AÑO 5
NÚMERO 2
Agosto de 2017

ISSN: 2339-7284

REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

EN ESTE NÚMERO:

P.49
Editorial.
El cuidado contemporáneo y la formación de enfermeras en México

P.51
Capacidad de autocuidado y complicaciones del tercer trimestre de embarazo en mujeres con diabetes pregestacional

P.59
Descripción de las características sociodemográficas de donadores cadavéricos en una institución de tercer nivel de atención del 2012 al 2016

P.64
Implementación del «tiempo fuera» en la transfusión de hemocomponentes en cuidados críticos

P.70
Evaluación del nivel de conocimientos de médicos y enfermeras sobre cuidados paliativos, Ley de cuidados paliativos y Ley de voluntad anticipada

P.76
Reflexiones sobre el manejo de la actitud en el ambiente laboral de trabajadores de la salud, desde una óptica psicológica

PERMANYER MÉXICO
www.permanyer.com

http://www.innsz.mx/opencms/contenido/revistaEnfermeria.html

Número 2 • Año 5 • Agosto de 2017 • ISSN: 2339-7284

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 Epidemiologia Clínica del INCMNSZ

Alicia J. Frenk Mora
Subdirectora de Servicios Paramédicos del INCMNSZ

Marina Martínez Becerril
Subdirectora de Enfermería del INCMNSZ

María de Los Ángeles Torres Lagunas
Jefa de División de Estudios de Posgrado en Enfermería ENEO UNAM

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

María Paula Nájera Ortiz
Jefa del Departamento de Enfermería del INCMNSZ

Rosa María Nájera Nájera
Investigadora de la Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco

Araceli Jiménez Méndez
Jefa del Departamento de la Escuela de Enfermería del INCMNSZ

Consejo Editorial

Antonio Velázquez González
Argelia Lara Solares
Christian Haydee Flores Balcázar
Diana Cecilia Tapia Pancardo
Eduardo González Flores
Emma Myrna Barquera Núñez
Francisco Jair S. González Robles
Guadalupe Citlahua Hernández
Jorge Salinas Cruz
José Alberto Ávila Funes
Judith González Sánchez
Lorena Bautista Paredes
Luis Manuel H. Pérez Pantoja
Ma. Del Pilar Sosa Rosas
Margarita Pulido Navarro
María Alberta García Jiménez
María de Lourdes Alemán Escobar
María Diana Ruvalcaba Rodríguez
María Paula Nájera Ortiz
Marina Martínez Becerril
Patricia Domínguez Sánchez
Rafael Antonio Estévez Ramos
Ricardo Cuellar Romero
Roberto Reyes Guerrero
Rosa María Ostiguin Meléndez
Sandra Antonieta Palacios García
Sergio Lemus Alcántara
Silvino Arroyo Lucas
Teresa Pérez López
Yesica Claudia Juárez Serrano

http://www.innsz.mx/opencms/contenido/revistaEnfermeria.html

REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

Comité Editorial Internacional

Júlia Esteve Reig
Directora de la Escuela de Enfermería EUI - Sant Pau
(adscrita a la Universidad Autónoma de Barcelona)
Doctora por la Universidad Complutense de Madrid
Barcelona, España

María Antonia Martínez Momblán
Responsable del área docente (grado y máster) de la Escuela de Enfermería EUI - Sant Pau
(adscrita a la Universidad Autónoma de Barcelona)
Doctora por la Universidad de Barcelona
Barcelona, España

Isabel Pérez Pérez
Licenciada en Pedagogía. Doctorado en Ciencias de la Enfermería por la Universidad Rovira i Virgili
Vicedegana de grado, calidad y comunicación de la Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna
Universidad Ramon Llull
Barcelona, España

Rosa Rifà Ros
Licenciada en Antropología. Doctorado en Ciencias de la Enfermería
por la Universidad Rovira i Virgili
Directora del grado en Enfermería de la Facultad de Ciencias
de la Salud Blanquerna
Universidad Ramon Llull
Barcelona, España

Eva Roman Abal
Responsable del área docente de la Escuela de Enfermería EUI - Sant Pau
(adscrita a la Universidad Autónoma de Barcelona)
Doctora por la Universidad Autónoma de Barcelona
Barcelona, España

Revista Mexicana de Enfermería es una revista oficial del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMSZ).

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

PERMANYER
www.permanyer.com

© 2017 Permanyer
Mallorca, 310 – Barcelona (Cataluña), España
permanyer@permanyer.com

© 2017 Permanyer México
Temístocles, 315
Col. Polanco, Del. Miguel Hidalgo
11560 Ciudad de México
Tel.: (044) 55 2728 5183
mexico@permanyer.com

www.permanyer.com

TCF Impreso en papel totalmente libre de cloro

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

Edición impresa en México

ISSN: 2339-7284
Ref.: 3908AX172

Reservados todos los derechos
Sin contar con el consentimiento previo por escrito del editor, no podrá reproducirse ninguna parte de esta publicación, ni almacenarse en un soporte recuperable ni transmitirse, de ninguna manera o procedimiento, sea de forma electrónica, mecánica, fotocopiando, grabando o cualquier otro modo.
La información que se facilita y las opiniones manifestadas no han implicado que los editores llevasen a cabo ningún tipo de verificación de los resultados, conclusiones y opiniones.

http://www.innsz.mx/opencms/contenido/revistaEnfermeria.html

Número 2 • Año 5 • Septiembre de 2017 • ISSN: 2339-7284

REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

Índice

EDITORIAL

El cuidado contemporáneo y la formación de enfermeras en México
R.M. Ostiguín-Meléndez 49

ARTÍCULO ORIGINAL

Capacidad de autocuidado y complicaciones del tercer trimestre de embarazo en mujeres con diabetes pregestacional
C.T. Morales-Álvarez, M. Ramírez-Estrada, N. Padilla-Raygoza y M.R. Tolentino-Ferrel 51

Descripción de las características sociodemográficas de donadores cadavéricos en una institución de tercer nivel de atención del 2012 al 2016
J.L. López-Jiménez, M. Vilatobá-Chapa, M. García-Baysa, S. Arroyo-Lucas y R. Vásquez-Cruz 59

Implementación del «tiempo fuera» en la transfusión de hemocomponentes en cuidados críticos
P.F. López-Pérez, E. Reyes-Cordova, J. Zepeda-León y G. Morales-García 64

Evaluación del nivel de conocimientos de médicos y enfermeras sobre cuidados paliativos, Ley de cuidados paliativos y Ley de voluntad anticipada
L.C. Galindo-Huerta, A. Montáñez-Orozco y G. Cantú-Quintanilla 70

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Reflexiones sobre el manejo de la actitud en el ambiente laboral de trabajadores de la salud, desde una óptica psicológica
E.M. Barquera-Núñez 76

Instrucciones para los autores 81

http://www.innsz.mx/opencms/contenido/revistaEnfermeria.html

REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

Index

EDITORIAL

Contemporary care and training of nurses in Mexico
R.M. Ostiguín-Meléndez 49

ORIGINAL ARTICLE

Self-care capacity and complications of the third trimester of pregnancy in women with pregestational diabetes
C.T. Morales-Álvarez, M. Ramírez-Estrada, N. Padilla-Raygoza and M.R. Tolentino-Ferrel 51

Description of sociodemographic characteristics of cadaveric donors in an institution of third level of attention from 2012 to 2016
J.L. López-Jiménez, M. Vilatobá-Chapa, M. García-Baysa, S. Arroyo-Lucas and R. Vásquez-Cruz..... 59

Implementation of time out in the transfusion of blood components in critical care
P.F. López-Pérez, E. Reyes-Cordova, J. Zepeda-León and G. Morales-García 64

Evaluation of the knowledge level of doctors and nurses about palliative care. Law on palliative care and Law on living will
L.C. Galindo-Huerta, A. Montáñez-Orozco and G. Cantú-Quintanilla 70

REVIEW ARTICLE

Reflections on the management of the attitude in the labor environment of health workers, from a psychological optics viewpoint
E.M. Barquera-Núñez 76

Instructions to Authors 81

Editorial. El cuidado contemporáneo y la formación de enfermeras en México

R.M. Ostiguín-Meléndez*

Profesora de TC, Unidad de Investigación y Posgrado, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Ciudad de México

La enfermería Mexicana, sin duda ha realizado esfuerzos importantes para responder a las necesidades en materia de salud de la población formando a más licenciados en enfermería, especialistas de posgrado y la diversificación de la oferta de cursos por educación continua que se esperaría apuntalen el desarrollo de perfiles *ad hoc* a la solución de las demandas nacionales en materia de cuidado.

Sin embargo, parecería que un mayor nivel de instrucción no ha sido del todo suficiente para responder a las demandas que México enfrenta en el ámbito de la salud en este siglo XXI y en donde, las Instituciones de Educación Superior –responsables en la formación de recursos humanos– en enfermería requieren proyectar perfiles profesionales con ejes lo suficientemente amplios que permitan contextuar el cuidado en marcos socio-humanísticos que le den sentido. Desde esta perspectiva considero de trascendental relevancia pensar en formar enfermeras con marcos sólidos en torno a:

- La pobreza como contexto y condición para la vida, salud y cuidado de la persona, familia y comunidad. En este punto es indispensable desarrollar habilidades que permitan una intervención pertinente a considerar que 5 de cada 10 mexicanos están en algún tipo de pobreza[1], lo que implica limitantes para acceder a los servicios de salud, la preservación de la salud, el tratamiento y rehabilitación de las personas y sus familias.
- La cronicidad y el padecer son constantes cada vez más visibles; baste considerar como la diabetes *mellitus* y la hipertensión arterial por mencionar dos ejemplos de enfermedades no trasmisibles y totalmente prevenibles, crecen aceleradamente en el país, empujando a los profesionales de la enfermería hacia la consideración del padecer como una constante en la persona que enfrenta una enfermedad donde concibe, interpreta, responde a los síntomas y las limitaciones derivadas de la misma y es desde esa experiencia de padecer una enfermedad desde donde los enfermeros deberemos situar las acciones de cuidado.
- La incertidumbre es una condición que ahora como nunca, acompaña la vida de las personas, sin embargo ante procesos como la enfermedad, la cronicidad, la violencia, la migración, los accidentes y las agresiones o cualquier otro indicador de mortalidad nacional se constituye en condición altamente significativa para las personas sanas o enfermas, los cuidadores o sus familias quienes tienen que tomar decisiones frecuentemente sustanciales para la vida, la rehabilitación o limitación del daño.
- La visualización de la familia como sujeto, contexto y objeto de cuidado, punto donde emergen los enfermos y es a ella donde regresan las personas tarde o temprano para afrontar el padecimiento, las secuelas, los tratamientos o la rehabilitación. Por otro lado, la familia requiere ser reconocida como un espacio vivo donde se aprenden y multiplican las practicas positivas o no de cuidado, eje del cuidado asistencial y doméstico.
- La cultura como condición que permita conocer y comprender el valor del conocimiento local o regional en el proceso salud-enfermedad-atención que admita la propuesta y desarrollo de intervenciones culturalmente pertinentes y significativas. En donde la cultura urbana e indígena sean marcos para acciones de cuidado y no solo escenarios donde «intervenir».

Finalmente, todo lo anterior implica desarrollar un capital formativo desde las IES en las enfermeras o enfermeros contemporáneos que permita el impulso

Correspondencia:
*Rosa María Ostiguín Meléndez
E-mail: omrm2011@gmail.com

Como citar este artículo: Ostiguin Meléndez RM. El cuidado contemporáneo y la formación de enfermeras en México. Rev Mex Enf. 2017;5:49-50.

de habilidades y competencias en el marco de un cuidado con sentido humanista sustentado en la promoción del bienestar[2] como eje de cualquier intervención lo mismo en una sala de espera, hospitalización o consulta externa o el hogar de las personas.

El reto no es minúsculo sin embargo considero que el planteamiento de nuevas fórmulas que expongan estrategias curriculares teóricas y prácticas que permitan la evidencia empírica sobre un cuidado pertinente a la persona en su contexto es imprescindible para aspirar a un cuidado contemporáneo.

Cuidado que deberá recuperar lo mismo el respeto a la toma de decisiones de quien vive la enfermedad, la comprensión de las razones que acompañan las acciones de quienes cuidan y son cuidados para aceptar o adaptar intervenciones de cualquier tipo que finalmente abonen a rescatar la dimensión personal y subjetiva de padecer una enfermedad[3] y que de oportunidad a un nuevo planteamiento de la enfermería contemporánea en México.

Bibliografía

1. CONEVAL. Informe de la pobreza en México 2014. Consejo Nacional de Evaluación de política pública México. [Internet] 2014 [17 junio 2017]. 45-46. Disponible en: http://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/Documents/Informe-pobreza-Mexico-2014.pdf
2. Pardo Torres Myriam Patricia y Núñez Górnez Nicolás Arturo. El humanismo como paradigma de la enfermería como ciencia. en: avances en enfermería, Vol. XVII (1 y 2);2015:22-30.
3. Mercado Martínez FJ. Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano. Universidad de Guadalajara; Guadalajara, Jalisco: México;1996:13-4.

REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA ARTÍCULO ORIGINAL

Capacidad de autocuidado y complicaciones del tercer trimestre de embarazo en mujeres con diabetes pregestacional

C.T. Morales-Álvarez*, M. Ramírez-Estrada, N. Padilla-Raygoza y M.R. Tolentino-Ferrel

Universidad de Guanajuato, Departamento de Enfermería y Obstetricia, División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Campus Celaya-Salvatierra, Celaya, Gto., México

Resumen

Introducción: Con la diabetes tipo 1, tipo 2 y obesidad, en las mujeres de Tepic, Nayarit, aumenta la posibilidad de padecer diabetes pregestacional y con ello desarrollar complicaciones que comprometen la salud materno-fetal, según los postulados de Orem. **Objetivo:** Analizar la asociación entre las capacidades de autocuidado y las complicaciones del embarazo en el tercer trimestre en pacientes con diabetes pregestacional. **Metodología:** Estudio correlacional, transversal, con n = 254, que evaluó las capacidades de autocuidado y su asociación con las complicaciones del tercer trimestre. Se utilizó la prueba χ^2 para medir el efecto y el impacto se calculó como razón de momios y fracción atribuible en expuestos. **Resultados:** En principalmente primigestas, de 17-24 años, la complicación más frecuencia fue la infección de vías urinarias. Se encontró asociación entre la capacidad de autocuidado e hipertensión (χ^2 = 4.53 y p = 0.03) y la infección de vías urinarias con conocimientos (χ^2 = 15.64, p = 0.00 y OR: 5.5). Fracción atribuible a expuesto 81%. **Conclusiones:** Las capacidades de autocuidado suficientes no previenen por sí mismas la aparición de complicaciones en el tercer trimestre de embarazo. Es necesaria la participación de un equipo multidisciplinario. La asociación de infección de vías urinarias con conocimientos representa un área de oportunidad de prevención para el cuidado independiente de la enfermera.

Palabras clave: Diabetes pregestacional. Capacidad de autocuidado. Complicaciones del tercer trimestre.

Abstract

The increase of type 1 diabetes, type 2, and obesity in women from Tepic, Nayarit increases the possibility of suffering from pre-pregnancy diabetes and thus develop complications that compromise maternal-fetal health, under the postulates of Orem. ***Objective:*** *to analyze the association between self-care capacities and complications of pregnancy in the third trimester in patients with pregestational diabetes.* ***Methodology:*** *A cross-sectional correlation study, n = 254, which measured the self-care capacities and correlates with third-trimester complications for which χ^2 was used to measure the effect, and impact was calculated odds ratios and fraction attributable in exposed.* ***Results:*** *Predominate primigravidae, aged 17-24 years, the most frequent complication was urinary tract infection. An association between self-care capacity and hypertension (χ^2 = 4.53 and p = 0.03) and knowledge of urinary tract infection (χ^2 = 15.64 and p = 0.00) and OR 5.5, fraction attributable to exposure 81%.* ***Conclusions:*** *Adequate self-care skills, by themselves do not prevent the appearance of complications in the third trimester of pregnancy, requires the participation of a multidisciplinary team. The relationship of knowledge about urinary tract infections represents an area of prevention opportunity for independent nursing care.* (Rev Mex Enf. 2017;5:51-8)

Corresponding author: *Clara Teresita Morales Álvarez,* tere811008@hotmail.com

Key words*: Pre-natal diabetes. Self-care capacity. Third-quarter complications.*

Correspondencia:

*Clara Teresita Morales-Álvarez
E-mail: tere811008@hotmail.com

Fecha de recepción en versión modificada: 23-02-2017
Fecha de aceptación: 24-05-2017

Como citar este artículo: Morales-Álvarez CT, Ramírez-Estrada M, Padilla-Raygoza N, Tolentino-Ferrel MR. Capacidad de autocuidado y complicaciones del tercer trimestre de embarazo en mujeres con diabetes pregestacional. Rev Mex Enf. 2017;5:51-8.

Introducción

La enfermedades crónico-degenerativas han tenido un efecto negativo en la salud de la población mexicana, principalmente en las mujeres en edad reproductiva, ya que la presencia de estas antes o durante el embarazo eleva el riesgo de enfermar o morir. En esta ocasión el interés estuvo dirigido a las mujeres con diabetes pregestacional (DPG), que son aquellas que presentan diabetes tipo 1 (DT1) o diabetes tipo 2 (DT2) previa al embarazo[1]. La diabetes es un padecimiento complejo. Para las pacientes es difícil el logro del control glucémico, lo que favorece el desarrollo de complicaciones[2]. Esta enfermedad se clasifica en DT1 y DT2[3], ambas tienen un impacto en la morbimortalidad de la población adulta. La Federación Internacional de Diabetes relata que en 2013 había 382 millones de personas con diabetes y se pronostica que para el 2030 serán 592 millones[4]. En cuanto a la DT1, su incidencia global se ha incrementado en aproximadamente un 3% por año en menores de 5 años y actualmente representa el 10% de los pacientes con diabetes[5].

El pronóstico esperado en estas patologías, aunado al amplio margen de la vida reproductiva de las mujeres 12 a 49 años[6], da lugar a un posible incremento en el número de casos con DPG y, en consecuencia, a complicaciones durante la gestación tales como «hipertensión arterial (HA), polihidramnios, rotura prematura de membranas (RPM), infección de vías urinarias (IVU) y amenaza de parto pretérmino (APP)[7].

La condición crónico-degenerativa de la DPG implica cuidados específicos continuos, que garanticen el bienestar de la madre y el feto, asegurando el término de la gestación sin complicaciones: Para ello se requiere que el personal de enfermería capacite a la madre sobre diversos aspectos del proceso fisiopatológico.

Algunas estrategias para el proceso de enseñanza a las pacientes se han sustentado en teorías de enfermería, como es el caso de Dorothea Orem, autora de la «Macro Teoría General del Déficit de Autocuidado», la cual está conformada por tres subteorías: en la primera establecen los conceptos para valorar la capacidad de autocuidado (CAC); la segunda es la del déficit de autocuidado (DAC), donde se establece que cuando la demanda de cuidado supera la CAC se manifiesta el déficit, además de las limitaciones de las pacientes para mantener su salud; y la tercera subteoría se refiere a los sistemas de enfermería, que es cuando utilizando los métodos de ayuda8 se intenta fortalecer los conocimientos, habilidades y motivaciones de las pacientes para desarrollar la agencia de autocuidado (AAC), conceptualizando esta como una persona que proporciona cuidado a sí misma9.

Considerando la anterior información, la presente investigación estuvo sustentada en la segunda subteoria. Se identificó la CAC evaluando los conocimientos, habilidades y motivaciones para posteriormente relacionarlas con las complicaciones, es por ello que el objetivo de esta investigación fue analizar la relación entre la capacidad de autocuidado y las complicaciones del embarazo en el tercer trimestre en pacientes con DPG.

En México, la mortalidad debida a DT2 ha seguido una curva ascendente en los últimos 20 años, desde una tasa de mortalidad de 30 por 100,000 habitantes en 1990 a una de más de 70 por 100,000 habitantes en 2012; es ligeramente mayor en mujeres[10] y aumenta con la edad[11], por lo tanto, se posiciona entre las primeras causas de muerte[2]. Respecto a la DT1, existen pocos estudios acerca de su incidencia y prevalencia. La dirección de prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social reporta que el número de casos nuevos en menores de 19 años se incrementó significativamente de 3.4 a 6.2 por 100,000 personas[5].

La incidencia y prevalencia de la diabetes tienen un efecto directo en las mujeres en edad reproductiva. Rojas S. comenta que «esta prevalencia afectará cada vez más a personas más jóvenes (...), esto conduce al incremento de frecuencia de DPG»12. Esta situación se reflejaría en el futuro en la morbilidad y mortalidad materna. Cabe mencionar que en el año 2000, México propuso ante los miembros de la Organización de las Naciones Unidas una meta de 22 muertes maternas para el año 2015, como parte de los objetivos del desarrollo del milenio[13], meta que hasta el momento no se ha podido lograr, puesto que en el boletín de mortalidad materna se informó en diciembre 2015 de 712 muertes maternas en el territorio nacional[14].

Por tanto, es imperativo disminuir la mortalidad materna asociada a enfermedades crónicas degenerativas, ya que los efectos de la morbimortalidad materna son devastadores, debido a que la madre juega un papel estratégico en la reproducción social, por lo que su ausencia temporal o permanente disminuye o elimina sus contribuciones económicas, sociales y afectivas al hogar y a la sociedad, a la vez que la

supervivencia y la educación de sus hijos se ven seriamente amenazadas[15].

Ante dicha problemática se requiere de acciones basadas en la evidencia científica que permitan contribuir a la disminución del indicador Razón de Mortalidad Materna, contemplando que esta se «mide indirectamente con la efectividad de la acción de prevención y atención oportuna de complicaciones en mujeres embarazadas»[2].

Además de contribuir a lo dispuesto por la NOM 007-SSA2-2016 en el aspecto de prevención de la morbimortalidad materna y perinatal, mediante intervenciones previas y durante el embarazo, parto y puerperio, así como establecer el manejo del autocuidado como una acción de corresponsabilidad para enlazar con el personal de salud: Es decir, que se realice una valoración correcta del riesgo reproductivo en mujeres con enfermedades concomitantes[13].

En Tepic, Nayarit, donde se realizó este estudio, el fenómeno epidemiológico no es diferente. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 refiere que «la prevalencia de diabetes en personas de 20 años y más fue un 8.1% mayor a la reportada en el 2006, con un 6.7%, y una relación mujer: hombre de 1.4:1»16. Cabe señalar que la obesidad en adolescentes también tuvo un incremento en la prevalencia del 7.2% en 2006 al 13.1% en 2012, mencionando a Tepic como uno de los municipios con mayor incidencia de obesidad, con un 57.4%[17].

La obesidad, la diabetes y el embarazo a temprana edad deterioran el entorno de la salud reproductiva, pues la primera actúa como factor de riesgo para la DT2. Estas tres condiciones en la línea de vida de las adolescentes y mujeres adultas pone en riesgo los futuros embarazos. Cabe destacar que Nayarit es uno de los estados con más alta tasa fecundidad (89.5) en adolescentes[18], esto debido a que los nayaritas inician su vida sexual a temprana edad[19].

Ante este panorama epidemiológico, la enfermería, mediante su cuerpo de conocimientos, debe establecer medidas contundentes que contribuyan a la prevención de complicaciones durante el embarazo en mujeres con DPG y, en consecuencia, a la prevención de la mortalidad materna.

En el contexto de lo explicado, se planteó la siguiente cuestión: ¿Cuál es la relación que existe entre la capacidad de autocuidado y las complicaciones del embarazo en el tercer trimestre en pacientes con DPG?

El conocer cuáles de estas complicaciones se relacionan con las CAC brindará a las enfermeras la oportunidad de elegir, con un mejor fundamento y evidencia científica, los sistemas de enfermería y métodos de ayuda que favorezcan las CAC en las pacientes con DPG, y a su vez permitirá optimizar los recursos materiales y humanos, además de transformar las prácticas habituales en los consultorios prenatales, pues las actividades cotidianas y las empíricas impiden la identificación oportuna de factores de riesgo y limitan la atención preventiva.

El objetivo del presente trabajo es analizar la relación entre las CAC y las complicaciones del embarazo en el tercer trimestre en pacientes con diabetes pregestacional, partiendo de la hipótesis de que la capacidad de autocuidado está relacionada con la presencia de complicaciones en el tercer trimestre de embarazo.

Material y métodos

Estudio descriptivo correlacional, realizado en siete Módulos de Atención de Embarazo de Alto Riesgo de Tepic, Nayarit, México, durante junio a diciembre de 2015. El universo se conformó por 348 embarazadas con DPG que cursaban el tercer trimestre de embarazo; el tamaño muestral se calculó mediante Epi Info para comparación de dos proporciones independientes, con un 95% de precisión y un 80% de potencia. Asumiendo que el 46% de las embarazadas tenían una CAC deficiente y un 29% de ellas una CAC suficiente, se obtuvo una muestra de 254 participantes. El muestreo fue aleatorio simple, la muestra se constituyó por quienes dieron su consentimiento informado, se excluyeron las embarazadas con diabetes gestacional (DG) y/o diagnosticadas con alguna psicopatología, y se eliminó a quienes cambiaron su control prenatal a otra institución y/o desearon abandonar el estudio.

Para medir las CAC se utilizó el instrumento «Capacidades de autocuidado en el embarazo»[20], compuesto por 35 ítems que miden los conocimientos, habilidades y motivación de la mujer embarazada. Se categorizó la variable como suficiente o deficiente. El instrumentó reportó una fiabilidad del 0.85.

El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico STATA® 13.0 (Stata Corp., College Station, TX, EE.UU.). Para evaluar la asociación se calculó la prueba de Chi al cuadrado, con un valor de $p < 0.05$; para medir el efecto y el impacto de la CAC sobre la presencia de complicaciones, se calculó la razón de momios (RM) y la fracción atribuible en expuestos (FAe).

Resultados

El total de mujeres embarazadas que participó en el estudio fue de 254. E l 32.28% de ellas pertenecían al grupo de edad de 17 a 24 años, el 37.40% eran primigestas, el 38.28% contaban con nivel de escolaridad preparatoria, un 40.16% de las gestantes estaban casadas y el 35.83% eran amas de casa (Tabla 1).

En lo que respecta a las capacidades de autocuidado, el 94.88% de las participantes tenían una CAC suficiente. En lo correspondiente a cada de sus dimensiones, obtuvieron: en conocimientos un 90.94%, en habilidades un 92.91% y en motivaciones un 94.88% (Tabla 2).

Entre las principales complicaciones del tercer trimestre sobresalen las IVU, con un 67.32%, la HA con un 34.25%, la polihidramnios con un 22.83%, la APP con un 12.2% y la RPM con un 5.51%.

Al analizar los resultados estadísticos se confirmó la hipótesis de que existe una asociación estadísticamente significativa entre las CAC y la HA, (χ^2 = 4.53, p = 0.03), así como con las las dimensiones habilidades y motivaciones (Tabla 3). [m1]

En cuanto a la polihidramnios y sus dimensiones, se observó una asociación con las CAC, obteniendo significancia únicamente en habilidades (Tabla 4).

Algo similar ocurrió entre la IVU, sus dimensiones y la CAC, sin embargo la significancia solo se obtuvo en conocimientos (Tabla 5), con un OR: 5.5 y una FAe del 81%.

Respecto a la complicación de APP, se obtuvo el siguiente resultado: χ^2 = 1.90, p = 0.16; por lo tanto, no existe asociación significativa con las CAC.

En tanto a la RPM sucedió el mismo fenómeno, existe una asociación no significativa con las CAC (χ^2 = 2.56, p = 0.10), al igual que sus dimensiones; habilidades (χ^2 = 1.16, p = 0.28) y motivaciones (χ^2 = 2.56, p = 0.10), excepto en la dimensión conocimientos (χ^2=0.95).

Discusión

La mayor frecuencia de embarazos con DPG se registraron en el grupo de 17 a 24 años, con un 32.28%, datos similares a los publicados por Borsari, et al., quienes estudian la validez de los registros de alta hospitalaria para identificar la diabetes pregestacional en una población italiana en el rango de edad de 18 a 24 años[21]. En contraste, Coton, et al. publicaron los datos de 400,434 embarazadas con DPG en el Reino unido, con una mediana de 29 y 32 años para la DT1 y la DT2, respectivamente[22].

Dicho contraste refleja que en México la prevención y promoción a la salud siguen siendo un reto a lograr, en lo concerniente a prevenir el embarazo en adolescentes, el cual representan un doble riesgo de enfermar o morir en la etapa perinatal, como lo afirman Eren, et al. Ellos refieren que la edad temprana de la madre es un factor de riesgo para la APP, la RPM y la preeclampsia, concluyendo que los embarazos de adolescentes tienen más riesgo y más probabilidades de tener resultados fetales adversos[23].

En este estudio predominaron las primíparas, con un 37.40%. Rodríguez, et al. informan que en su estudio las pacientes con DPG «no tenían experiencias de parto ni de aborto»24, situación que obliga a no solo proveer un cuidado hacia la enfermedad, sino también a la planificación familiar, ya que se trata de mujeres jóvenes (17-24 años) que tienen un alto riesgo reproductivo.

Tabla 1. Variables sociodemográficas de pacientes con diabetes pregestacional en el tercer trimestre de embarazo. Módulos MATER de Tepic, Nayarit. Junio a diciembre de 2015

Edad	%	Estado civil	%	Escolaridad	%	Ocupación	%	Número de Embarazos	%
17-21	32.28	Casada	40.16	Primaria	6.69	Ama de casa	36.83	Primigesta	37.4
22-26	15.10	Unión libre	30.31	Secundaria	22.83	Empleada	33.86	Secundigesta	36.61
27-31	14.90	Divorciada	7.87	Preparatoria	36.61			Multigesta	25.98
32-37	14.13	Soltera	21.65	Licenciatura	31.89				
38-42	16.50			Posgrado	1.18				
+43	7.0								

MATER: Módulo de atención de embarazo de alto riesgo.
Fuente: instrumento «capacidades de autocuidado y complicaciones del embarazo».

Tabla 2. Capacidad de autocuidado en pacientes con diabetes pregestacional en el tercer trimestre de embarazo. Módulos MATER de Tepic, Nayarit. Junio a diciembre de 2015

Variable	Frecuencia	%
Capacidad de autocuidado		
Suficiente	241	94.88
Deficiente	13	5.12
Conocimientos		
Suficiente	231	90.94
Deficiente	23	9.06
Habilidades		
Suficiente	236	92.91
Deficiente	18	7.09
Motivaciones		
Suficiente	241	94.88
Deficiente	13	5.12

MATER: Módulo de atención de embarazo de alto riesgo.
Fuente: Instrumento «Capacidades de auto cuidado y complicaciones del embarazo».

Referente al análisis de relación entre la CAC con las complicaciones, solo la HA mostro una asociación significativa; obtener una calificación de suficiente en la CAC influye poco en la prevención de esta enfermedad, ya que en esta investigación se observó una FAe del 32% y un OR: 0.3: Por lo tanto, se sugiere integrar programas de atención multidisciplinaria desde la etapa de la concepción, para evitar su presencia y las complicaciones que de ella derivan.

Patel, et al. exponen una situación similar, refieren que el asesoramiento antes del embarazo es esencial para prepararse para la gestación, reforzar el control glucémico y la revisión de la medicación, además de requerir un cuidado multidisciplinario durante todo el periodo prenatal[25].

El asesoramiento preconcepcional también es apoyado por Hillard, en su trabajo «Prevención y manejo del embarazo en adolescentes con trastornos endocrinos», donde mantiene que puede ser una herramienta importante para controlar las afecciones endocrinas y crónicas y disminuir los riesgos tanto para la madre como para el feto, agregando que el que el manejo de embarazos complicados por diabetes

Tabla 3. Asociación de la hipertensión arterial con la capacidad de autocuidado, conocimientos, habilidades y motivaciones de pacientes con diabetes pregestacional en el tercer trimestre de embarazo. Módulos MATER de Tepic, Nayarit. Junio a diciembre de 2015

	HA		χ^2	Gl	P	RM	FAe
CAC	Sí	No	4.53	1	0.03	0.3	32
Deficiente	5	8					
Suficiente	162	79					
Conocimientos							
Deficiente	13	10	0.95	1	0.32		
Suficiente	154	77					
Habilidades							
Deficiente	7	11	6.2	1	0.01	0.3	32
Suficiente	160	76					
Motivaciones							
Deficiente	3	8	4.52	1	0.03	0.3	32
Suficiente	162	79					

CAC: capacidad de autocuidado; GI: grados de libertad; HA: hipertensión arterial; FAe: fracción atribuible en expuestos; MATER: Módulo de atención de embarazo de alto riesgo; P: grado de significación; RM: razón de momios.
Fuente: Instrumento «Capacidades de auto cuidado y complicaciones del embarazo».

Tabla 4. Asociación de polihidramios con la capacidad de autocuidados, los conocimientos, las habilidades y las motivaciones de pacientes con diabetes pregestacional en el tercer trimestre de embarazo. Módulos MATER de Tepic, Nayarit. Junio a diciembre de 2015

	Polihidramios		χ^2	Gl	P	RM	FAe
CAC	Si	No	1.90	1	0.16		
Deficiente	8	5					
Suficiente	188	53					
Conocimientos							
Deficiente	15	8	2.04	1	0.15		
Suficiente	181	50					
Habilidades							
Deficiente	10	8	5.13	1	0.02	0.03	32
Suficiente	186	50					
Motivaciones							
Deficiente	8	5	1.89	1	0.16		
Suficiente	188	53					

CAC: capacidad de autocuidado; GI: grados de libertad; FAe: fracción atribuible en expuestos; MATER: Módulo de atención de embarazo de alto riesgo; P: grado de significación; RM: razón de momios.
Fuente: Instrumento «Capacidades de auto cuidado y complicaciones del embarazo».

Tabla 5. Asociación de infección de vías urinarias con la capacidad de autocuidado, los conocimientos, las habilidades y las motivaciones de pacientes con diabetes pregestacional en el tercer trimestre de embarazo. Módulos MATER de Tepic, Nayarit. Junio a diciembre de 2015

	IVU		χ^2	Gl	P	RM	FAe
CAC	Si	No	1.13	1	0.28		
Deficiente	6	7					
Suficiente	77	164					
Conocimientos							
Deficiente	16	7	15.64	1	0.00	5.5	81
Suficiente	67	164					
Habilidades							
Deficiente	9	9	2.64	1	0.10		
Suficiente	74	162					
Motivaciones							
Deficiente	7	6	2.79	1	0.09		
Suficiente	76	165					

CAC: capacidad de autocuidado; GI: grados de libertad; FAe: fracción atribuible en expuestos; IVU: infección de vías urinarias; MATER: Módulo de atención de embarazo de alto riesgo; P: grado de significación; RM: razón de momios.
Fuente: Instrumento «Capacidades de auto cuidado y complicaciones del embarazo».

mellitus es fácil si hay un esfuerzo coordinado entre obstetras, endocrinólogos, dietistas y educadores en enfermería[26].

No obstante, el apoyo educativo previo a la concepción podría tener mejores resultados en las mujeres que planean un embarazo, fenómeno no observado en las adolescentes nayaritas, lo cual refleja una posible variante de las CAC en este grupo etario.

Orem establece que el autocuidado implica una acción deliberada que a su vez requiere de acciones investigativas, de reflexión, análisis de la situación personal, juicio y toma de decisiones[8], condiciones difíciles de concretar en las adolescentes; por lo tanto, ello implica una limitación para este estudio, ya que además de medir las CAC, en las adolescentes se deben anexar otras pruebas, como la determinación de la hemoglobina glucosilada y la tensión arterial, como variables que reflejen la CAC suficiente, pues las adolescentes embarazadas incremente el riesgo de padecer complicaciones[23].

Con respecto a las dimensiones de la CAC, las motivaciones tuvieron una asociación con la HA, sin embargo con un bajo porcentaje en la FAe y OR. Pero no existen esfuerzos menores para evitar las complicaciones de salud en las embarazadas y en sus hijos. Teniendo en cuenta que los costes a corto y largo plazo asociados a las secuelas son mayores, se sugiere la implementación de estrategias que incrementen las motivaciones y que favorezcan la regulación de la HA.

Algunos estudios comentan que las motivaciones influyen en el control glucémico y la presión arterial de las mujeres gestantes y con diabetes. De lima, et al. publican que las pacientes mostraron la implementación de cambios significativos en el autocuidado, siendo el embarazo y las orientaciones profesionales las que actuaron como factores motivadores para ello, y concluyen que la gestación actúa como factor modificador de la percepción y adhesión al autocuidado[27].

Días, et al., al realizar en una cohorte histórica de 10 años la comparación del control glucémico en

gestantes con DT1 y DT2 vs el control glucémico en pacientes con diabetes no embarazadas, concluyeron que durante el embarazo las pacientes diabéticas lograron un control glucémico, a diferencia de las diabéticas no embarazadas: Sin embargo, no pueden afirmar que este mejor control se deba a la motivación del embarazo[28]. Por este motivo, sería interesante realizar programas o estudios que promuevan las motivaciones de las mujeres con DPG con el fin de prevenir la HA, pues es una de las complicaciones que repercuten en órganos diana, tanto de la madre como del neonato.

Otra de las asociaciones significativas observada fue la de conocimientos con IVU, siendo esta un área de oportunidad para que la agencia de enfermería focalice sus esfuerzos y contribuya a la prevención de esta enfermedad, ya que representa otros peligros para las pacientes y sus hijos. Al este respecto, Glaser y Shaeffer mencionan que la bacteriuria de las vías bajas se asocia con un mayor riesgo de desarrollar pielonefritis durante el embarazo, la cual está asociada con resultados maternos y fetales adversos[29]: Por ejemplo, el parto prematuro siendo una de las causas de morbilidad y mortalidad perinatal, y representa el 75% de las muertes perinatales y el 50% de las secuelas neurológicas atribuibles directamente a la prematuridad[30].

Cabe destacar que las complicaciones de la DPG tienen un efecto bola de nieve, debido a su complejidad y tiempo de evolución, en cada una de las pacientes y fetos: Algunos autores refieren que las complicaciones de la DPG son de mayor frecuencia e intensidad que las de la DG[31,32], sin embargo en la literatura científica se dispone de mayor evidencia dirigida al cuidado de la paciente con DG. Si bien no en todas las complicaciones se obtuvo una asociación significativa, este trabajo ofrece evidencias para que estas pacientes no sean tratadas de forma similar a las pacientes con DG ni de manera rutinaria en los consultorios prenatales.

Conclusiones

El análisis de la asociación entre la CAC y las complicaciones muestra que solo la HA se asocia significativamente con esta. Respecto a las dimensiones de la CAC, las motivaciones mostraron asociación significativa con HA, así como los conocimientos con las IVU.

Aunque predominaron las CAC suficientes, esto por sí solo no previenen la aparición de complicaciones en el tercer trimestre de embarazo, lo que significa que es necesaria la participación de un equipo multidisplinario desde antes de la concepción.

Bibliografía

1. Secretaría de Salud. Guía de Práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo. México 2016. [Internet] Consultado el: 10 de Enero de 2016. Disponible en: http://imss.gob.mx/profesionalessalud/gpc.
2. Secretaría de Salud. Programa de acción específico. Prevención y control de la diabetes mellitus. Sectorial de salud 2013-2018, México 2014. [Internet] Consultado el: 20 de marzo de 2015. Disponible en: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE_PrevencionControlDiabetesMellitus2013_2018.pdf.
3. Peiffer A, Riquelme M, Cueto J, Taborda M. Prevalencia de factores de riesgo en pacientes embarazadas con diabetes gestacional y pregestacional, en el Hospital General Río Gallegos, Servicio de tocoginecología. Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina. 2012;211:1-7.
4. International Diabetes Federation. Atlas de Diabetes, 6th ed. Bruselas, Bélgica, 2013. [Internet] Consultado el: 17 de abril de 2015. Disponible en: http://www.idf.org/diabetesatlas.
5. Ferreira A, Molina M. Enfermedades autoinmunitarias asociadas a la diabetes tipo 1. Rev Med Chile. 2015;143:1042-49.
6. Consejo Nacional de Población. Perfiles de Salud Reproductiva en México. Consejo Nacional de Población, CONAPO. 2011. [Internet] Consultado el: 15 de julio de 2015. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/perfiles_salud_reproductiva_estados/Perfiles_SR_15_MX.pdf.
7. De Oro M, Gordon C, Álvarez S, Moronta A, Nitgt C, Borrego M. Caracterización de los factores de riesgo para diabetes gestacional y su influencia durante la gestación [Rev electrónica]:19(S2):1-9. [Internet] Consultado el: 22 de enero de 2015. Disponible en: http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=47647.
8. Marriner Tomey A, Raile Alligoog M. Teorías y modelos de Enfermería. 6ª ed. Editorial Elsevier. España, 2007.
9. Benaven GA, Ferrer FE. Fundamentos de Enfermería. Enfermería siglo 21. 1ª ed. Difusión Avances de Enfermería. España, 2001.
10. Moreno Altamirano L, Silberman M, Hernández Montoya D, et al. Diabetes tipo 2 y patrones de alimentación de 1961 a 2009: algunos de sus determinantes sociales en México. Gaceta Médica de México. 2015;151(3):354-68.
11. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. 1ª ed. México 2012. [Internet] Consultado el: 30 de mayo de 2015. Disponible en: http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf.
12. Rojas S, Márquez F, Lagunes A, González V. Precisión diagnóstica de la prueba de O´Sullivan en diabetes gestacional. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013;51(3):336-9.
13. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Diario Oficial de la Federación. 2016. [Internet] Consultado en mayo de 2016. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07%2F04%2F2016.
14. Observatorio de mortalidad materna en México. Boletines de mortalidad materna 2014, semana epidemiológica 52. México 2014. [Internet] Consultado el: 22 de febrero de 2015. Disponible en: www.omm.org.mx/index/php/indicadores-nacionales/boletines-de-mortalidad-materna/2014.
15. Secretaría de Salud. Programa de acción específico Salud materna y perinatal 2013-2018. Versión electrónica. 1ª ed. México, 2016. [Internet] Consultado el: 25 de febrero de 2015. Disponible en: http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/SaludMaternayPerinatal_2013_2018.pdf.
16. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa, Nayarit. Cuernavaca, México: 2013. [Internet] Consultado el: 7 de mayo de 2015. Disponible en: http://ensanut.insp.mx/informes/Nayarit-OCT.pdf.
17. Servicios de Salud de Nayarit. Estrategia estatal para la prevención y control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes. México 2013. [Internet] Consultado el: 14 de abril de 2015. Disponible en www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/EstrategiaSODNayarit.pdf.
18. Secretaría de Salud. Programa de acción específico Salud sexual y reproductiva para adolescentes 2013-2018. México, 2013.
19. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Anuario estadístico geográfico de Nayarit. México 2015. [Internet] Consultado el: 11 de mayo de 2015. Disponible en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/anuarios_2015/702825076108.pdf.

20. Sánchez B, Hernández M, Lartigue T. Estrategia educativa de enfermería para fortalecer el autocuidado durante el control prenatal. Rev Artemisa Perinatol Reprod Hum. 2017;21(4):172.
21. Borsari L, Malagoli C, Ballotari P, et al. Validity of hospital discharge records to identify pregestational diabetes in Italia. Diabetes Res Clin Pract. 2017:106-11.
22. Coton SJ, Nazareth I, Petersen I. A cohort study of trends in the prevalence of pregestational diabetes in pregnancy recorded in UK general practice between 1995 and 2012. BMJ Open;6 e009494.
23. Eren E, Ekiz A, Mumusoqlu S, et al. Adverse perinatal outcomes of adolescent pregnancies in one center in Istanbul Turkey. Clin Exp Obstet Gynecol. 2015;42(6):752-6.
24. Rodríguez J, Díaz H, Amador C, Valdés S. Tratamiento de la diabetes en el embarazo. Archivo médico de Camaguey 2014;18(4):371-82.
25. Patel N, Hameed A, Banerjee A. Pre-Existing type I and type II Diabetes in pregnancy. Obstetrics, Gynecology & Reproductive. 2014;24(5):129-34.
26. Hillard P. Prevention and Management of Pregnancy in Adolescents with Endocrine Disorders. Adolesc Med State Art Rev. 2015;26(2):382-92.
27. De Lima A, Ferraz E, Pollyanna H, Serafim D. Diabetes pré-gestacional: experiencia de Grávidas como controle da doenca. Cogitare Enferm. 2014:17(3):561-8.
28. Días C, Herrera G, Sepúlveda A. Modificación del control glicémico en diabéticos tipo 1 y 2 durante el embarazo. Bol Hosp Viña del Mar. 2009;40(1):18-24.
29. Glaser AP, Schaeffer AJ. Urinary Tract Infection and Bacteriuria in Pregnancy. Urol Clin North Am. 2015;42(4):547-60.
30. Secretaría de Salud. Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección del tracto urinario bajo durante el embarazo en el primer nivel de atención. México 2016. [Internet] Consultado el: 3 de febrero de 2016. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/078_GPC_IVUenelemb1NA/IVU_bolsillo_SS.pdf.
31. Billionnet C, Mitanchez D, Weill A, et al. Gestational diabetes and adverses perinatal outcomes from 716,152 births in France in 2012. Diabetologia. 2017;60:636-44.
32. Lee L, Leung B, Kwok R, et al. Perturbation of Retinoid Homeostasis Increases Malformation Risk in Embryos Exposed to Pregestational Diabetes. Diabetes. 2017;66(4):1041-51.

www.incmnsz.mx PERMANYER Rev Mex Enf. 2017;5:59-63

REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA ARTÍCULO ORIGINAL

Características sociodemográficas de donadores cadavéricos en una institución de tercer nivel de atención del 2012 al 2016

J.L. López-Jiménez[1]*, S. Arroyo-Lucas[2], M. Vilatobá-Chapa[1], M. García-Baysa[1] y R. Vásquez-Cruz[2]

[1]Departamento de Trasplantes; [2]Departamento de Educación e Investigación en Enfermería. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

Resumen

La donación de órganos es el proceso mediante el cual se obtienen los órganos y tejidos de una persona que ha perdido la vida para ser trasplantados en personas que lo requieran, previa determinación de la histocompatibilidad. **Objetivo:** Analizar las características demográficas de donadores cadavéricos, así como la proporción de órganos más donados en una institución publica de salud del 2012 al 2016. **Metodología:** Estudio observacional, retrospectivo, con datos de 226 registros de expedientes de donantes de enero del 2012 a julio del 2016. **Resultados:** La donación ha aumentado en más del 100% respecto al 2012; en promedio, cada donante proporciona 4 órganos y el mayor porcentaje de donantes son masculinos. El trauma craneoencefálico es la principal causa de muerte de los donadores y los padres son el principal disponente secundario. **Conclusión:** La donación es un acto de solidaridad y compromiso social, que brinda una oportunidad de mejorar el estado de salud e incluso de salvar la vida a una persona anónima que lo necesite, pero esto solo puede llevarse a cabo si existe un consentimiento durante la vida del donante o por la decisión de un familiar, por lo que es importante crear una cultura de donación desde la educación básica.

Palabras clave: Donación. Donador cadavérico. Multidonante. Disponente secundario.

Abstract

Organ donation is the process in which organs and tissues from a person who has lost his or her life are obtained, in order to be transplanted to people who require them, with these people having previously passed a histocompatibility test. ***Objective:*** *To analyze the demographic characteristics of cadaveric donors, as well as the proportion of the most donated organs in a public health institution from 2012 to 2016.* ***Methods:*** *An observational, retrospective study, with data from 226 donor files, from January 2012 to July 2016.* ***Results:*** *Organ donation has increased over 100%, with respect to 2012. On average, each donor provides four organs. The highest percentage of donors is male. Cranioencephalic trauma is the main cause of donor deaths, and parents are the next of kin to consent.* ***Conclusion:*** *Organ donation is a gesture of solidarity and social commitment that provides an opportunity to improve the state of health, and even save the life, of an anonymous person who needs it. This can only be done if there is consent by the donor during his or her lifetime, or by the decision of a family member. So it is important to develop a culture of donation from the time of early education.* (Rev Mex Enf. 2017;5:59-63)

Corresponding author: *José Luis López-Jiménez,* joseluisj6@gmail.com

Key words*: Donation. Cadaveric donor. Multiorgan donor. Next of kin consent.*

Correspondencia:
*José Luis López-Jiménez
E-mail: joseluisj6@gmail.com

Fecha de recepción en versión modificada: 17-12-2016
Fecha de aceptación: 07-03-2017

Como citar este artículo: López-Jiménez JL, Arroyo-Lucas S, Vilatobá-Chapa M, García-Baysa M, Vásquez-Cruz R. Características sociodemográficas de donadores cadavéricos en una institución de tercer nivel de atención del 2012 al 2016. Rev Mex Enf. 2017;5:59-63.

Introducción

La donación de órganos se define como el proceso mediante el cual se obtienen los órganos y tejidos de una persona que ha perdido la vida, para ser trasplantados en personas que lo requieran. Es importante mencionar que la donación solo puede darse si los integrantes de la familia de la persona fallecida acepta la donación.

En México son varios los factores que influyen para que se lleve a cabo la donación y entre ellos la familia, la religión, la educación, el nivel socioeconómico, la edad, el miedo a la muerte, ya que es un tema que casi no se platica porque se cree que no pasará en mucho tiempo[1].

La donación de órganos constituye un tema de interés creciente en el sector de la salud y en la sociedad, debido al gran número de enfermedades crónicas degenerativas en las cuales, como alternativa, es posible brindar una recuperación de órganos, mejorar la calidad de vida y alargar la misma, en pacientes que no tienen otra opción de mejora o tratamiento más que el trasplante[2-5].

Se ha entendido como donación el acto de otorgar por voluntad propia órganos, tejidos o células a alguien que lo necesita para mejorar su salud. La donación involucra diferentes aspectos médicos, socioculturales, psicológicos, éticos y legales, e implica la coordinación de un grupo multidisciplinario de médicos, enfermeras, paramédicos y trabajadoras sociales, quienes están preparados para fomentar la donación e incrementar el número de donaciones y por ende los trasplantes que se realizan en el país[6,7]. Al respecto, existen dos tipos de donaciones; la primera de donante vivo y la segunda, de donante fallecido[4,8], siendo esta última el objeto de este artículo.

Como se mencionó, aun cuando la donación es el acto de otorgar por voluntad propia un órgano o tejido, en el caso de la donación cadavérica, para poder llevarla a cabo es necesario superar diferentes obstáculos que la dificultan, atrasan y en ocasiones impiden que se lleve a cabo. Las principales barreras de aceptación de personas y familias son: la información, la educación, los miedos, la angustia, el estrés, la religión[5,9], el desconocimiento o las dudas acerca del concepto de muerte cerebral, así como la forma de transmitir el diagnóstico a las familias[7] en las instituciones de salud.

Dichos elementos, aunados al mantenimiento de la vida de órganos de manera artificial, hacen que la familia pueda negar la donación por creer que su familiar aún está con vida, ya que al ver que sigue manteniendo signos vitales como la respiración, la frecuencia cardíaca y la temperatura corporal, no puede entender en ese momento que estos signos se mantienen gracias a los dispositivos de apoyo terapéutico[10] y no logra comprender la diferencia de muerte circulatoria o sistémica de la muerte cerebral, ya que la condición del paciente mantenido por el equipo mecánico permite imaginar que la persona sigue viva o en estado de coma y que en cualquier momento puede despertar[11].

Algunos elementos que teóricamente se han relacionado con una mayor aceptación a la donación son: la juventud, el mayor nivel educativo, el mayor nivel socioeconómico y, muy importantes, el hecho de que la pareja y familia conozcan previamente la decisión de donar[12-16] y cómo aborda la cuestión el personal sanitario. Es crucial que un miembro del equipo de salud hable con la familia y la pareja antes de pedirles la autorización, pues ello está asociado con la mejor aceptación a la donación[16].

En este sentido y en el entorno de una reflexión en donde se ha tomado la donación como el acto de otorgar por voluntad propia órganos o tejidos, se pierde el concepto de donación por voluntad propia y es la familia, como disponente secundario quien decide sobre el cuerpo de otra persona o cualquiera de sus componentes en vida en el momento de muerte, siendo esta, de acuerdo al Artículo 324 de la ley general de salud, el o la cónyuge, el concubino, la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante, quienes están facultados legalmente para asumir esa responsabilidad[17,18]. Los familiares, como disponentes secundarios, desempeñan un papel muy importante, ya que aunque exista el consentimiento del donador, ellos son los que tienen la última palabra, autorizando o negando que se lleve a cabo la donación aunque exista la tarjeta de donación firmada[19-23].

Esta investigacion tuvó como objetivo analizar las características demográficas de donadores cadavéricos, así como la proporción de organos más transplantados en una institucion de la Secretaría de salud desde el 2012 al 2016.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, en un instituto de tercer nivel de atención en México, con datos de 226 registros de expedientes de dona-

dores fallecidos recabados desde enero del 2012 a julio del 2016. Los datos fueron analizados en el programa SPSS®.

Resultados

En la Tabla 1 se observa que a lo largo de los seis años el número de donadores en este instituto ha ido en aumento. Los 57 y 59 donadores de los años 2014 y 2015, respectivamente, representan un aumento de poco más del 100% con respecto al 2012.

Sin embargo, en el año 2016 el número de donadores hasta el mes de julio (periodo del cual se disponen datos) solo fue de 43, lo que supone un incremento con respecto al 2012 de cerca del 72% en medio año.

Descripción de las variables género, edad y estado civil de los donadores cadavéricos

De acuerdo al análisis de la información, el género masculino predominó, con el 70% (159), mientras que el femenino supuso el 30% (67) restante. En cuanto al rango de edad de los donantes, fue de los 13 a los 71 años, con un promedio de de 30 años y una desviación estándar de 13. Respecto al estado civil de los donantes, el 55.3% eran solteros (125), el 30.1% (68) casados, el 9.3% (21) en unión libre, el 2.2% (5) divorciados y cerca del 2% (4), viudos y separados 1% (3).

Causa de defunción

La principal la causa de defunción fue por trauma cráneo encefálico (55% [125]), seguida por evento vascular cerebral hemorrágico (27% [60]), herida por arma de fuego (10% [22]), tumor cerebral (3% [7]) y evento vascular cerebral isquémico (2.2% [5]). Los casos de ahorcamiento, ahogamiento, embolia grasa, encefalopatía hipóxica, supresión etílica, hidrocefalia y quemadura, supusieron un donador por cada causa.

Tabla 1. Distribución anual de donadores cadavéricos 2012 al 2016

Año	Frecuencia	Porcentaje
2012	25	11.1%
2013	42	18.6%
2014	57	25.2%
2015	59	26.1%
2016	43	19.0%
Total	226	100%

Fuente: Centro nacional de trasplantes. Estado actual de receptores, donación y trasplantes en México 1er Semestre 2016.

Disponente secundario

Los disponentes secundarios más frecuente son los padres, seguidos del cónyugue y los hermanos.

Analizando con más detalle, podemos decir que en el 25.2% (57) de los casos fue el padre, la madre en un 20.8% (47), la cónyugue en un 15.5% (35), el cónyugue en un 8.8% (20), un hermano en el 8.8% (20), una hermana en el 6.2% (14), un hijo en el 6.2% (14), una hija en el 1.3% (3), la concubina en un 4.9% (11), el concubino en un 0.9% (2), la abuela en el 0.88% (2) y el tutor en un solo caso, con un porcentaje del 0.4%.

Órganos obtenidos por cada donante

De acuerdo al análisis de los datos de cada donador cadavérico, el 99% de las donaciones efectuadas principalmente fue de hígado. Sin embargo, se tienen registros de hasta seis órganos más: riñón, córneas, corazón, piel, tejido musculoesquelético y pulmones. Es importante mencionar que los donadores son multidonantes y en promedio donan cuatro órganos (Tabla 2).

Dependencias de salud de procedencia de los donadores cadavéricos

La dependencia de salud de mayor procedencia de los donadores fue la Secretaría de salud, con 113 casos, seguida de la Secretaría de Salud de la Ciudad de

Tabla 2. Descripción de la frecuencia de los órganos más donados

Órgano donado	Frecuencia	Porcentaje
Hígado	223	99%
Riñón	216	96%
Córneas	176	78%
Corazón	117	52%
Piel	65	29%
Tejido musculoesquelético	38	17%
Pulmón	7	3%

Fuente: Centro nacional de trasplantes. Estado actual de receptores, donación y trasplantes en México 1er Semestre 2016.

México con 45 casos, la Secretaría de Salud Federal con 34 casos, el sector privado con 13 casos, el Instituto Mexicano del Seguro Social con 17 casos y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, con cuatro casos.

Discusión

Los trasplantes de órganos ofrecen una oportunidad a las personas que no tienen otra opción de tratamiento. Sin embargo, para que exista la opción de trasplante es necesaria la donación de órganos, que en nuestro país no llega a cubrir con los requerimientos necesarios[2], ya que la tasa de donación es de 3.4 por millón de habitantes, en comparación con países como España en donde es de 35.9 por millón de habitantes[24,25]. Se cree que la razón de la gran diferencia entre los países con más donaciones en comparación con los países como el nuestro radica en la cultura de la donación desde niveles básicos de enseñanza.

En México la donación ha aumentado considerablemente; sin embargo, la distribución de órganos para el Instituto en estudio también se ha visto favorecido debido a su grado de respuesta, así como a la efectividad y el éxito en el proceso del trasplante. De acuerdo a datos registrados del 2012 a la primera mitad del 2016, el aumento de trasplantes en el Instituto es del 72%.

Los hallazgos en el presente trabajo coinciden con datos nacionales donde se menciona que la primera causa de los donadores es el traumatismo craneoencefálico, siendo más frecuente el masculino (70%) y el accidente de tráfico la primera causa de muerte[25].

De los 226 donadores, se obtuvieron 1,108 órganos y tejidos, por lo que se esperaría beneficiar a esta misma cantidad de personas en espera de un órgano, sin embargo, este estudio no pudo identificar al número de receptores reales, tema relevante, al tener referencias de que no todos los órganos siempre son viables para ser trasplantados. Esto, aunado a la dificultad de conseguir el consentimiento de la donación, pone de manifiesto que existen limitaciones que no permiten visibilizar un mayor número de trasplantes, puesto que el número de donantes utilizados es inferior o igual al número de donantes reales[24].

En cuanto a las instituciones generadoras o de dónde provienen los donadores, los datos concuerdan con el Centro Nacional de Trasplantes (el organismo de la Secretaría de Salud CENATRA), los cuales registraron en el primer semestre del 2016 que la primera dependencia generadora de órganos fue el sector público, con un 56%, seguida de la seguridad social con un 37% y por último las dependencias privadas, con un 7%[25].

Con respecto a los disponentes secundarios, se observó que se involucra toda la familia; sin embargo, en la gran mayoría de los casos son los padres quienes cumplen el rol de toma de decisión como cabeza del hogar, asumiendo la responsabilidad de otorgar la autorización. Cabe mencionar que en algunos casos, a pesar de que los donadores eran mayores de edad y casados o con pareja, fueron los padres quienes dieron la autorización de donar; lo que resulta contradictorio, puesto que en los casos de una persona independiente que tiene su propia familia, la pareja sería la indicada para autorizar o denegar la donación, lo que no fue así en esta población.

Conclusiones

La donación es un proceso que va en aumento, sin embargo, aún falta cubrir necesidades de un país que se encuentra en una transición epidemiológica, en la cual las enfermedades crónicas degenerativas afectan a más población y, por tanto, con un creciente número de personas que en algún momento de su vida pueden requerir de un trasplante como parte de su tratamiento.

La donación cadavérica es un acto de solidaridad y compromiso social, en el que se brinda una oportunidad de mejorar el estado de salud, la calidad de vida e incluso salvar la vida a una persona anónima que lo necesite, pero esto solo puede llevarse a cabo si existe el consentimiento de algún integrante de la familia. Por esta razón es necesario concienciar de la importancia de donar y hacerlo extensivo a los familiares más cercanos facultados para tomar decisiones en caso de fallecimiento.

Los resultados favorables en la donación de órganos quizá se deban a los diversos programas que ha implementado la Secretaría de Salud, así como a la difusión en los medios de comunicación y el propio trabajo de la organización de los responsables del estudio.

Bibliografía

1. Durón RE, Portillo GF, Tenango SV, González MF, Vázquez SC. Negativa familiar en un proceso de donación. Arch Neurocien Mex. 2014;19(2):83-7.
2. Rando CB. La toma de decisión sobre donación de órganos en la población andaluza. Psicothema. 2002;14(2):300-9.
3. Gómez RK, Ballena LJ, León JF. Mitos sobre la donación de órganos en personal de salud, potenciales receptores y familiares de potenciales donantes

en un hospital peruano: estudio cualitativo. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016;33(1):83-91.
4. Deulofeu R, Blanca MJ, Twose J, Matesanz R. Actitud y conocimiento sobre la donación y el trasplante de órganos y tejidos de médicos de atención primaria, emergencias y urgencias en España. Med Clin. 2011;136:541-8.
5. Guerra GY, Vega RP. El impacto social de la donación de órganos en Colombia. Tend Ret. 2012;17(1):105-14.
6. Reyes AR. Ética y trasplantes de órganos: búsqueda continua de lo que es aceptable. Rev Invest Clin. 2005;57(2):177-86.
7. Hernández PC, Ochoa EC, Villa RF, Gallegos AM. Conocimientos de la población hacia la donación y trasplantes de órganos. Rev CONAMED. 2011;16(4):183-7.
8. Bas SP, Gala LF, Guillén GM, Lupiani GR, González RA, Gómez S. Análisis psicosocial de la donación de órganos. Intervención Psicosocial. 1998;7(3):397-406.
9. Contreras L. Donación de órganos: Análisis Ético de la Situación Chilena. Rev. Medicina y Humanidades. 2011;III(1-2):76-86.
10. Moraes EL, Massarollo MCKB. Family refusal to donate organs and tissue for transplantation. Rev Latino-Am Enfermagem. 2008;16(3):458-64.
11. Querevalú MW, Orozco GR, Tostadoc DS, et al. Iniciativa para aumentar la donación de órganos y tejidos en México. Rev Fac Med UNAM. 2012;55(1):13-7.
12. Wakefield CE, Watts KJ, Homewood J, Meiser B, Siminoff LA. Attitudes toward organ donation and donor behavior: a review of the international literature. Prog Transplant. 2010;20(4):380-91.
13. Conesa C, Ríos A, Ramírez P, Canteras M, Rodríguez MM, Parrilla P. Estudio multivariante de los factores psicosociales que influyen en la actitud poblacional hacia la donación de órganos. Nefrología. 2005;25(6):684-97.
14. Castañeda MD, Alarcón F, Ovalle D, et al. Actitudes y creencias sobre la donación de órganos en Colombia: ¿Dónde se deben enfocar los esfuerzos para mejorar las tasas nacionales de donación? Rev. Fac. Med. 2014;62(1):17-25.
15. Rando CB, Blanca MJ, Frutos SM. Donación de órganos y variables de personalidad y psicosociales asociadas. Anales de psicología. 1995;11(2):121-7.
16. Simpkin LA, Robertson CL, Barber SV, Duncan YJ. Modifiable factors influencing relatives' decision to offer organ donation: systematic review clinician researche. BMJ. 2009;338:b991.
17. Ley general de salud. Cámara de diputados del honorable Congreso de la Unión. Secretaría General. Secretaría de Servicios Parlamentarios. Últimas Reformas DOF 01-06-2014.
18. Reglamento de la Ley general de salud en materia de trasplantes. Cámara de diputados del honorable Congreso de la unión. Secretaría General. Secretaría de Servicios Parlamentarios. Nuevo Reglamento DOF 26-03-2014; 1 de 24.
19. Principios rectores de la OMS sobre trasplante de células, tejidos y órganos humanos. [Internet] Disponible en: http://www.who.int/transplantation/TxGP%2008-sp.pdf.
20. Osio RI. Causas y factores relacionados con la negativa familiar a la donación de órganos en casos de muerte cerebral. Medicina universitaria. 2001; 3(13):223-7.
21. Miranda B, Fernández M, Lucas C, et al. Organ donation is Spain. Nephrol Dial Transplant. 1999;14(3):15-21.
22. Acevedo RR. En donación de órganos cadavéricos para trasplante: ¿Es el consentimiento tácito, más eficiente que el consentimiento informado? Rev Invest Clin. 2000;52(5):589-90.
23. Hormazábal G, Rius M. Donación de órganos: ¿Por qué habría que donar? Contacto Científico. 2015;5(3). [Internet] 2015. Disponible en: http://contactocientifico.alemana.cl/ojs/index.php/cc/article/view/276.
24. Organización Nacional de Trasplantes (ONT) NEWSLETTER TRANSPLANT International figures on donation and transplantation 2014. [Internet] Disponible en: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp.
25. Centro nacional de trasplantes. Estado actual de receptores, donación y trasplantes en México 1er Semestre 2016. [Internet] Disponible en: http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/116440/1er_trimestre_2016.pdf.

REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA ARTÍCULO ORIGINAL

Implementación del «tiempo fuera» en la transfusión de hemocomponentes en cuidados críticos

P.F. López-Pérez*, E. Reyes-Cordova, J. Zepeda-León y G. Morales-García

Unidad de Cuidados Intensivos, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

Resumen

Introducción: Se trata una propuesta de mejora de la atención relacionada al proceso de trasfusión sanguínea para la seguridad del paciente. **Objetivo:** Implementación de la metodología del «tiempo fuera» para la administración de hemocomponentes en Cuidados Intensivos. **Material y métodos:** Se realizó una medición basal de 30 registros de enfermería para identificar el cumplimiento del «tiempo fuera» para transfusión de hemocomponentes. Se implementó educación continua y acompañamiento, además de un formato para el registro de variables de seguridad. **Resultados:** El 80% del personal aplicó la metodología del tiempo fuera, lo tuvo efecto en los pacientes que recibieron la transfusión indicada con los requerimientos de seguridad al 100%. Las áreas de mejora se relacionan con las metas internacionales 1 y 4, como la identificación completa del paciente, uso del consentimiento informado (MISP1), acceso vascular viable y monitoreo del paciente (MISP4). **Conclusiones:** La utilización de una intervención multifacética aumentó el conocimiento del personal sobre la metodología del «tiempo fuera». El llevarlo a cabo en la transfusión sanguínea permitirá una gestión del cuidado de calidad y seguridad en la transfusión. Se propone evaluar de manera multidisciplinaria el proceso de trasfusión para establecer las mejoras necesarias de manera cíclica.

Palabras clave: Trasfusión sanguínea. Gestión de riesgos. Seguridad del paciente. Enfermería.

Abstract

Introduction: *This is a proposal to improve care related to the process of blood transfusion for patient safety.* ***Objective:*** *Implementation of the Time Out methodology for the administration of blood components in Intensive Care.* ***Material and methods:*** *A baseline measurement of 30 nursing records was performed to identify compliance with Time Out for transfusion of blood components. Continuous education and accompaniment were implemented, in addition to a format for the registration of security variables.* ***Results:*** *80% of the staff applied the time methodology outside what impacted patients who received the indicated transfusion with the 100% safety requirements. Areas of improvement are related to international goals 1 and 4, such as full patient identification, use of informed consent (MIPS1), viable vascular access, and patient monitoring (MIPS4).* ***Conclusions:*** *The use of a multifaceted intervention increased the staff's knowledge about the methodology of the Time Out. Carrying out time and out in the blood transfusion will allow quality care management and safety in transfusion. It is proposed to evaluate in a multidisciplinary way the process of transfer to establish the necessary improvements in a cyclical way.* (Rev Mex Enf. 2017;5:64-9)

Corresponding author: *Porfirio Fernando Pérez-López,* lopezperez373@gmail.com

Key words: *Blood transfusion. Risk management. Patient safety. Nursing.*

Correspondencia:
*Porfirio Fernando Pérez-López
E-mail: lopezperez373@gmail.com

Fecha de aceptación en versión modificada: 15-01-2017
Fecha de aceptación: 10-04-2017

Como citar este artículo: López-Pérez PF, Reyes-Cordova E, Zepeda-León J, Morales-García G. Implementación del "tiempo fuera" en la transfusión de hemocomponentes en cuidados críticos. Rev Mex Enf. 2017;5:64-9.

Introducción

La transfusión de sangre y sus componentes es una modalidad terapéutica esencial en la práctica de enfermería en áreas críticas, para resolver condiciones de vida y de amenaza para la salud a corto plazo[1,2]. A pesar de ser un procedimiento común y frecuente para los profesionales de enfermería, su uso no adecuado trae consigo eventos adversos y errores evitables[3,4].

Las políticas y normas nacionales e internacionales[5,6] contribuyen a reducir el riesgo clínico, sin embargo, el conocimiento y las habilidades son esenciales, así como la capacidad de reconocer y responder ante incidentes de seguridad para optimizar la calidad de atención[2,7,8].

Actualmente ha cobrado auge el enfoque proactivo en el proceso de atención a la persona, lo que previene el daño al implementar barreras de seguridad. Al respecto, la Meta Internacional de Seguridad del Paciente 4 hace énfasis en el uso del «tiempo fuera», que tiene lugar justo antes de iniciar una transfusión[6].

En este sentido, diversas son las estrategias implementadas para prevenir errores, destacando: el uso de un modelo de gestión de riesgos, cultura de seguridad, comunicación efectiva entre profesionales de salud y capacitación constante del personal[9,10]. El presente trabajo se realizó con el objetivo de implementar la metodología del «tiempo fuera» en la transfusión de hemocomponentes, además de evaluar puntos críticos del proceso de transfusión clínica en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Metodología

Se trata de un estudio descriptivo transversal que valoró 30 registros de enfermería sobre el proceso de transfusiones de sangre y sus componentes. La muestra se seleccionó a conveniencia, se identificó la problemática y se implementó una propuesta de mejora, para ello se aplicaron las etapas de la gestión de riesgos[11].

- Identificación del riesgo: Se valoraron 30 registros electrónicos de enfermería y formatos sobre actos transfusionales en la UCI durante el mes de marzo de 2016, identificándose aquellas variables como áreas de oportunidad, posteriormente se realizó con el personal de enfermería un diagrama de Ishikawa (Fig. 1), que permitió reconocer múltiples causas de la no realización del «tiempo fuera». Una de ellas fue el desconocimiento de tal metodología, empleándose en lugar de ella la doble verificación.
- Análisis del riesgo: En esta etapa se utilizó la matriz de riesgos (Tablas 1 y 2) precisándose la magnitud, trascendencia y evitabilidad del riesgo en estudio, considerado como un riesgo muy probable y con consecuencias importantes e incluso fatales para la salud del paciente.
- Acciones de mejora-intervención:
  - Con base a la valoración, se conformó un programa educativo, que consistió en cuatro sesiones educativas tipo presencial sobre: marco legal, aspectos básicos de seguridad el paciente, las metas internacionales de seguridad del paciente con énfasis en la número 4, «tiempo fuera» y registros de enfermería referente a transfusión de hemocomponentes. Estas actividades se realizaron durante el periodo de abril-mayo de 2016.
  - Se elaboraron y colocaron de cuatro carteles alusivos al «tiempo fuera», en áreas específicas, en este caso el área de preparación de medicamentos, sala de médicos y de enfermería, ello con el fin de garantizar una visibilidad e incluir a todo el equipo de salud relacionado al proceso; se anexó una tabla comparativa sobre las diferencias y similitudes del «tiempo fuera» y la doble verificación.
  - Acompañamiento individualizado al personal con la finalidad de retroalimentar los puntos clave de seguridad para el paciente.
  - Finalmente, la implementación de un formato impreso para el registro de «tiempo fuera», elaborad exprofeso, con énfasis en la identificación completa del paciente, el consentimiento informado y los puntos críticos de seguridad antes de iniciar una transfusión, como: identificación correcta del paciente, la calidad del hemocomponente y el acceso venoso a utilizar. Para ello se realizó una prueba piloto en 10 procedimientos que permitió hacer modificaciones para facilitar la claridad y comprensión de la utilización de dicho formato.
  - Evaluación: Finalmente se efectuó un análisis de la información en los registros de enfermería del expediente electrónico, así como de la cumplimentación del formato de «tiempo fuera» implementado.

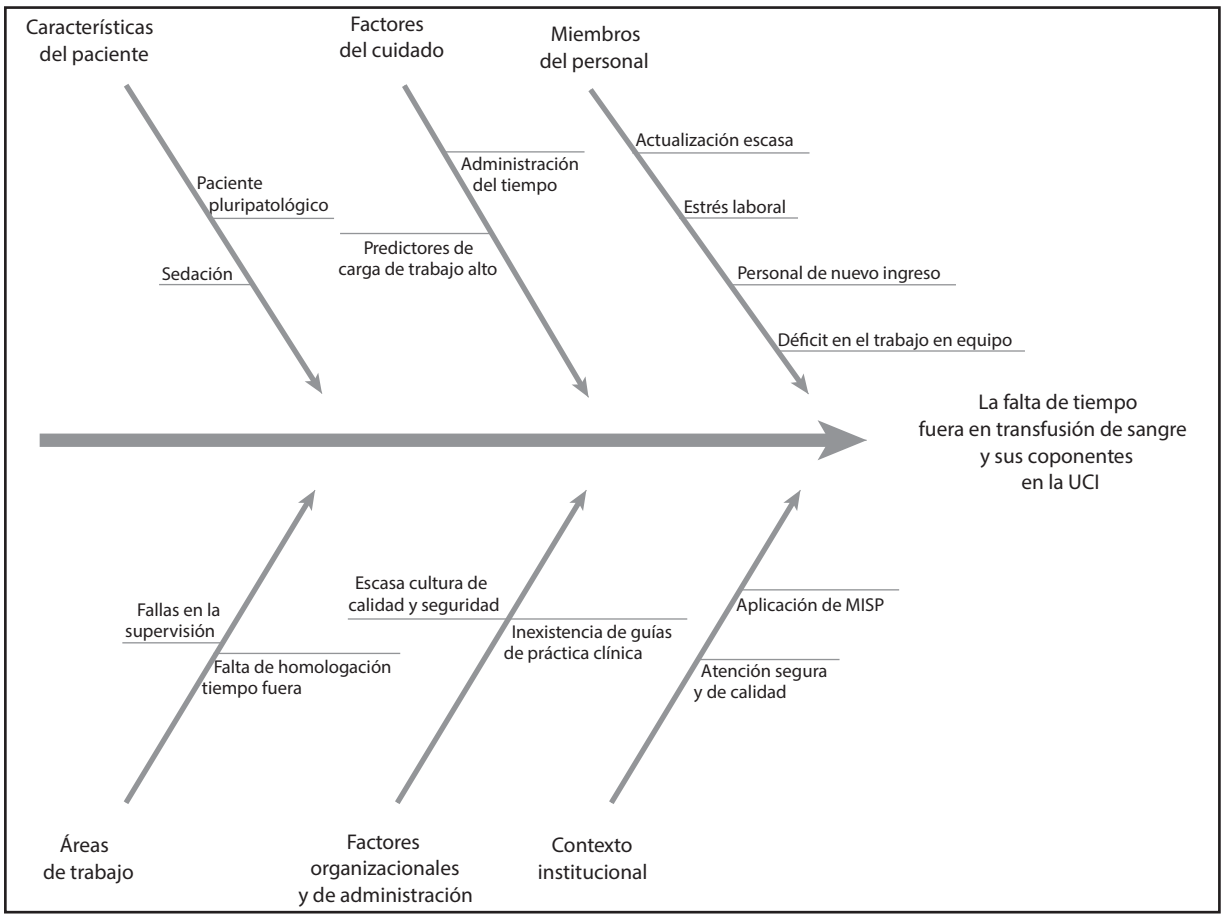

Figura 1. *Matriz de evaluación del riesgo (fuente identificación de riesgo, 2016)*

Resultados

De la gestión de riesgos

De acuerdo a la valoración de 30 registros electrónicos de enfermería, se identificó que un 20% del personal realizó doble verificación del hemocomponente antes de transfundir; es decir que la metodología del «tiempo fuera» no se realizó. Según el diagrama de Ishikawua, las causas que se consideraron como área de oportunidad se relacionan con los miembros del personal por desconocer la metodología del «tiempo fuera» y con los factores organizacionales por la falta de homologación de dicho procedimiento.

De las intervenciones

De acuerdo a la valoración se creó un programa educativo que se implementó en el personal de la UCI e incluyó cuatro sesiones educativas, difusión mediante carteles, acompañamiento personalizado a quien lo requería, así como la implementación en el servicio de un formato impreso sobre la metodología del «tiempo fuera».

El programa educativo se impartió al 80% del personal adscrito a la UCI de los tres turnos (matutino, vespertino y nocturno), un 10% solo recibió educación de manera individualizada al no estar presente en algunas de las sesiones educativas y un 10% restante no recibió ningún tipo de información, ya que por diversos motivos no se encontraban en el periodo de la intervención.

Del cumplimiento de variables de seguridad del paciente en transfusión de hemocomponentes

Posteriormente a la implementación se evaluaron al azar 30 registros electrónicos de enfermería (para la revisión se consideraron los registros de la mitad del personal de la plantilla por cada turno) con la utilización del formato de «tiempo fuera» de trasfusión de hemocomponentes. Los resultados de la

Tabla 1. Matriz de evaluación del riesgo

Trascendencia. Impacto/gravedad de las consecuencias					
Probabilidad	**Insignificante**	**Tolerante**	**Moderado**	**Importante**	**Catastrófico**
Frecuente	**	**	**	****	****
Probable	**	**	**	***	***
Ocasional	*	**	**	**	***
Infrecuente	*	*	**	**	***
Rara	*	*	**	**	**

*: riesgo bajo; **: riesgo moderado; ***: riesgo importante; ****: riesgo intolerante.
Fuente: análisis del riesgo, 2016.

Tabla 2. Matriz de riesgo-evitabilidad: planes de control

Riesgo	Evitable	Reducible	Inevitable
Intolerable	Planes de prevención	Planes de reducción	Planes de mitigación
Importante			
Moderado			
Bajo			

Fuente: análisis del riesgo, 2016.

evaluación muestran que las variables que se cumplieron correctamente al 100% (30 personas) fueron: el procedimiento al paciente correcto, hemocomponente grupo y rH correctos y la fecha de caducidad viable.

Sin embargo, el 70% (21 personas) identificaron de manera completa al paciente, el 60% (18) pidió el consentimiento informado previo a la trasfusión y otro 60% (18) llevó a cabo el registro de signos vitales antes, durante y después de la transfusión.

El 70% (21) valoró el acceso vascular, vía periférica o en el caso del catéter central que sea una sola vía para la transfusión, el otro 30% (9) no lo documentó. Asimismo, el 80% (24) utilizo la rúbrica del «tiempo fuera» antes de llevar a cabo el procedimiento de transfusión.

Discusión

Como parte de la implementación de la metodología del «tiempo fuera» se realizó una valoración de los registros electrónicos de enfermería. Dicha valoración permitió identificar las zonas de mejora del proceso, lo que permite ampliar el conocimiento sobre seguridad en las transfusiones, siendo un referente para futuros estudios sobre esta cuestión para mejorar la seguridad de la persona que recibe atención dentro de las unidades hospitalarias[6].

Al respecto, la zona de retroalimentación se relaciona a las metas internacionales 1 y 4, en particular la identificación del paciente (MISP1), ya que no se llevaba a cabo en su totalidad; se omitió la fecha de nacimiento, siendo está una variable crucial para seguridad del paciente, ya que puede interferir en las demás etapas de su tratamiento o incluso puede llegar a recibir una intervención innecesaria[12].

En cuanto al uso del consentimiento informado (MISP1), en esta valoración se identificaron diversas áreas de mejora. Cabe señalar que la responsabilidad de solicitarlo es de carácter multidisciplinario y que la institución necesita homologar dicho procedimiento para que los médicos realicen su cumplimentación

de forma correcta; además, la falta de dicho documento atenta contra los derechos de la persona. Habría que analizar también si los familiares o pacientes realmente comprenden su finalidad, es decir la evaluación de manera cualitativa[13].

Cuando las variables se cumplieron al 100%, los pacientes recibieron un tratamiento correcto y un producto de calidad. Este resultado coincide con el de Flores[14], con un 94.5% de desempeño; a pesar de ello es motivo de preocupación que ya en las etapas anteriores del proceso las barreras de seguridad fueron inefectivas y aumentan la probabilidad de error[12].

Varios estudios han evaluado el cumplimiento de las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente. Al este respecto, hay estudios[15,16] que han evaluado el cumplimiento de la MISP 4 en procedimientos realizados en quirófano; sin embargo, el presente estudio evalúa el «tiempo fuera» en trasfusión de hemocomponentes fuera del área de quirófano, tendencia en los últimos años[17], al tratarse de un procedimiento invasivo y de alto riesgo en los usuarios.

Asimismo, se identificaron áreas de mejora respecto al registro de signos vitales (antes, durante y después de la transfusión). Los resultados del presente trabajo son similares a los de estudios como el de Velazco[18], donde solo un 18% del personal los registra, pero contrastan con los de un estudio también en México[18], el cual el 99.1% los registra.

Es importante decir que esta actividad nos permite identificar de manera oportuna la aparición de datos objetivos sobre reacciones posteriores a la transfusión en el paciente y con ello evitar un daño mayor, por lo tanto no debería pasar desapercibida.

Por último, merece especial atención la velocidad de infusión del concentrado eritrocitario, siendo este en un 50% menor a una hora. Dada la gravedad del enfermo en la UCI, esta podría considerarse la causa de la urgencia, aunque las normas establecen una hora como el tiempo mínimo recomendable para este procedimiento debido a posibles complicaciones como el síndrome de sobrecarga circulatoria por transfusión[19].

Es importante evidenciar el cuidado ético-humano así como legal-administrativo necesarios en torno a las transfusiones, ya que al tratarse de un tratamiento invasivo conlleva un alto riesgo, por lo que es conveniente un proceso de retroalimentación constante con el personal, así como que impacte en la cultura del registro. Esto permitirá brindar cuidados profesionales de calidad y seguridad a los pacientes y también conocer la trazabilidad del hemocomponente e identificar la unidad en caso de reacciones posteriores a la transfusión.

Cabe destacar que a lo largo del presente trabajo uno de los mayores retos fue cambiar el concepto de «doble verificación»; por lo que ahora se llama «tiempo fuera», de acuerdo a los nuevos estándares de certificación de hospitales en su versión 2015 y que además introduce la importancia del acceso venoso adecuado antes de transfundir. Se percibe que la mayoría del personal tiene resistencia a la adopción de los nuevos procedimientos. Habría que estudiar de manera cualitativa las causas, aunque posiblemente se deba a que su única referencia es el pasado y toman sus resoluciones con el criterio de lo que ha realizado la generación anterior.

Conclusiones

Con la implementación del «tiempo fuera», el procedimiento de la transfusión fue correcto, ya que cumplió con los requisitos de seguridad. Las zonas de mejora se relacionan con el respeto de los derechos del paciente, la identificación completa, el monitoreo del paciente y la velocidad de infusión.

En esta propuesta se dió preferencia en primer lugar a la educación dirigida al personal de enfermería y acompañamiento, ya que esta permite una actualización constante, que se refleja en un aumento de la productividad, menor número de errores y accidentes, y sobre todo, en un aumento en la seguridad del paciente.

Pese a que el presente trabajo tuvo el objetivo de la implementación de la metodología del «tiempo fuera», resulta necesario analizar de manera interdisciplinaria todo el proceso, desde la solicitud del hemocomponente hasta la aparición de reacciones alérgicas en el paciente, con la realización de intervenciones multifacéticas y seguir fomentando la cultura de notificación sobre incidentes de seguridad.

Bibliografía

1. Tsai AG, Hofmann A, Cabrales P, Intaglietta M. Perfusion vs. oxygen delivery in transfusion with "fresh" and "old" red blood cells: the experimental evidence. Transfusion and Apheresis Science. 2010;43(1):69-78.
2. Contretas DM, Martínez MC. Medicina Transfusional En El Siglo XXI. Rev. Med. Clin. CONDES. 2015;26(6):726-43.
3. Higgins D, Jones D. Ensuring patient safety blood transfusision. Nurs Time. 2013; 109(4):22-3.
4. Murphy MF, Waters JH, Wood EM, Yazer MH. Transfusing blood safely and appropriately. British Medical Journal. 2013;347:f4303.

5. Consejo de Salubridad General. Estándares para la certificación de hospitales. México, 2015. [Internet] Consultado el: 20/06/2016. Disponible en: http://www.csg.salud.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/establecimientos/Hospitales/Estandares_Hospitales.pdf.
6. Tinegate H, Birchall J, Gray A, et al. Guideline on the investigation and management of acute transfusion reactions. Prepared by the BCSH Blood Transfusion Task Force. Br J Haematol. 2012;159(2):143-53.
7. Baptista GH. Efectos Nocivos de las transfusiones. Propuestas para el Sistema de Hemovigilancia en México. Gaceta Médica de México. 2013;149:94-101.
8. Moguel Parra G, Amor Santoyo S, Barragán Pérez E. Seguridad de los pacientes, prioridad del Hospital Infantil de México: punto de vista del médico como paciente. Bol Med Hosp Infant Mex. 2008;65(5):407-11.
9. LaRocco M, Brient K. Interdisciplinary process improvement for enhancing blood transfusion safety. J Healthc Qual. 2010;32(2):29-34.
10. Correa AK, Conceicao BMS, Saeki T. Psicodrama pedagógico: Estrategia para la enseñanza de enfermería. Cienc enferm. 2004;10(2):15-9.
11. Carlos A, Jesús A, Miguel R. Gestión de riesgos para la seguridad del paciente. En: Enfermería y seguridad de los pacientes, Cristina C, Patricia FG, Grace MS, Rosa ZG, Silvia BC, Carmen FM (eds). Organización panamericana de la Salud, Washintong D.C. 2011, pp. 127-37.
12. Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000;320:768-70.
13. Barrientos Araya JC. Consentimiento Informado y Transfusiones Sanguíneas. Rev Cienc Adm Financ Segur Soc. 2004;12(1):51-60.
14. Flores-Torrecillas R, Carballo-Monreal MR, Álvarez-Villaseñor AS, Váldez-Márquez ML, González-Ojeda A, Fuentes-Orozco C. Manejo y administración de hemoderivados por personal de enfermería en un hospital de segundo nivel. Enferm Univ. 2014;11(3):94-100.
15. Rivas-Espinosa JG, Verde-Flota EEJ, Ramírez-Villegas RM, Guerra-Escamilla LM, Ramírez-Espinosa L. Cumplimiento de las metas internacionales para la seguridad del paciente. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2015;23(3):135-42.
16. Nava Galán MG, Espinoza ML. Cirugía Segura en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Enf Neurol. 2011;10(2):102-5.
17. Dirección General Adjunta de Calidad en Salud. Las 10 estrategias del Programa Nacional de Seguridad del Paciente. Compromiso de México con el Programa Internacional de Seguridad del Paciente auspiciado por la OMS-OPS. 2011.[Internet] Consultado el: 12/10/2016. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/calidad/instruccion_327.pdf.
18. Velasco-Rodríguez AD, Osorio-Cruz RE, Peguero-Ortiz, et al. Cumplimiento en el manejo de hemoderivados por personal de enfermería en un hospital de México. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2013;21(1):15-21.
19. Tseng E, Spradbrow J, Cao X, Callum J, Lin Y. An order set and checklist improve physician transfusion ordering practices to mitigate the risk of transfusión associated circulatory overload. Transfus Med. 2016;26(2):104-10.

REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA ARTÍCULO ORIGINAL

Evaluación del nivel de conocimientos de médicos y enfermeras sobre cuidados paliativos, Ley de cuidados paliativos y Ley de voluntad anticipada

L.C. Galindo-Huerta[1]*, A. Montáñez-Orozco[2], y G. Cantú-Quintanilla[3]

[1]Servicio de Urgencias, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán; [2]Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán; [3]Escuela de Medicina de la Universidad Panamericana. Ciudad de México, México

Resumen

Introducción: Los avances de la medicina nos ha permitido alargar el tiempo de supervivencia de los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, no obstante, hay casos en donde no hay más oportunidades de tratamiento curativo, de ahí surge la necesidad de los cuidados paliativos. **Objetivo:** Evaluar el conocimiento de cuidados paliativos y de las leyes de cuidados paliativos y de voluntad anticipada en personal de salud. **Metodología**: Estudio transversal cuantitativo a médicos y enfermeras de las áreas de medicina interna, terapia intensiva y urgencias de una institución de tercer nivel de atención, a través de un cuestionario sobre el conocimiento de la "Ley en materia de cuidados paliativos y Ley de voluntad anticipada" y el Cuestionario de cuidados paliativos *(Palliative Care Knowledge Test)*. **Resultados:** En promedio los encuestados atienden de 1 a 9 pacientes terminales al año. Y menos del 50% tienen conocimiento sobre la existencia de leyes de cuidados paliativos y voluntad anticipada, mientras que cerca del 60% tienen conocimientos deficientes sobre cuidados paliativos. **Conclusiones:** El estudio muestra que se requiere reforzar la formación de médicos y enfermeras a nivel de pregrado y posgrado respecto a cuidados paliativos y a la legislación vigente para poder responder a las necesidades de la población.

Palabras clave: Conocimiento de cuidados paliativos. Voluntad anticipada. Legislación cuidados paliativos vigente. Personal de salud.

Abstract

Introduction: *Medical advances have allowed extending the survival time in patients with chronic degenerative diseases. However, there are still some cases with no more options for curative treatment, and hence the need for palliative care.* ***Objective:*** *To evaluate the knowledge of palliative care and the palliative care and advance-care laws in health personnel.* ***Methodology:*** *A cross-quantitative study of physicians and nurses in the areas of internal medicine, intensive care, and urgencies of a third-level care institution, through a questionnaire on the knowledge of the law on palliative care and living wills and the Palliative Care Knowledge Test.* ***Results:*** *It was found that on average the respondents attend 1-9 terminal patients per year, and less than 50% are aware of the existence of palliative care and early care laws, while about 60% have poor knowledge about palliative care.* ***Conclusions:*** *The study shows that it is necessary to reinforce the training of doctors and nurses at undergraduate and postgraduate levels regarding palliative care in order to respond to the needs of the population.* (Rev Mex Enf. 2017;5:70-5)

Corresponding author: *Laura Cecilia Galindo-Huerta,* cecilagh11850@gmail.com

Key words*: Palliative care. Living will. Knowledge of current law. Health professionals.*

Correspondencia:
*Laura Cecilia Galindo-Huerta
E-mail: cecilagh11850@gmail.com

Fecha de recepción en versión modificada: 02-02-2017
Fecha de aceptación: 13-06-2017

Como citar este artículo: Galindo-Huerta LC, Montáñez-Orozco A, Cantú-Quintanilla G. Evaluación del nivel de conocimientos de médicos y enfermeras sobre cuidados paliativos, Ley de cuidados paliativos y Ley de voluntad anticipada. Rev Mex Enf. 2017;5:70-5.

Introducción

Los avances de la medicina nos ha permitido alargar el tiempo de supervivencia de los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, no obstante, nos seguimos enfrentando al punto en donde no hay más oportunidades de tratamiento curativo. De ahí surge la necesidad de los cuidados paliativos (CP).

En la historia natural de la enfermedad crónica degenerativa se existe un estadio clínico denominado enfermedad terminal, el cual se define como una situación irreversible para recuperar la salud, se reciba o no tratamiento, cuando los recursos ya se han aplicado sin eficacia terapéutica y se estima que el fallacimiento se producirá en un periodo de tres a seis meses[1].

El paciente en estado terminal requiere que el personal de salud lleve a cabo acciones específicas para paliar el dolor y otros síntomas asociados con la enfermedad para mejorar su calidad de vida mediante el alivio del sufrimiento físico, psicológico y espiritual del propio paciente y sus familiares.

Una vez en esta situación, se trata de evitar que la muerte del enfermo crónico ocurra en el abandono, sin medios para afrontar el tránsito hacia ella. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el CP como la función ética de los profesionales de la salud en el alivio del dolor y sufrimiento físico, psicosocial y espiritual. No obstante, la OMS reporta que una de cada 10 personas que necesitan CP los reciben[2].

En América Latina se han identificado algunos factores que obstaculizan la atención paliativa: la pobreza, una cobertura inadecuada de los servicios de salud, el alto coste o la falta de disponibilidad de opioides y otros medicamentos, la falta de conocimientos y entrenamiento para el tratamiento del dolor y la administración de CP, y la falta de compromiso político para realizar las reformas educativas y de salud en el tema necesarias[3].

En todas las especialidades médicas existen pacientes en fase terminal, por lo que el deber ético es que los profesionales se formen para dominar técnicas básicas en control de dolor, ansiedad y de la angustia, así como en los cuidados que aseguran una muerte digna[4].

La complejidad de los problemas que se presentan en un paciente con una enfermedad crónica degenerativa en cuidados paliativos exige la participación de distintos profesionales según los conocimientos y habilidades que cada profesión puede aportar[5].

En el año 2010, *The Economist* presentó el informe «*The Quality of Death. Ranking end-of-life care across the world*», donde presentó el Índice de calidad de muerte en 40 países, a modo de ranking en el cual se clasifica a las naciones según su forma de administrar CP, acceso a tratamientos analgésicos, políticas y fondos públicos para enfermos terminales, así como percepciones individuales y comunitarias de la muerte. México se localiza en el lugar 36 de 40 por encima de Brasil, China, Uganda e India.

Desde la perspectiva del marco legal, se han aplicado diversas reformas de salud en apoyo a los CP. En el 2008, se decreta la Ley de voluntad anticipada, que impulsa entre otros aspectos los CP. Sánchez Barroso atribuye el origen de la voluntad anticipada a dos causas: al reconocimiento de la importancia del consentimiento informado debido a la introducción de la autonomía individualista a la medicina y al temor de los pacientes hacia el encarnizamiento terapéutico y a la prolongación de los sufrimientos[6]. La voluntad expresada se considera como una herramienta del equipo médico, ya que así se conocen los deseos, intereses e inquietudes, pero principalmente la escala de valores, lo que nos orienta para ofrecer una atención médica de excelencia clínica y moral.

En el 2009, se realiza una reforma en el artículo 184 de la Ley General de Salud donde se adiciona el artículo 166 bis que contiene la Ley Federal en materia de cuidados paliativos, el cual constituye un respaldo legal para que los CP se ofrezcan a toda la población.

En diciembre de 2014, el Consejo de Salubridad General emitió un acuerdo donde se declara la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de CP. Pero a pesar de esto falta implementar un plan de capacitación específico dirigido al personal de salud e incorporar a los programas de estudio de pregrado y posgrado la formación en CP para cumplir con el programa nacional de CP.

Ante la creciente necesidad de estos cuidados en nuestro país, secundado por el cambio en las legislaciones vigentes, que obliga al sector sanitario a brindar una atención paliativa de calidad, se hace más evidente la formación del personal en cuestiones de CP.

Debido a que ha sido durante la última década cuando han adquirido mayor peso los CP, el personal de salud de las instituciones no cuenta con formación en estos temas, por lo que es necesario conocer el nivel de conocimiento que se posee para poder dirigir estrategias educativas adecuadas.

Por lo anterior, la presente investigación tiene por objetivo evaluar el conocimiento en CP y de las leyes de CP y de voluntad anticipada en el personal de salud de una institución de tercer nivel de atención en la Ciudad de México.

Material y métodos

Estudio transversal realizado en un periodo comprendido de agosto a septiembre de 2016. Se invitó a participar a enfermeras y médicos adscritos y residentes de los turnos matutino, vespertino y nocturno que se encontraran en cualquiera de los siguientes servicios: hospitalización de Medicina interna, Urgencias y Unidad de terapia intensiva del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. No se incluyeron pasantes de enfermería y medicina, ni médicos internos de pregrado que se encontraban realizando temporalmente una rotación clínica dentro del instituto. En primera instancia, se les aplicó un cuestionario de conocimiento e interés en leyes de CP y Ley de voluntad anticipada, así como el cuestionario Palliative Care Knowledge Test (PCKT, adninistrado en su versión en español), de manera autoadministrada, anónima y confidencial. Uno de los criterios de eliminación fue haber respondido los cuestionarios en menos del 90%.

El proyecto fue sometido y aprobado por los comités de ética e investigación de la Universidad Panamericana y del INCMNSZ con número de referencia 1930.

Instrumentos de evaluación

El primer instrumento evaluaba interés y conocimiento en leyes de CP y Ley de voluntad anticipada, que se creó a partir de un instrumento aplicado por Cantú, et al.[7]. Consta de 12 ítems, de los cuales siete evaluaban interés y cinco el conocimiento de las leyes. Se realizó una prueba piloto con 10 participantes y se obtuvo un α de Cronbach de 0.78.

El cuestionario PCKT consta de 17 ítems, en los cuales se evalúa el conocimiento en CP en cinco áreas: filosofía, dolor, disnea, problemas psiquiátricos y problemas gastrointestinales. Este instrumento fue diseñado por Nakasawa, et al., en Japón en el 2009 y recientemente fue validado y aplicado en México en instituciones de segundo y tercer nivel públicos (ISSSTE)[8].

Análisis estadístico

Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias y porcentajes, y para la comparación de estas variables se utilizó una Chi cuadrada con prueba exacta de Fisher. Se utilizó el paquete estadístico SPSS® versión 22.

Resultados

Variables laborales y demográficas

En total se aplicaron 270 cuestionarios, 190 (70%) de los cuales corresponden al personal de enfermería y 80 (30%) a médicos. Dentro de las variables demográficas, entre los médicos, el 71% tenían una edad menor o igual a 29 años y el porcentaje de hombres era mayor (74%). En el grupo del personal de enfermería, el mayor porcentaje lo representaron las mujeres (77%) entre los 30 y los 39 años.

En cuanto al grado académico, el 21% de las enfermeras poseían un nivel técnico. Cuando se comparó el nivel de conocimientos en CP de acuerdo al grado académico no se encontró ninguna diferencia significativa.

Educación y actualización

Se preguntó si durante su formación habían destinado horas a la educación en CP, fuese en el pregrado o en el posgrado. Se halló una escasez de tiempo destinado a la formación de recursos humanos en el tema en los dos niveles educativos, tanto para médicos como de enfermeras. Tal como se muestra en el gráfico a continuación (Fig. 1).

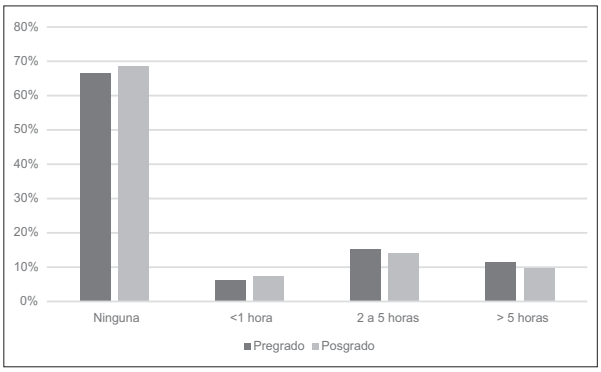

Figura 1. *Horas dedicadas a la educación en cuidados paliativos* (fuente: Nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos, Ley de cuidados paliativos y Ley de voluntad anticipada, 2016).

Para ver la relevancia de la formación en CP se interrogó sobre el número de pacientes en estado terminal que habían estado bajo su cuidado. El 92% (n = 248) informó de que al menos alguna vez tuvo pacientes con estas características y el 82% (n = 221) tuvo pacientes terminales a su cargo durante el año anterior al estudio.

Conocimiento sobre las leyes vigentes

Se encontró que menos del 50% de la población estudiada sabía de la existencia de las leyes en materia de CP y voluntad anticipada y sólo el 30% (n = 81) de médicos y enfermeras sabía cómo expresar una voluntad anticipada. Por otra parte, el 94% contestó que le interesaba conocer más.

Al comparar el nivel de conocimiento con respecto a la Ley de cuidados paliativos y Ley de voluntad anticipada no se encotnró diferencia significativa entre médicos y enfermeras (p = 0.68).

Los resultados del cuestionario PCKT evalúan el conocimiento en CP en cinco áreas (filosofía, dolor, disnea y problemas gastrointestinales y psiquiátricos). En este estudio se observa que en ninguna de estas áreas se supera el 60% de nivel de conocimiento; y el área con mayor área de oportunidad son los problemas gastrointestinales (Tabla 1).

Categorizando los resultados de conocimiento en CP hubo una diferencia significativa (p = 0.001) respecto al nivel de conocimiento entre médicos y enfermeras.

Discusión

La presente investigación permitió conocer el nivel de conocimiento que se tiene sobre CP, Ley de cuidados paliativos y Ley de voluntad anticipada en enfermeras y médicos que laboran en una institución de alta especialidad. Los resultados muestran la necesidad de reforzar el conocimiento en materia de CP y legislación vigente.

La institución en donde se realizó la investigación se caracteriza por el ingreso de pacientes con más de una enfermedad y, cada vez más, la población usuaria es de edad avanzada. Por esta razón es necesario que el personal de salud, como enfermeras y médicos, cuenten con el conocimiento necesario para brindar una atención de calidad de manera integral, incluyesndo las etapas terminales.

El personal encuestado tiene un elevado porcentaje de desconocimiento sobre CP y una mínima formación en el tema; más de la mitad de la población encuestada no cuenta con cursos de actualización en materia de CP, a pesar de que el 92% trata pacientes terminales.

Los resultados del estudio coinciden con los datos del número de facultades que ofrecen en su plan de estudios la materia de CP, sea en medicina o en enfermería. A nivel nacional se cuenta con cinco facultades de medicina y 4 de enfermería con formación en CP[9].

Una de las razones de la elección del PCKT es que además de permitir conocer el nivel de conocimiento que tiene el personal de salud respecto a los CP, identifica dónde están nuestras principales necesidades

Tabla 1. Distribución de porcentaje de conocimiento de cuidadados paliativos

	Médicos	Enfermeras	p
Filosofía de CP			
<50%	9 (11.3)	16 (8.4)	0.085
50-80%	58 (72.5)	119 (62.6)	
>80%	13 (16.3)	55 (28.9)	
Dolor			
<50%	3 (3.8)	47 (24.7)	<0.001
50-80%	64 (80)	133 (70)	
>80%	13 (16.3)	10 (5.3)	
Disnea			
<50%	6 (7.5)	92 (48.4)	<0.001
50-80%	34 (42.5)	78 (41.1)	
>80%	40 (50)	20 (10.5)	
Problemas psiquiátricos			
<50%	21 (26.3)	44 (23.2)	0.033
50-80%	58 (72)	66 (124)	
>80%	1 (1)	12 (22)	
Problemas gastrointestinales			
<50%	8 (10)	90 (47)	<0.001
50-80%	64 (80)	98 (51.6)	
>80%	8 (10)	2 (1)	

Fuente: Nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos, Ley de cuidados paliativos y Ley de voluntad anticipada, 2016.

de educación en el tema por dominios. En el estudio, los problemas gastrointestinales fueron el dominio en donde hubo una mayor necesidad de conocimiento sobre los problemas que presentan los pacientes que se encuentran en CP, aunque no está muy alejado en porcentaje de todos los demás dominios que se evaluaban, pues en ninguno se tuvo un conocimiento óptimo del tema.

Cuando este cuestionario fue aplicado previamente en algunas investigaciones a nivel internacional[10,11], así como a nivel nacional en el ISSSTE a 144 profesionales de la salud en el 2012, se tomó en cuenta un 75% de aciertos para considerar como aceptable el conocimiento en CP, según lo cual solo el 7% de los entrevistados alcanzó una buena puntuación en conocimiento[8].

En un centro de reumatología en Cuba se exploró el nivel de conocimiento en CP en los médicos que laboraban allí y se encontró que el 64.5% de su personal tenía un bajo nivel de conocimiento de CP, un 35.5% poseía un conocimiento medio y ninguno de sus encuestados mostraba un nivel de conocimientos alto en CP[12].

La falta de conocimiento en CP coincide con otros estudios realizados en Alemana por Pfister, et al., en 2013, en los cuales se aplicaron 130 encuestas para evaluar el conocimiento de trabajadores en salud sobre este asunto y su eficacia, obteniéndose que los profesionales de la salud tenían pocos conocimientos sobre CP[13].

Respecto al conocimiento en leyes, tambien hay un desconocimiento de su existencia, aun cuando es responsabilidad de los profesionales conocer esta información. Es importante destacar la existencia de varios factores que pueden explicar la falta de desconocimiento. En primer lugar, las leyes vigentes en materia de CP son políticas públicas que el gobierno ha apoyado recientemente y, más allá de su poca difusión, hay que añadir la falta de visión en la capacitación del personal en materia de CP. En segundo lugar, la Ley de voluntad anticipada (con nueve años de vigencia) resulta poco difundida, a pesar de ser una defensa a la autonomía y protección contra la obstinacion terapéutica. Como tercer factor tenemos que el gobierno no esté interesado en que sus profesionales de la salud conozcan la existencia de estas leyes, a pesar de que esté incluido dentro del reglamento de la Ley general de salud, lo que le otorga obligatoriedad de su cumplimiento. Y basados en este aspecto, ante cualquier problema legal «la ignorancia de la ley no exime de su cumplimiento» y esto nos lleva al cuarto factor, el desinterés tácito en conocer la legislación en salud por parte de los profesionales de la salud.

La presente investigación evidencia la necesidad inminente de crear un programa educativo para médicos y enfermeras que permita eliminar lagunas en materia de CP, así como evaluar periódicamente la atención que se brinda a los familiares y pacientes en fase terminal. Todo esto con la finalidad de mejorar la calidad en la atención a los pacientes y a sus familiares.

Conclusiones

Para expresar la verdadera magnitud de la necesidad de educación al personal de salud acerca de los CP era necesario tener una medición del nivel de conocimiento actual. Las fortalezas de este estudio son que nos muestra el panorama respecto al interés de médicos y enfermeras sobre el tema y la falta de conocimiento respecto a los CP.

Existen varias limitaciones para este estudio. El PCKT, a pesar de estar creado para evaluar a médicos y enfermeras, fue elaborada para profesionales japoneses en 2009 y desde entonces ha habido actualizaciones importantes.

Los cambios demográficos, de morbilidad y mortalidad de la población exigen que el personal de salud se actualice en conocimientos y habilidades para atender a una población con enfermedades crónicas degenerativas en aumento. En esto se incluye el conocimiento de los CP, en los que el personal de salud desempeña un importante papel en el reconocimiento de la necesidad de los pacientes de una atención para paliar síntomas, la oportuna referencia a un equipo de especialistas del área para organizar un plan de cuidados especializados y el correcto manejo del plan.

La razón de resaltar la importancia de las voluntades anticipadas es su influencia en la planificación de las estrategias de tratamiento y cuidado a partir del diagnóstico y pronóstico del paciente y del respeto a su autonomía. La declaración de las voluntades anticipadas no se puede limitar a una mera firma con consecuencias jurídicas.

Es por ello que el personal de enfermería juega dos papeles muy importantes en su acción, la implementación de los CP y el acompañar al paciente en el proceso de su muerte, y por esto es un deber ético de la enfermera proporcionar la mejor calidad de vida y la defensa de los derechos del paciente[14]. Víctor

Frankl, en «El hombre en busca de sentido» expone que cuando una persona se enfrenta a una situación que no le es posible cambiar, como es el caso de una enfermedad crónica degenerativa, lo que más importa es la actitud que tomemos hacia el sufrimiento, al cargar con ese sufrimiento. El interés principal del hombre no es encontrar el placer o evitar el dolor, sino encontrarle un sentido a la vida. El personal de salud es el profesional que nos acompaña en este proceso y nos sirve como guía.

El ser humano es existencialmente vulnerable ante amenazas internas y externas, su integridad es amenazada por las enfermedades, el sufrimiento, la vejez y la muerte. Y más allá de ser vulnerable, el ser humano es consciente de su vulnerabilidad, por lo que ve la necesidad de crear lazos de cooperación social ante esas amenazas. De ahí surge la obligación moral de los profesionales de salud de proteger, cuidar, atender y empoderar a los pacientes en situación de vulnerabilidad, como lo son los pacientes que padecen enfermedades crónicas degenerativas. Como demuestra este estudio, el nivel de conocimiento sobre aspectos generales de CP es insuficiente todavía para suplir esas necesidades de la población mexicana.

Bibliografía

1. Cossío-Díaz JR, González-Salas JFF, Kershenobich-Stalnikowitz D, et al. Regulación de los cuidados paliativos y muerte asistida. Gac Med Mex. 2015;151(1):119-30.
2. Organización Mundial de la salud. Centro de prensa. Cuidados paliativos. Nota descriptiva nº 402. Julio de 2015. [Internet] Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/es
3. Cárdenas-Turanzas M, Torres-Vigil I, Tovalín-Ahumada H, Nates JL. Hospital versus home death: Results from the Mexican healt and aging study. J Pain Symptom Manage. 2011;41(5):880-92.
4. Antequera JM, Barbero J, Bátiz J, et al. Ética en cuidados paliativos. Madrid: Fundación Ciencias de la Salud; 2006.
5. Centeno Cortés C, Gómez Sancho M, Naval Vicuña M, Pascual López A. Manual de Medicina Paliativa. Pamplona: Ed. Eunsa; 2009.
6. Sánchez Barroso, JA. Voluntad Anticipada. México: Ed. Porrua; 2012
7. Cantú-Quintanilla G, Ubiarco V, Medeiros-Domingo M, et al. El conocimiento de la ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal en la Sociedad Mexicana de Trasplantes. Rev Mex Traspl. 2013;2(1):6-9.
8. Medina Zarco LE, de la Cruz-Casas AM, Sánchez-Santaella ME, González-Pedraza-Avilés A. Nivel de conocimientos del personal de salud sobre cuidados paliativos. Rev Esp Med Quir. 2012; 12(2):109-14.
9. Corrales-Nevado D, Alonso-Babarro A, Rodríguez-Lozano MA. Continuidad de cuidados, innovación, redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Gac Sanit. 2012;26(S):63-8.
10. Bassah N, Seymour J, Cox K. Modified systematic review of research evidence about education for pre-registration nurses in palliative care. BMC Palliative Care. 2014;13:56.
11. Ross MM, Mcdonald B, McGuinness J. The Palliative care quiz for nursing (PCQN): the development of an instrument to measure nurses knowledge of palliative care. J Adv Nurs. 1996;23(1):126-37.
12. López Mantecón AM, Machado Vázquez LI, Hernández Quintero O, Arvelo Figueredo M, González Hernández C, Reyes Méndez MC. Exploración del conocimiento sobre conocimientos de Cuidados Paliativos en el Centro de Reumatología. Revista Cubana de Reumatología. 2014;16(1):5-14.
13. Pfister D, Markett S, Müller M, et al. German Nursing Home Professionals' Knowledge and Specific Self-Efficacy Related to Palliative Care. J Palliat Med. 2013;16(7):794-8.
14. Kemp P, Rendtorff JD. The Barcelona Declaration. Towards an Integrated Approach to Basic Ethical Principles. Synthesis Phylosophica. 2009;23(2):239-51.

www.incmnsz.mx PERMANYER Rev Mex Enf. 2017;5:76-80

REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA ARTÍCULO DE REVISIÓN

Manejo de la actitud en el ambiente laboral de trabajadores de la salud, desde una óptica psicológica

E.M. Barquera-Núñez*

Departamento de Educación e Investigación en Enfermería, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

Resumen

En el ambiente de enfermería, como en cualquier relación interpersonal, importa vincular la actitud, a reglas y normas que rigen cualquier sistema laboral y en particular el de salud, para alcanzar un clima laboral idóneo, que impacte positivamente en los resultados y metas que se buscan. El presente trabajo tiene por objetivo, crear un espacio de reflexión en aquellas personas que lideran grupos, sobre la detección, entendimiento e interpretación de los significados de las actitudes del personal a su cargo, con la finalidad de contribuir a un mayor y asertivo empoderamiento del liderazgo en el desempeño de sus funciones relacionadas con la atención al usuarios de los servicios de salud. El adecuado manejo de las actitudes de los trabajadores permitirá alcanzar mayor asertividad en la comunicación durante los procesos de supervisión, así como de evaluación de las actividades encaminados al cumplimiento de objetivos institucionales y personales. Un hecho contrario, como la falta de claridad en el significado de las actitudes, provoca interpretaciones confusas, distorsionadas, que ocasionan relaciones interpersonales desfavorables y por tanto un clima laboral nocivo.

Palabras clave: Actitud. Creencias. Emoción. Conducta. Afrontamiento. Empoderamiento. Enfermería.

Abstract

In the nursing environment, as in any interpersonal relationship, it is important to link the attitude, rules, and norms that govern any work system, and in particular the health system, in order to achieve a suitable working environment that positively affects the results and goals that are looked for. The purpose of this paper is to create a space for reflection among those who lead groups on the detection, understanding and interpretation of the meanings of the attitudes of the personnel under their care in order to contribute to a greater and assertive empowerment of the leadership in the performance of their functions related to the attention to the users of the health services. The adequate management of the attitudes of the workers will allow reaching greater assertiveness in the communication during the processes of supervision as well as of evaluation of the activities directed to the fulfillment of institutional and personal objectives. Contrary to the lack of clarity in the meaning of attitudes, it leads to confused, distorted interpretations that lead to unfavorable interpersonal relationships and thus a harmful working environment. (Rev Mex Enf. 2017;5:76-80)

Corresponding author: *Emma Myrna Barquera Núñez,* bemmamyrna@yahoo.com.mx

Key words*: Attitude. Beliefs. Emotion. Behavior. Coping. Empowerment. Nursing.*

Correspondencia:

*Emma Myrna Barquera Núñez

E-mail: bemmamyrna@yahoo.com.mx

Fecha de recepción en versión modificada: 28-11-2016

Fecha de aceptación: 20-03-2017

Como citar este artículo: Barquera-Núñez EM. Manejo de la actitud en el ambiente laboral de trabajadores de la salud, desde una óptica psicológica. Rev Mex Enf. 2017;5:76-80.

Introducción

Desde el punto de vista de diferentes corrientes psicológicas, se observa cómo el concepto de actitud está fuertemente asociado con los sentimientos, emociones y creencias de las personas, reflejándose en las conductas, incluyendo la expresión verbal y corporal, influyendo la historia de vida de cada individuo, la relación entre lo cognitivo y lo emocional, lo que se ha aprendido y cómo se aprendió, reacciones pasadas asociadas al presente, conjuntamente con la cultura, los usos y costumbres que se manejan en el ambiente socio-familiar[1] en los que se ha desenvuelto la persona.

La experiencia adquirida en el transcurso de 10 años, brindando asesoría, terapia, apoyo psicológico, individual y grupal, al personal perteneciente al área de enfermería (la cual contempla las siguientes categorías: enfermeras, auxiliares de enfermería, personal administrativo y personal afanador) ha permitido observar y conocer diversas actitudes manifestadas mediante de conductas, interpretadas como agrado, indiferencia, aceptación, inconformidad, disgusto, frustración, enojo y percepción de no ser tomadas en cuenta sus necesidades, entre otros sentimientos, expresadas desde verbalizaciones explícitas de su descontento y confusión ante la falta de claridad e inconstancia en ciertas indicaciones, o mediante de conductas agresivas-pasivas, que dan como resultado la disminución en calidad de sus actividades regulares al sentirse menospreciados o sobreexigidos.

Tratando de entender la actitud, consideremos el modelo tripartito o enfoque multidimensional de la actitud, que menciona tres componentes básicos: 1) lo cognitivo-perceptivo; 2) lo afectivo emocional y 3) lo conativo o predisposición a actuar[2].

En el primero, cognitivo-perceptivo se refiere a la creencia expresada, por parte de la persona que labora, lo que siente o piensa como trabajador en función del trabajo dentro de la institución. El segundo, el componente de afectividad-emocional, tiene que ver con sus sentimientos de aceptación, frustración y/o rechazo; finalmente, el conativo o predisposición a actuar es la realización de sus labores con o sin calidad, actuando o verbalizando su satisfacción o descontento ante la solicitud de tareas[2].

Desde esta perspectiva, encontramos las siguientes definiciones. El Diccionario de términos técnicos de la psicología define como actitud la "Creencia, opinión o sentimiento que predispone a obrar (diciendo, votando, actuando) de cierta manera ante acontecimientos de cualquier índole: la educación, las lecciones, la promulgación de una Ley entre otros"[3]. "Desde un punto de vista psíquico, la actitud se puede definir como la postura mental preparatoria con la que el ser humano recibe los estímulos y reacciona frente a ellos, en otras palabras, la actitud hace referencia al estado afectivo con el que una persona se enfrenta habitualmente con el medio que le rodea[4]. Por su parte, la psicología social la define como una predisposición a actuar, que es aprendida y dirigida hacia un objeto, persona o situación; todo ello está organizado estructuralmente de forma que el cambio en uno de sus componentes cambia los demás[2].

Partiendo de las definiciones anteriores, se podría señalar que la formación de las actitudes se debe básicamente a la interacción entre emociones, sentimientos, necesidades y expectativas individuales, tanto las que surgen del medio ambiente en el que se ha desarrollado la persona y se desenvuelve, como las que forman su historia personal[2].

En este sentido, las actitudes abarcan lo que se piensa, se siente y como querría el sujeto comportarse respecto de un objeto, por lo que cuando se reacciona de manera inmediata ante alguna situación, es más probable que la conducta esté de acuerdo con la actitud, ya que no se muestra ningún control sobre el impulso, sin embargo, en otras ocasiones la persona se comporta como lo indican las reglas del medio ambiente en el que se encuentra y no como desearía realmente hacerlo, lo que explica que no siempre las actitudes y la conducta son congruentes entre lo que se quiere y lo que se tiene que expresar con ellas, siendo un factor que dificulta deducir acertadamente la relación entre actitud y conducta[5].

La teoría de la información de Anderson nos dice que el juicio o toma de decisión que realiza una persona es el resultado de lo que llamo procesos multiplicativos y aditivos, desde los cuales se producen las creencias, siendo de gran importancia la información que se ha recibido en el pasado, mediante los procesos de socialización, tanto en el núcleo familiar como en los grupos sociales externos a esta, y que por medio del aprendizaje, interiorización e integración permanecen hasta el presente, construyéndose la estructura de la actitud, coherente o no con el siento, pienso, digo y hago[6].

Si hablamos de que cada ser humano tiene su propia historia de vida, en el transcurso de la misma este ha conformado, de manera individual, su modo de introyección e integración del medio ambiente en el transcurso del desarrollo, se puede entender que

vaya presentando actitudes claras y definidas ante situaciones como el elogio, el reconocimiento, el rechazo o la crítica, entre otros, que pueden o no tener un significado universal, dependiendo de la función que cumpla.

Daniel Katz menciona que las actitudes pueden tener las siguientes funciones: la función de conocimiento, cognoscitiva o de economía, en la que al afrontar una situación nueva, las actitudes mostradas anteriormente y lo aprendido de ellas, ayudan a suponer que esperar en el presente; la función instrumental adaptativa o utilitaria, que es la tendencia a construir actitudes favorables o desfavorables basadas en satisfacer las necesidades o percibirlas como castigo; la función ego-defensiva o defensiva del yo, en donde las actitudes se utilizan defensivamente cuando se siente amenazado el yo, sean reales estas amenazas o no, responsabilizando al otro del propio malestar y la función de expresión de valores o autorrealización expresiva, que es la necesidad de expresar valores mediante actitudes, implícitamente reforzando la autoimagen y, por ende, la autoestima[7].

En la gestión de enfermería estas funciones son constantes, ya que al estar en interacción con otros seres humanos, quienes están expuestos al mismo nivel de exigencia laboral, más la demanda integral de atención al paciente y la influencia del desarrollo de su vida personal, oscilan entre el control consciente de sus emociones y la salida inconsciente de las mismas a través de sus actitudes. Esto no solo incide en la calidad del servicio brindado al paciente, sino también en el proceso de formarse como líderes y empoderarse del rol que fungen en sus labores diarias como profesionales en enfermería, ya que sus actitudes pueden ser un obstáculo para lograrlo.

Las actitudes se aprenden, se adquieren, se acrecientan y puede cambiarse, la experiencia muestra cómo en un instante un sujeto puede sorprender con una actitud desacostumbrada y momentos después observar una actitud diametralmente opuesta a la observada hasta entonces[8].

Esto dependerá del conocimiento adquirido a través de sus experiencias de vida, etapa de desarrollo en las que se hayan presentado, los elementos comunes entre la situación presente con la relacionada en el pasado, las actitudes que manejó con las que maneja, valores actuales y valores introyectados en el transcurso de su vida, la frustración que experimente, tanto en el ambiente laboral como el personal. Ello realza la importancia de conocer cuáles son las actitudes y las diversas formas de ser expresadas, propias y del otro e, incluso, cómo una actitud puede tener distinto significado de una persona a otra, lo que muestra la importancia de investigar las causas que las provocan, para saber cómo manejarlas y responder a ellas, con la finalidad de fomentar las que se consideren positivas o ayudar a realizar un cambio que beneficie el desempeño, a nivel individual y grupal.

Cuando hablamos de cambios actitudinales, debemos tomar en cuenta su complejidad, ya que además de lo dicho, existen diversos factores a considerar como la etapa de la infancia, por ejemplo, en la que se van integrando a lo que será la personalidad del individuo, de manera inconsciente, influyendo en la forma como intérprete su presente[9].

Si nos basamos en lo que afirma Robert Dilts acerca de que cada faceta de una actitud está correlacionada con otras muchas facetas, observamos que esto dificulta alcanzar el cambio de manera aislada. Lo que puede facilitarlo es la disposición del individuo para llevarlo a cabo. Dicho proceso incide primeramente en sus creencias, por lo que es esto lo que llevará a cambios de actitud, así como a una conducta profunda y duradera.

Teniendo en cuenta que el nivel más profundo de una persona es el espiritual, donde acontecen los cuestionamientos dirigidos a la búsqueda del sentido de la vida y su misión mientras se está vivo, cualquier cambio llevado a cabo repercutirá fuertemente en la estructura de la personalidad, logrando cambios consistentes y duraderos.

El siguiente nivel se relaciona con la identidad, los valores y creencias que dan respuesta al porqué de la vida. Se continúa con el tercer nivel, donde se encuentran las capacidades que «son el conjunto de habilidades que determinan cómo hacemos las cosas que decimos hacer». Posteriormente estarían los comportamientos concretos y finalmente sería el entorno, que es donde el ser humano, a través de lo que realiza, se reafirma a sí mismo, conjuntamente con la forma en que influye el medio ambiente y el rol en que desempeña[7].

A esta cadena de elementos que se presentan, aparentemente incongruentes, entre la expresión de una actitud y lo que significa para el que la emite, Leon Festinger explica en su teoría de la disonancia cognitiva de las actitudes, refiriéndose al grado de libertad que la persona cree poseer para externalizar la actitud que quiere, denominada volición, y lo que llama el compromiso, en donde expresa la actitud que debe manejar, creándose una disonancia entre la actitud que desearía externar y la que tiene que expresar[1].

Cuando esta disonancia se presenta inconscientemente es, en mucho, la causante de problemas en el proceso de comunicación, a nivel laboral, conflictos intergrupales, liderazgo y empoderamiento, y afecta a la calidad de la atención al paciente, ya que suele ser una conducta impulsiva, cuyo significado no es acorde con lo esperado por los otros en el momento presente, sean compañeros, autoridades o pacientes, lo cual provoca reacciones adversas. Situaciones que pueden evitarse, trabajando como primera instancia en la detección de los sentimientos, así como de emociones propias que mueve la otra persona o la situación que se está vivenciando, lo que ayudará a evitar la reacción impulsiva, otorgando espacio para analizar y concretizar, cual fue el motivo de esas emociones, facilitando así mostrar actitudes acordes con la situación, apegadas a las establecidas en las reglas institucionales de relaciones humanas y por ende de la comunicación asertiva.

Un elemento importante en la detección y valoración de los diferentes tipos de actitudes en una organización es la supervisión por parte de los líderes que tienen personal a su cargo, consistiendo esta supervisión no solo en vigilar o dirigir que las actividades funcionen adecuadamente en función a la institución sino, como parte de un diagnóstico, estableciendo las actitudes que pueden no ser favorables para la organización, para llevar a cabo un abordaje que propicie un ambiente con un alto nivel de rapport[9].

Para lo cual, como primer paso es importante percibir claramente las emociones, sentimientos que se tienen y ante cuál actitud en particular, de las que muestra el otro, para posteriormente analizar el por qué y para qué se reacciona de esa manera, lo que se espera lleve a la concienciación en el momento de registrar esas emociones ante el otro y se reaccione de una mejor manera para ambas partes.

En este sentido, la actitud del otro puede estar motivada por algo diferente a lo que se piensa, no hay que dejarse llevar por suposiciones y sí intentar aclarar qué hay detrás de esta, y sí realmente está queriendo decir y no solo lo que se cree que expresa, así como el hecho de entender que estas actitudes estarán ligadas a la propia historia de vida y, por lo tanto, hay que detectar los valores ligados a ellas. Al hacerlo se revisarán estos valores, qué tan útiles son aún y qué tan diferentes son del otro, qué puede estar actuando teniendo como origen diferentes valores o creencias; esto servirá para negociar e independientemente que no se esté de acuerdo, se puede aceptar la diferencia y solo negociar el cómo expresarlo y para que hacerlo, trabajando personalmente y ayudando al otro a hacerlo, apoyando al otro a cambiarlas, para que pueda lograr cambios en la forma de manejar las actitudes ligadas a valores.

Al escucharse a sí mismo, se podrá escuchar al otro, darse cuenta de la necesidad de realizar cambios en lo que expresamos. Al aprender esto podremos percibir el momento de emitir la actitud, detenerse y cambiarla por una más acertada. El entender lo que sucede con uno mismo permite observar y reaccionar de manera más objetiva ante las actitudes de los otros, siendo más empáticos y propiciando las bases para entablar una comunicación más asertiva.

El apoyo de un profesional de la psicología dentro de una organización en enfermería permitirá llevar a cabo técnicas de couching primeramente con los jefes de áreas de enfermería, vinculando con sus propios modelos de supervisión con una asesoría psicológica individualizada y grupal, con la finalidad de detectar, entender y cambiar las situaciones originadas por las actitudes del grupo en general, que impactan en la gestión de los cuidados propios de la enfermería.

Con la asesoría psicológica individual, se facilita particularmente el logro de objetivos personales y laborales, abarcando las necesidades al definir problemas, identificar metas, objetivos y la manera en que se pueden poner en marcha para conseguirlos[10] desplegando las potencialidades del individuo, para que elija más claramente sus recursos para la solución de sus conflictos activándose y responsabilizándose de los mismos, de manera objetiva, ya que en ocasiones esta falta de objetividad se pierde al estar inmerso en la problemática, dejando de ser líderes asertivos.

La asesoría psicológica ayuda al líder a reubicarse en su rol, facilitándo entre otras actividades el mejor manejo de sus emociones relacionadas con sus actitudes y entender las de los otros, realizando cambios en las mismas dirigidos a que sean más efectivas en el desarrollo y metas de su trabajo.

Facilitándose el escucharse a sí mismos y ser escuchados, empoderándose del rol como líderes asertivos, logrando mantener un ambiente de trabajo agradable y fluido en el que se negocie, llegando a establecer acuerdos por parte de ambas partes para promover y mejorar los niveles de calidad en la atención al paciente, logrando mayor aprovechamiento en el proceso de la supervisión de los servicios.

El psicólogo apoya al personal a prevenir o dar solución a los conflictos personales y laborales, a

planear estrategias operativas de cambio y a ejercer el estilo más adecuado de liderazgo asertivo y efectivo, basados en las características del grupo a liderar y las de la persona que funge como líder, utilizando un abordaje basado en diferentes teorías y técnicas psicológicas que cubran las necesidades presentadas en la situación, en la búsqueda de toma de decisiones, aclarando problemas intrapersonales e interpersonales que afecten sus funciones laborales,

No se debe olvidar que como líderes, una de las funciones más satisfactorias es guiar a los otros, no solo por ser el dirigente, sino porque los mensajes que se envían a través de las actitudes, son coherentes con las metas grupales, lo que provocará que los otros lo perciban y trabajen hacia el logro de las metas por convencimiento y no por imposición.

Conclusiones

Cuando se habla de actitud, se hace referencia a una serie de características cognoscitivas, emocionales y conductuales que están entrelazadas, formando parte del ser humano y de un aspecto tan importante como es la comunicación, de ahí la importancia de estar conscientes de las actitudes propias, que se tienen ante determinadas circunstancias, situaciones y personas, y las que presentan quienes se encuentran alrededor, con la finalidad de entenderse a sí mismos y, por ende, a los otros.

Siendo más conscientes de los canales de comunicación se puede lograr un manejo más asertivo de estos, donde las actitudes sean más coherentes con lo que se desea proyectar al otro y la meta a alcanzar como grupo de trabajo, asumiendo la responsabilidad de las mismas, obteniendo un medio ambiente laboral más armónico, en el que el liderazgo se ejerza de manera más efectiva, logrando que el personal se empodere de sí mismo y del rol que maneje en su ámbito profesional, repercutiendo todo ello en la calidad de atención del paciente.

Ser conscientes de las emociones causantes de las actitudes frente al personal dará como resultado no solo un liderazgo con mayor efectividad, también sentimientos de satisfacción a nivel personal y profesional, al aumentar la calidad del servicio, así como de las relaciones que se establecen entre el personal y la existente entre el personal y las autoridades, lo que mejorará la organización en los servicios de salud, al alcanzar un manejo asertivo y satisfactorio de las actitudes propias y la capacidad de percibir las emociones que son la causa de las actitudes de los otros, evitando que interfieran en la relación interpersonal tanto en el área laboral como en lo referente al momento de atender al paciente y la calidad con que se lleva a cabo.

También se recomienda realizar un análisis de las creencias que son el ancla de las actitudes presentes, con la finalidad de observar que tan reales y funcionales son, determinando la conveniencia de hacer cambios en estas que faciliten las relaciones humanas en nuestro entorno y por ende el cambio de actitud.

Practicar la comunicación asertiva, en especial el elemento de escucha, ayudará a mejorar los mensajes enviados de manera constructiva y hacia el entendimiento del otro. Entender el significado de las actitudes facilitará la asimilación y aceptación de los cambios externos e internos con la finalidad de alcanzar un equilibrio interior y de este con el exterior, y conducirá al mejor entendimiento del personal, de la relación que entablen con el paciente y el cómo esto influye en su mejoría al ser tratado con una actitud empática, por tanto, más humana.

Ejercer un liderazgo adecuado al grupo que se lidera da como resultado un ambiente grupal armónico y motivante al realizar las actividades encomendadas, mostrando actitudes que revelan convencimiento, compromiso y convicción en su realización, convirtiendo al grupo en un equipo que trabaja para lograr las metas encomendadas, alcanzando el empoderamiento en su área.

Bibiografía

1. Hoog MA, Hoog Graham M, Vaughan M, Haro Morando M. Psicología Social. 5ª ed. España: Médica Panamericana. 2001.
2. Sánchez Moreno A, Ramos García E, Marset Campos P. La Actitud Participativa En Salud: Entre la teoría y la práctica. Editorial Universidad de Murcia. Colección Medicina nº 4, Murcia, 1994.
3. Cosacov E. Diccionario de Términos Técnicos de la Psicología. 3ª ed. Editorial Brujas. Córdoba, 2007.
4. Escudero Bello J. Actitudes y Prejuicios. Psicología Social. [Internet] Disponible en: http://psicologiasocial2uta.blogspot.mx/2009/08/actitudes-y-prejuicios.html.
5. Carabús O, Freiría J, González Oliver A, Adalgisa Scaglia M. Creatividad, actitudes y educación. Editor: Augusto Pérez Lindo. Editorial Biblos. Buenos Aires, República Argentina, 2004. Capítulo IV Psicología de la creatividad.
6. Pallí Monguilod C, Martínez Martínez LM. Introducción a la Psicología social. 18ª ed. Universitat Oberta de Catalunya. Barcelona, 2004.
7. Villoro L. Creer, saber, conocer. 18ª ed. Editorial Siglo XXI. México, 2008.
8. Salcedo Fernández A. Anatomía de la persuasión. De los clásicos a la programación lingüística. 2ª. ed. ESIC Editorial. Madrid, 2008.
9. Buskist W, Saville BK. Construyendo rapport: Creando contextos emocionales positivos para promover la enseñanza y el aprendizaje. Universidad de Auburn. [Internet] Consultado el: 16 de junio 2015. Disponible en: http://www.psychologicalscience.org/teaching/tips/tips_0301.cfm
10. Graziano P. Blog. Psicología-estratégica.com. [Internet] Consultado en: enero 2015. Disponible en: http://psicologia-estrategica.com/.

www.incmnsz.mx

REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

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

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. Asi 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.

La Revista publica los siguientes tipos de manuscritos

1) **Editoriales**. Las cuales sólo se considerarán por invitación.

2) **Artículos originales**. Son documentos destinados a informar sobre los resultados de investigaciones originales en el área de ciencias de la salud. Los cuales deberán contener los siguientes apartados y en este orden:

- Título, nombre completo de autores, adscripción de autores sin grados académicos, datos del autor correspondiente con dirección teléfono y correo electrónico.
- Resumen en español y su traducción en inglés (considerando introducción, objetivo, metodología, resultados y conclusiones) así como máximo cinco palabras clave. Se deberá incluir un resumen (máximo 200 palabras), en formato libre en español e inglés (el formato inglés deberá ser con letra arial cursiva número 12).
- Introducción
- Material y métodos
- Resultados
- Discusión
- Tablas y Figuras. Las ilustraciones deberán ser las estrictamente necesarias, no siendo más de seis.
- Referencias bibliográficas (estilo Vancouver) la bibliografía deberá ser suficiente, adecuada y en la forma a continuación descrita, Se recomienda que el número de referencias no sea menor de 25 citas.
- Las secciones y subtítulos serán de acuerdo con el criterio del autor.
- La extensión máxima del Artículo de Revisión será de 12 cuartillas (incluidas las ilustraciones y 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.wame.org/ urmspan.htm.

3) **Artículos de revisión (sistematizado, narrativa).** Teniendo por objetivo la presentación de artículos de revisión sobre temas relevantes a la Enfermeria asistencial, docente, administrativa y de investigación.

4) **Artículos de buenas prácticas en la atención en salud.** Estos reportes científicos 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 asi como en educativos que contribuyan de manera clara y significativa el desarrollo de la enfermería.

5) **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.

- Título, nombre completo de autores, escuela de procedencia y grado de curso, datos del autor correspondiente con dirección teléfono y correo electrónico, máximo tres autores.
- Extensión máxima de 8 cuartillas incluidas las ilustraciones y las referencias bibliográficas.
- Tablas y/o Figuras así como dibujos didácticos. Cada trabajo podrá contar con máximo tres imágenes.
- Referencias bibliográficas (estilo Vancouver) con mínimo 15 y máximo 30 referencias y al menos el 50% de estas que sean de los últimos 10 años, de lo contrario se valorará la revisión del manuscrito.
- Las secciones y subtítulos serán de acuerdo con el criterio del autor.
- Deberá ser enviado con una copia del nombramiento que acredite a los autores como estudiantes de pregrado o posgrado de algún programa nivel universitario.

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

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

CONSIDERACIONES GENERALES

- 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. Las opiniones expresadas por los autores son exclusivamente de éstos. Publicaciones Permanyer y la Revista Mexicana de Enfermería, en consecuencia, declinan cualquier responsabilidad sobre las mismas.
- De ser aceptados el manuscrito el autor responsable debe considerar 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: Vasco de Quiroga No. 15, Tlalpan 14100, Ciudad de México, Tel. 54-87-09-00 Ext. 2210 o a la plataforma electrónica: **http://publisher.revistadeenfermeria.permanyer.com**
- 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 el sitio www.journalexperts.com por otro lado los manuscritos en español deberán contener el resumen en inglés y en letra cursiva.

POLÍTICA DE REVISIÓN POR PARES

Propiciando un proceso de revisión y evaluación de los manuscritos de calidad se realiza con apego a la ética y confidencialidad del anonimato, los cuales son arbitrados por revisores pares expertos quienes evalúan y recomiendan el estatus del manuscrito de forma independiente y doble ciega.

Cada revisor tiene 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.

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

PRESENTACIÓN DEL MANUSCRITO

Los trabajos serán enviados a la plataforma electrónica de la revista asi como se deberá firmar el formato que establece que el manuscrito no ha sido publicado con anterioridad, ni se ha enviado simultáneamente a otra revista, que no existe conflicto de intereses y en caso de ser aceptada ceden los derechos de autor a la **Revista Mexicana de Enfermería.**

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.

Los trabajos deberán ser subidos en su versión electrónica en la siguiente dirección **http://publisher.revistadeenfermeria.permanyer.com**

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 y en tiempo oportuno se le comunicará el dictamen del Comité Editorial. Todo material aceptado para publicación en la **Revista Mexicana de Enfermería** será propiedad de la revista por lo que la reproducción total o parcial deberá ser autorizada por la **Revista Mexicana de Enfermería del INCMNSZ**.

www.incmnsz.mx

REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

Sí, deseo suscribirme **gratuitamente** a la **Revista Mexicana de Enfermería del INCMNSZ***

Nombre: _____

Dirección donde deseo recibir la revista: _____

E-mail: _____ Teléfono: _____

Centro de Trabajo: _____

Especialidad: _____

*Edición cuatrimestral

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

Firmado:

El interesado

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

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZÚBIRAN
SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
MARÍA DOLORES RODRÍGUEZ RAMÍREZ
UNIDAD DE RADIO ONCOLOGÍA
CLÍNICA DE LEUCEMIAS AGUDAS

TRASCENDENCIA DE LA ENFERMERÍA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS PROCEDIMIENTOS HEMATOLOGICOS INVASIVOS

AUTORES: ROSAS LÓPEZ ADRIANA; JUAREZ RIVERO ALHELI; ARIAS BARRERA LAURA

INTRODUCCIÓN

LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA CONSTITUYEN UN HECHO HISTÓRICO, DESDE EL PRINCIPIO DE LA VIDA, CUANDO SE DESARROLLÁ UNA ENFERMEDAD COMO CONSECUENCIA SURGE EL CUIDADO.

EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE ESTE INSTITUTO COMO MIEMBRO ACTIVO Y FUNDAMENTAL DEL EQUIPO DE SALUD, BUSCA IMPLEMENTAR UNA GESTIÓN DEL CUIDADO QUE GARANTICE EL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD MEDIANTE ACCIONES HUMANÍSTICAS, CIENTÍFICAS Y TECNOLÓGICAS, SIN DEJAR DE LADO LOS VALORES DE LA INSTITUCIÓN (CALIDAD, COMPROMISO SOCIAL, EXCELENCIA, HONESTIDAD, HUMANISMO, LEALTAD, LIBERTAD RESPONSABILIDAD, SEGURIDAD Y TOLERANCIA) (1).

ES POR ELLO QUE LA PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE PROCEDIMIENTOS HEMATOLÓGICOS INVASIVOS, SURGE A PARTIR DE LA ASISTENCIA AL MÉDICO, SIN EMBARGO A LO LARGO DEL ESTE TRANSITAR LAS FUNCIONES DE ENFERMERÍA SE HAN IDO POSICIONANDO Y ESTANDARIZADO POR LO QUE HOY PODEMOS CUMPLIR CON UN ALTO PORCENTAJE LOS ESTÁNDARES DE SEGURIDAD REQUERIDOS PARA UN CUIDADO PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE CALIDAD Y SEGURIDAD.

ES ASÍ COMO LA ENFERMERÍA DE ESTE SERVICIO SE EMPODERA DEL CUIDADO EN EL PROCESO DEL PACIENTE EN PROCEDIMIENTO HEMATOLÓGICO INVASIVO A TRAVÉS DEL CONOCIMIENTO, LA INVESTIGACIÓN Y LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ASÍ COMO DE INDICADORES QUE VALIDEN LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN.

OBJETIVO

COMPARTIR LA EXPERIENCIA DE ENFERMERÍA EN LOS PROCEDIMIENTOS HEMATOLÓGICOS A LO LARGO DE LA HISTORIA INSTITUCIONAL QUE HA PERMITIDO POSICIONARNOS DENTRO DE LOS SERVICIOS QUE BRINDA UNA GESTIÓN DEL CUIDADO QUE CUBRE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD Y SEGURIDAD PARA LOS PACIENTES.

Un Recorrido por la Historia en los Procedimientos Hematológicos Invasivos en el INCMNSZ

Desde 1947 se realizan Aspirados de Médula Ósea, solo con la participación de personal médico en un consultorio del edificio de la pre consulta, se contaba con una mesa de exploración, un escritorio, una silla,

Los aspirados de médula ósea se obtenían principalmente de punción esternal. De 1947 a 1949 se realizaron 268 Exámenes de Médula Ósea [2].

A partir de 1975 se comenzaron a realizar las punciones lumbares diagnósticas y con administración de quimioterapia intratecal.

En 1984 el personal auxiliar de enfermería, **de manera voluntaria** participaron apoyando al personal médico durante los procedimientos.

En 1985 se integra oficialmente personal de enfermería al área de procedimientos hematológicos, las actividades que principalmente realizaban fueron: recepción del paciente, preparación del material, asistencia al médico durante el procedimiento. Durante el periodo de 1985 a 2009 el personal auxiliar de enfermería estuvo a cargo de estas actividades.

En el 2009 después de 25 años de participación de auxiliares de enfermería se asigno a un profesional de enfermería por lo que a partir de esa época se fueron implementando los cuidados propios de enfermería en estos procedimientos así como se contaba con un departamento propio de Hematología

Como parte de la gestión del cuidado se implementaron acciones para agilizar, mejorar y acercarse hacia una atención de Calidad y Seguridad para los pacientes.

1. Valoración de enfermería.
2. Toma de signos vitales.
3. Administración de medicamentos IV, VO y SC.
4. Registro del procedimiento y observaciones de enfermería.
5. Vigilancia del paciente posterior al procedimiento.
6. Manejo adecuado de quimioterapia (intratecal).
7. Adquisición de ropa (sabanas y camisones para el paciente).
8. Resguardo de material.
8. Intercomunicación con el equipo de salud:

- **Departamento de Trabajo Social** para que el paciente sin solvencia económica reciba aportaciones de fármacos sin costo.
- **Departamento de Genética**: autorizan se procese las pruebas especiales de pacientes sin registro en el INCMNSZ.
- **Personal Administrativo**.

En octubre del 2013 el área de Procedimientos se traslada hacia la Unidad de Radio – Oncología con infraestructura e instalaciones adecuadas para la atención del paciente Hemato-oncológico.

Se incursiono en la investigación a través de publicaciones sobre intervenciones de enfermería en la punción lumbar así como el desarrollo de proyectos de mejora para el cumplimiento de los Estándares de Calidad y el apego a las Metas internacionales para la Seguridad del Paciente.

Se crearon instrumentos para los procedimientos hematológicos seguros.

Se ha implementado:

El uso de barrera máxima durante los procedimientos.

1. Control de la limpieza exhaustiva del área física.
2. Vigilancia del apego a la higiene de manos.
3. Mejoras en el contenido del equipo de médula ósea que es preparado en la Central de Equipos.
4. Hoja de verificación para un procedimiento seguro.

CONCLUSIÓN

EL PAPEL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ES IMPRESCINDIBLE PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, YA QUE HA SIDO EL CONTACTO DIRECTO CON EL PACIENTE ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE UN PROCEDIMIENTO. EL DETECTAR OPORTUNAMENTE LAS NECESIDADES DEL PACIENTE, HA PERMITIDO CREAR MEJORAS DE SOLUCIÓN PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD, DE ESTA MANERA SE HA IMPLEMENTADO LA HERRAMIENTA DE CALIDAD "LISTA DE VERIFICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS HEMATOLÓGICOS INVASIVOS", CON LA FINALIDAD DE MINIMIZAR LOS RIESGOS DE PRESENTAR UN EVENTO ADVERSO, AL CONFIRMAR UN PROCEDIMIENTO SEGURO.

Referencias Bibliográficas: 1.-Subdirección de Enfermería INCMNSZ. Misión y Visión del Depto. De Enfermería. 2013 [citado 2016 agosto 29]. Disponible en: www.innsz.mx

2.- Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Memorias del 60 aniversario de la fundación del hospital de enfermedades de la nutrición, primera edición 2006, México D.F., pp. 335.

3.- La información que fue proporcionada son las vivencias del equipo multidisciplinario: Enf. Gen. Martha Reyes, Enf. Gen. Laura Arias, L.E. Adriana Rosas, Lic. TS Elizabeth Guadarrama, Dr. Xavier López Karpovich, Dr. Álvaro Aguayo, Dr. Roberto de la Peña.