abreu SM, Núñez López E, Esquivel Hernández ME, Padrino González M. La sangre como recurso terapéutico desde la donación voluntaria y su impacto científico social. *Ciencias Médicas de Pinar del Río*. 2017;21(1):13-24.
4. Día Mundial del Donante de Sangre 2016: La sangre nos conecta a todos [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [consultado el 5 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/campaigns/world-blood-donor-day/2016/event/es/>



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

INSTRUCTIVO PARA AUTORES

La Revista Mexicana de Enfermería es una publicación científica arbitrada con sistema doble ciego de revisión por pares 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 paperater.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 ciego.

El dictamen cuenta con alguna 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 expertez 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 Enfermería 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 responsabilizará 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 Enfermería. 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 Enfermería, 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 artículo o editorial en cuestión.

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

Los trabajos deberán ser subidos en su versión electrónica en la siguiente dirección <http://publisher.revistadeenfermeria.permanyer.com> así como se deberá firmar el formato que establece que el manuscrito no ha sido publicado con anterioridad, ni se ha enviado si-

multáneamente 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.	Título 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.



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

Si desea suscribirse gratuitamente a la **Revista Mexicana de Enfermería** favor de acceder al siguiente link, o bien puede escanear el código QR con la cámara de su Smartphone o Tableta para para completar el registro:



<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfx175dmjmosdhTlctliUpllGyY9-w1hKnwnSykXxiT7Xbbg/viewform>



INSTITUTO NACIONAL DE
CIENCIAS MÉDICAS
Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN

La transición de un paradigma a través de los registros clínicos de enfermería

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
Subdirección de Enfermería "Ma. Dolores Rodríguez Ramírez"
Lic. Enf. Catalina Diéguez Martínez
Coordinadora de la Gestión del Cuidado
Departamento de Enfermería



Objetivo:

Compartir las experiencias vividas de la transición de un paradigma en los registros clínicos de enfermería, en el INCMNSZ, en un instituto de 3er nivel de atención.

Introducción:

Los paradigmas aportan una dirección en la construcción de conocimientos para el abordaje de los nuevos fenómenos que se van presentando y que finalmente contribuyen a la formación de la ciencia.

En el INCMNSZ, el gremio de Enfermería, ha vivido una transición en los registros del papel, durante 68 años, a los medios electrónicos.

Los registros clínicos representan una estrategia de mejora para incrementar la calidad del cuidado al describir la atención proporcionada a los pacientes de una manera ordenada y holística, que permite elevar la calidad y la evaluación continua.

Un paradigma científico contribuye a la eficiencia de los cuidados y la legitimación de la actuación profesional en el desarrollo disciplinar y profesional, a través de la aplicación del proceso de atención de enfermería.

El Sector Salud no es ajeno a esta realidad y ha identificado, en las tecnologías de la información y las telecomunicaciones, un aliado para aumentar la eficiencia y mejorar la calidad en la prestación de cuidados de la salud, resultando en un mayor bienestar de la población. La utilización de la tecnología favorece el intercambio de la información sobre los cuidados, también permite capturar, almacenar, recuperar, analizar y transformar la información en conocimientos, ahorrando espacio, tiempo y costos.



La Secretaría de Salud publicó la Norma Oficial Mexicana **NOM-024-SSA3-2010**. Esta facilita la provisión ágil y eficiente del servicio de atención médica, a la vez que proporciona una estructura y establece parámetros de medición y almacenamiento de información médica, epidemiológica, estadística y de infraestructura para la planeación, la gerencia con medición del desempeño y desarrollo.

La informática se ha consolidado como una herramienta imprescindible en la actividad diaria en las distintas profesiones. En este contexto surgen los registros electrónicos en salud, como un instrumento de apoyo a la calidad y seguridad de la asistencia médica y de enfermería.

La Subdirección de Enfermería de nuestro Instituto, en función de la demanda de salud y a través del Plan Estratégico, incorporó en los registros clínicos el Proceso de atención de enfermería con la vinculación NANDA-NOC-NIC por medio de los planes de cuidado, en función de la NOM019 de la Práctica Profesional de Enfermería.

Hallazgos

En el transitar a este nuevo modelo, y ante la necesidad de cambios, continuos y futuros en enfermería; se presentó un fenómeno de **resistencia**, definido como "cualquier conducta que sirve para mantener el statu frente a las presiones para modificarlo", según Zaltman.

Las estrategias utilizadas para incidir en el personal fue la comunicación efectiva, sensibilización, tutoría, acompañamiento, negociación, liderazgo, fortalecimiento del desarrollo humano por medio de competencias y el trabajo en equipo con base en nuestro modelo de supervisión institucional, en los tres Departamentos de la Subdirección de Enfermería; Subdirección de Informática, y la empresa Telmex.

Uno de los principales obstáculos identificados y que probablemente era parte del origen de la resistencia, es la falta de habilidad en la utilización de la tecnología.

Desarrollo

Etapas	Acciones	Fecha
Planeación	✓ Licitación pública con la empresa Telmex-Everis. ✓ Elaboración del Diagnóstico situacional. ✓ Elaboración del Programa de Registros Clínicos electrónicos de Enfermería. ✓ Solicitud de equipos de cómputo y accesorios. ✓ Reuniones de trabajo. ✓ Revisiones de los primeros apartados de la herramienta electrónica. ✓ Validación y alcance de la herramienta. ✓ 1er. Taller de los registros electrónicos. ✓ Entrega del 1er. Manual del Expediente electrónico. ✓ Construcción del Inventario Global del personal de enfermería para la creación de perfiles y usuarios de acceso.	Marzo 2013 a diciembre del 2014.
Capacitación	✓ Difusión de la capacitación para la conformación de 32 grupos de 20 integrantes. ✓ Capacitación del sistema electrónico de enfermería en aula y servicio.	Enero a marzo del 2015.
Implementación	✓ Entrega de usuarios para el ingreso al sistema electrónico. ✓ Incorporación al registro electrónico en los servicios de hospitalización, áreas críticas y de especialidad.	Abril a agosto del 2015.
Continuidad	✓ Reuniones semanales de seguimiento con el comité del expediente electrónico.	Enero 2015 hasta la fecha 2018.

Bordeo de evaluación, posterior a la capacitación de Enfermería 2015	frecuencia	%
¿Le pareció amigable el uso del sistema?		
Si	340	69
No	123	25
Sin respuesta/No respondió	29	5
¿Considera que el utilizar el sistema le permitirá una mejor organización en su trabajo?		
Si	246	80
No	182	37
Sin respuesta/No respondió	63	13
¿Considera que la utilización del sistema le facilitará la aplicación del proceso de atención de enfermería?		
Si	364	74
No	88	18
Sin respuesta/No respondió	40	8

Fuente: Encuesta realizada por la Subdirección de Enfermería del INCMNSZ/2015



Conclusiones:

- La formación y uso de este software, permite vincular los programas emanados del Plan Estratégico de la Subdirección de Enfermería al integrar las acciones asistenciales en una plataforma digital bajo un lenguaje estandarizado con múltiples beneficios. Su implementación es lenta y costosa, sin embargo confiamos en que es una inversión redituable por los beneficios a mediano o largo plazo se obtendrán; para cubrir las necesidades del usuario en atención de enfermería.
- El personal de enfermería así como los estudiantes realizan capacitaciones continuas a la par de las propias del servicio.
- El expediente electrónico se ha modificado de una versión 2 a 4; esta última con mejoras para la atención de salud e incorporándose el programa analytics para investigación a corto plazo.
- En infraestructura continuamos con fallas en la conexión de internet, por lo que aún se hace uso del registro en papel. Hoy en día son insuficientes los equipos de cómputo para el personal de enfermería además de los espacios físicos donde llevan a cabo el registro.
- En un futuro, no muy lejano, se construirá la torre de hospitalización y se prevé contar con mayor tecnología de punta y espacios amplios para el personal.
- El mayor reto a corto plazo es disminuir el tiempo que dedica Enfermería a los registros clínicos electrónicos, así como, la incorporación de los planes de cuidados al 100 %, vinculación de patrones funcionales y acciones esenciales para la seguridad del paciente; en función de modelo Área.

Bibliografía consultada:

1. Amezcua M. La calidad en la documentación clínica de Enfermería. *Índice de Enfermería*. 1995 invierno. Año IV. Número 11, 15-20
2. Bellido JC. Sobre el modelo AREA y el Proceso Enfermero. *Rev de Enf*. 2006. Año 12(35): 21-29
3. Dirección General de Salud. Manual del expediente clínico electrónico. 2011 noviembre. 1-52
4. Galmány J, Roca M, Girbau MR. La Tecnología de la Información y la Comunicación en los sistemas sanitarios: Un nuevo reto para la Enfermería. *Metas de Enfermería*. 2012 abril. 15(3):6-10.
5. García, S, Nario AM, Valentín L. Normas básicas para la elaboración de los registros de Enfermería. *Nure Investigación*. 2007 junio; No 28.
6. Girbau MR, Galmány J, Salas K. Cuidados de Enfermería y de la Información. *Nursing* 2010, volumen 28, número 1. 61-63
7. González E, Pérez. La historia Clínica: Revisión y análisis de la actualidad. *Diraya: La historia de salud electrónica de Andalucía*. *Rev Esp Cardiol Supl*. 2007; 7: 37 C-46C
8. López JJ, Moreno MG, Saavedra CH, Espinosa EL, Camacho JV. La importancia de Enfermería: Un acercamiento cualitativo. *Nure Investigación* 2018 abril-mayo. Volumen 15. Número 93:1-9
9. Pakorskis S, Morales MA, Chiarelli R, Paganin A, Rejane E. Proceso de Enfermería; de la literatura a la práctica: ¿Qué estamos haciendo, de hecho? *Rev Latino-am Enfermagem* 2009 mayo-junio; 17 (3)
10. Sánchez S, Reigosa LF. Información de la historia Clínica electrónica: Implicación sobre el proceso de Enfermería. *Global* N.º 8, mayo 2006. 1-10
11. Rubio JC. Papel de Enfermería en el Juicio Clínico: La valoración y el diagnóstico. *Enfermería en cardiología* 2014; Año XXI (62): 25-31
12. Zaidet T, Sanhueza O. Paradigmas de Investigación en Enfermería. *Ciencia y Enfermería* 2005, XI (1) 17-24

Correo electrónico: catalina.dieguezm@incmsz.mx