

REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA



PERMANYER MÉXICO
www.permanyer.com

AÑO 8
NÚMERO 3
Diciembre de 2020
ISSN: 2339-7284

EN ESTE NÚMERO:

P.85

Aumento en las publicaciones de enfermería relacionadas a COVID-19, ¿veracidad y calidad científica?

P.87

Valoración de enfermería en el paciente que vive con diabetes tipo II y su riesgo de desarrollar neuropatía diabética

P.93

Conocimientos de cáncer de mama y autoexploración mamaria en mujeres de la costa Oaxaqueña, una necesidad de alfabetización en salud

P.99

Condición sociodemográfica de adultos mayores hospitalizados y su relación con la satisfacción por el cuidado de enfermería

P.106

Estudio de caso aplicado a persona postoperada de mastectomía radical derecha

P.113

Movilidad para la investigación e internacionalización estudiantil, experiencias del programa Delfín



Red Mexicana
de Editores de Revistas
Científicas de Enfermería



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

Comité editorial

Editora en jefe

Lizeth Guadalupe López López

Editores asociados

David Kershenobich Stalnikowitz
Director General del INCMNSZ

Alberto Lifshitz Guinzberg
Secretario de enseñanza clínica e internado médico UNAM

Sergio Ponce de León Rosales
Director de enseñanza del INCMNSZ

Alvar Loria Acereto
Investigador de la Unidad de Epidemiología Clínica del INCMNSZ

Alicia J. Frenk Mora
Subdirectora de Servicios Paramédicos del INCMNSZ

Marina Martínez Beceril
Subdirectora de Enfermería del INCMNSZ

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

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

María Paula Nájera Ortiz
Jefa del Departamento de Enfermería del INCMNSZ

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

Comité de árbitros

Diana Cecilia Tapia Pancardo
Eduardo González Flores
Emma Myrna Barquera Núñez
Francisco Jair S. González Robles
Guadalupe Citlaha Hernández
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
Patricia Domínguez Sánchez
Rafael Antonio Estévez Ramos

Roberto Reyes Guerrero
Rosa María Ostiguin Meléndez
Sandra Antonieta Palacios García
Sergio Lemus Alcántara
Silvino Arroyo Lucas
Angélica María Armendáriz Ortega
Bertha Medel Pérez
Graciela Hernández
Yesica Claudia Juárez Serrano
Martha Kaufer Horwitz
Ulises Rieke Campoy
Sandra Hernández Corral
Noé Sánchez Cisneros
Víctor Hugo Toral Rizo
Saúl May Uitz

Jesús Soto Torres
Margarita Cárdenas Jiménez
Zahira Esperanza Ángel Ángel
Verónica Bautista Eugenio
Tirso Durán Badillo
Rosa María Estrada Oros
Julio Alfredo García Puga
Mónica Guadalupe Martínez Lizcano
Luisa Quezada García
Ma. Guadalupe Quezada Valadez
Hermes Eduardo Ramos Arispe
Alma Rosa Chávez Ríos
Enrique Sánchez Valdivieso
Sergio Torres Vázquez
Pedro García García
Antonio Vicente Yam Sosa



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

Comité Internacional de árbitros

Júlia Esteve Reig

*Asesora del censo de Administración de Bonoom Healthcare
Barcelona, España*

Isabel Pérez Pérez

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

Rosa Rifà Ros

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

Eva Roman Abal

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

Doriam Camacho Rodríguez

*Universidad Cooperativa de Colombia Seccional Santa Marta
Santa Marta, Colombia*

Sandra Guerrero Gamboa

*Investigadora de la Universidad Nacional de Colombia
Bogotá, Colombia*

Eva Brunet Campaña

*Quironsalud
Sitges, España*

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

Esta obra se presenta como un servicio del área de la Salud. El contenido de la misma refleja las opiniones, criterios y/o hallazgos propios y conclusiones de los autores, quienes son responsables de las afirmaciones. El editor y la editorial no son responsables de los contenidos publicados en la revista. 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

Permanyer

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

Permanyer México

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



www.permanyer.com



Impreso en papel totalmente libre de cloro

Edición impresa en México



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

ISSN: 2339-7284

Ref.: 5740AX193

La *Revista Mexicana de Enfermería* es *open access* con licencia *Creative Commons*.

© 2020 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubi-rán. Publicado por Permanyer. Esta es una publicación *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

Índice

EDITORIAL

Aumento en las publicaciones de enfermería relacionadas a COVID-19, ¿veracidad y calidad científica?

Erick Landeros-Olvera, Rosa Ma. Galicia-Aguilar y Erika Lozada-Perezmitre 85

ARTÍCULOS ORIGINALES

Valoración de enfermería en el paciente que vive con diabetes tipo II y su riesgo de desarrollar neuropatía diabética

Sandra T. Gutiérrez-Casillas, José C. Rivas-Herrera, R. Arturo Salcedo-Álvarez, Luis Sánchez-Hurtado y Cecilia Reyes-Juárez 87

Conocimientos de cáncer de mama y autoexploración mamaria en mujeres de la costa Oaxaqueña, una necesidad de alfabetización en salud

Jonathan L. Robles-Triste, Sindy S. Romero-Bautista, Arelly Martínez, Janet del C. Bonifacio-Granados y Beatriz Cortés-Barragán 93

BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A LA SALUD

Condición sociodemográfica de adultos mayores hospitalizados y su relación con la satisfacción por el cuidado de enfermería

Silvia Y. Esparza-de Anda, Juan M. Medina-Román, Alan Mauricio-Pizaña, Darío Esparza-Villalpando y Violeta Compeán-Padilla 99

Estudio de caso aplicado a persona postoperada de mastectomía radical derecha

Rocío A. Ruiz-Salazar, Rocío N. Ortiz-García y José A. López-Vásquez 106

RINCÓN DEL ESTUDIANTE

Movilidad para la investigación e internacionalización estudiantil, experiencias del programa Delfín

Andrea J. Carbajal-Flores y Ana C. Becerra-Pabón 113

INSTRUCCIONES PARA AUTORES 118



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

Index

EDITORIAL

The increase in nursing publications related to COVID-19, scientific veracity and Quality?

Erick Landeros-Olvera, Rosa Ma. Galicia-Aguilar and Erika Lozada-Perezmitre 85

ORIGINAL ARTICLES

Nursing assessment in the patient living with type II diabetes and their risk of developing diabetic neuropathy

Sandra T. Gutiérrez-Casillas, José C. Rivas-Herrera, R. Arturo Salcedo-Álvarez, Luis Sánchez-Hurtado and Cecilia Reyes-Juárez 87

Knowledge of breast cancer and mammary self-exploration in women from the Costa of Oaxaca, a need for health literacy

Jonathan L. Robles-Triste, Sindy S. Romero-Bautista, Arely Martínez, Janet del C. Bonifacio-Granados and Beatriz Cortés-Barragán 93

GOOD PRACTICES OF HEALTH CARE

Sociodemographic condition of hospitalized older adults and the relation with the satisfaction of nursing care

Silvia Yaneli Esparza-de Anda, Juan Manuel Medina-Román, Alan Mauricio-Pizaña, Darío Esparza-Villalpando and Violeta Compeán-Padilla 99

Applied study case to postoperated person with right radical mastectomy

R.A. Ruiz-Salazar, R.N. Ortiz-García and J.A. López-Vásquez 106

STUDENT CORNER

Mobility for research and student internationalization, experiences of the Delfín program

Andrea J. Carbajal-Flores and Ana C. Becerra-Pabón 113

INSTRUCTIONS TO AUTHORS 118



Aumento en las publicaciones de enfermería relacionadas a COVID-19, ¿veracidad y calidad científica?

The increase in nursing publications related to COVID-19, scientific veracity and Quality?

Erick Landeros-Olvera*, Rosa Ma. Galicia-Aguilar y Erika Lozada-Perezmitre

Facultad de Enfermería, Grupo de Investigación de Intervenciones para el Cuidado de la Salud, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Puebla, Pue., México

Introducción

Ante la contingencia sanitaria, las ciencias de la salud han tenido que afrontar dos epidemias: la causada por el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2) y la infodemia. Por una parte, la pandemia por enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) ha traído consigo un incremento en la demanda de cuidados, lo que ha obligado a las enfermeras a consultar publicaciones que les ayuden a otorgar atención oportuna y eficaz. En los primeros seis meses del 2020 la comunidad académica científica ha realizado aportaciones en la difusión de preimpresiones (documentos que se publican en revistas científicas, pero sin el proceso de evaluación por pares y por tanto no se trata de manuscritos científicos). Por otra parte, la información se difunde con mayor velocidad a través de las redes sociales, medios que no son arbitrados y frecuentemente «infectan» con notas falsas y carentes de fundamentación científica. Sin embargo, algunos expertos mencionan que la información que se genera puede ser útil en algún contexto y debe darse a conocer, no descartarla *a priori*. El propósito de este ensayo es reflexionar sobre la veracidad y calidad científica de las publicaciones que se han generado hasta el momento alrededor de la temática de cuidados de enfermería y COVID-19.

Producción científica y académica

Si la mayoría de los profesionales de enfermería realizan su búsqueda por medio de Internet, entonces buscarían en el Google académico (GA). Si aceptamos este silogis-

mo, al realizar una búsqueda hasta el 29 de agosto 2020 con las palabras clave «COVID-19 AND Enfermería AND Cuidados» se han arrojado 1,550 resultados y con las mismas palabras en inglés, 23,500. ¿Qué tendría de extraordinario esta cantidad de información?, sucede que si se busca con estas palabras clave hasta antes de diciembre del 2019, el resultado es de cero documentos. Considerando la efectividad del GA, de acuerdo con Martín-Martina, et al. (2020), este incluye más del 90% de todos los artículos de Web of Science, Scopus, Microsoft Academic y OpenCitations Index; además incluye tesis, libros y memorias de conferencias, que en conjunto se calcula representan del 48 al 65% del total de sus citas. Esto muestra dos tipos de productos: los manuscritos científicos y los académicos. Pero esta información, ¿qué calidad y validez tiene? Si pensamos que han sido publicados en revistas científicas en bases de datos reconocidas, la respuesta es obvia, pero el racionalismo lógico nos obliga a dudar antes de darlo por hecho.

Manuscritos científicos

Este tipo de documentos se conocen como «originales» y se realizan con rigurosidad metodológica alrededor de un fenómeno de estudio. Para ejecutarlos se necesita financiamiento, recursos materiales y humanos; además el protocolo requiere un registro ante un comité científico y una evaluación ante un comité de ética, en otras palabras, se requiere tiempo. En realidad, las líneas de investigación alrededor de enfermería y COVID-19 eran inexistentes, luego entonces los trabajos tuvieron que adaptarse con

Correspondencia:

*Erick Landeros-Olvera

E-mail: dr.erick.landeros@gmail.com

Fecha de recepción: 03-09-2020

Fecha de aceptación: 09-09-2020

Cómo citar este artículo: Landeros-Olvera E, Galicia-Aguilar RM, Lozada-Perezmitre E. Aumento en las publicaciones de enfermería relacionadas a COVID-19, ¿veracidad y calidad científica? Rev Mex Enf. 2020;8:85-6.

2339-7284 / © 2020 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Publicado por Permanyer. Éste es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

las herramientas con las cuales los grupos de investigación contaban para contribuir sobre la temática desde su área de investigación para generar conocimiento, a pesar de no contar con experiencia previa.

Se ha observado que gran parte de los manuscritos científicos han sido publicados como preimpresiones. Si consideramos el tiempo tan corto para lograr la revisión por pares y número de revisores expertos disponibles (que por lo regular son escasos), nos hace pensar que el proceso no ha sido suficientemente riguroso y que se requiere más tiempo para dar resultados confiables. La Fundación Index indica que el proceso de publicación no es un proceso simple y puede llevar hasta año y medio, tiempo en que esas preimpresiones tienen el riesgo de ser finalmente rechazadas y no publicadas como artículos científicos originales.

Documentos académicos

No solo las «preimpresiones» son las únicas que han salido publicadas de manera expresa. Diversos productos académicos son los que buscan «colaborar» con la mejor información disponible sobre los cuidados de enfermería y COVID-19, principalmente aquellos que involucran experiencia en el cuidado hospitalario y cuidados intensivos, recomendaciones para evitar contaminación, así como protocolos para la reanimación cardiopulmonar, cuidados de heridas, enfermería quirúrgica y equipo de protección personal. No obstante, se ha observado que alrededor del mundo los protocolos no están unificados y constantemente son modificados, dado que los contextos y recursos son diferentes en cada país, además de que el conocimiento alrededor de la COVID-19 aumenta y se obliga el cambio. Pero mientras no existan documentos arbitrados o investigaciones longitudinales con rigurosidad metodológica, lo que se publica en los medios oficiales y bases de datos científicas para cuidar y cuidarse es valiosa.

Redes sociales e infodemia

Las redes sociales (RS) están jugando un papel fundamental en la difusión de información respecto a la COVID-19. Han representado el medio más utilizado por la sociedad y tal vez por los profesionales de enfermería. Esto obedece a las bondades de la accesibilidad en grupos sociales como Facebook, YouTube y WhatsApp; sin embargo, las RS no son medios científicos arbitrados. Las RS son un medio que debe usarse con reserva: pueden comunicar información valiosa proveniente de bases de datos reconocidas, pero también existen muchas opiniones

y experiencias de cuidado a pacientes infectados que, si bien pueden ayudar, también pueden provocar daño al no tomar una decisión correcta sobre el uso de esa información. Es así que nace la infodemia, un término compuesto por «información y epidemia», su vehículo de transmisión son las noticias poco objetivas o falsas que pueden poner en peligro la salud de las personas. Es aquí donde la enfermería juega un papel fundamental para combatir las noticias falsas que pueden causar pánico, con la objetividad de verificar la fuente e informar con base en la evidencia científica.

Infodemia vs. enfermería basada en evidencia

La infodemia se combate verificando la fuente y con la enfermería basada en evidencia (EBE). Por un lado, al verificar lo que se publica en los canales oficiales, te da la certeza de que la información ha sido cuidadosamente seleccionada, situación que se puede verificar en los portales web del sector salud, y específicamente en los de enfermería, donde se ha informado de forma precisa durante la epidemia. Por otro lado, la EBE representa una sistemática en la transmisión del conocimiento para su traducción, para cambiar las formas del cuidado de enfermería y lograr la calidad del servicio con argumento científico. La EBE ayuda a tomar decisiones sobre las publicaciones de la más alta calidad, se logra consumiendo resultados de investigación que inciten un cambio de paradigma en los cuidados de enfermería.

Consideraciones finales

Pero entonces ¿qué debe de hacer el profesional de enfermería?, ¿no debe consumir la información?, ¿no es seguro ponerla en práctica?, ¿lo que se comunica en redes sociales no debe considerarse? Lo cierto es que todo conocimiento es útil hasta que no se demuestre lo contrario; sin embargo, como profesionales clínicos o científicos de enfermería debemos ser reflexivos en lo que seleccionamos para traducirlo al contexto de nuestros centros de trabajo y en la sociedad. En este momento, en diversas instituciones ya se han registrado varios proyectos de investigación y están siendo financiados por el Grupo de Investigación e Intervenciones para el Cuidado de la Salud. Debemos ser pacientes, serán próximamente publicados y no será de forma expresa. Es tiempo de darle tiempo a la EBE y tomar decisiones en la práctica de cuidado para dar el servicio que se merece la sociedad, que hoy nos necesita más que nunca.



Valoración de enfermería en el paciente que vive con diabetes tipo II y su riesgo de desarrollar neuropatía diabética

Nursing assessment in the patient living with type II diabetes and their risk of developing diabetic neuropathy

Sandra T. Gutiérrez-Casillas¹, José C. Rivas-Herrera^{2,3*}, R. Arturo Salcedo-Álvarez⁴, Luis Sánchez-Hurtado^{5,6} y Cecilia Reyes-Juárez^{2,7}

¹Departamento de Medicina Preventiva, UMF N.º 14, IMSS, Secretaría de Salud; ²Carrera de Enfermería, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México; ³Jefatura de Enfermería, Instituto Nacional de Cancerología, Secretaría de Salud; ⁴División de Estudios Profesionales, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México; ⁵Departamento de Medicina Crítica, Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret", CMN "La Raza", IMSS.; ⁶Departamento de Medicina Crítica, Instituto Nacional de Cancerología, Secretaría de Salud; ⁷Departamento de Enfermería, Hospital Infantil de México "Dr. Federico Gómez", Secretaría de Salud. Ciudad de México. México

Resumen

Introducción: La neuropatía diabética afecta aproximadamente a 50% de los pacientes con diabetes. Sin embargo, se puede prevenir mediante controles estrictos de los niveles de azúcar en sangre y un estilo de vida saludable. **Objetivo:** Identificar el riesgo de desarrollar neuropatía diabética en pacientes que acuden a una Unidad de Medicina Familiar. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo y transversal. Con una muestra de 50 pacientes con diagnóstico de diabetes tipo II que asisten a una Unidad Médica Familiar de la Ciudad de México en el periodo de febrero-abril 2019. Muestreo a conveniencia. Se realizó una valoración de enfermería por medio de tres encuestas para identificar el riesgo de desarrollar neuropatía diabética: síntomas por neuropatía, discapacidad por neuropatía y valoración de aspectos del pie. **Resultados:** El 88% (n = 44) de los pacientes tenían descontrol glucémico. El tiempo con la enfermedad fue de 12 años. La mayoría con una neuropatía de moderada a severa, porque se encontraron los reflejos rotulianos y aquileos con una puntuación de 5 y significancia estadística (p = 0.02). **Conclusiones:** Para disminuir el riesgo de neuropatía diabética se requiere una oportuna valoración de enfermería que establezca estrategias de cuidado y autocuidado en estos pacientes.

Palabras clave: Valoración. Enfermería. Neuropatía diabética. Diabetes. Prevención.

Abstract

Introduction: Diabetic neuropathy affects about 50% of patients with diabetes. However, it can be prevented by strict controls on blood sugar levels and a healthy lifestyle. **Objective:** To identify the risk of developing diabetic neuropathy in patients who attend a family medicine unit. **Methodology:** Observational, descriptive and cross-sectional study. With a sample of 50 patients adults diagnosed with type II diabetes, who attend a family medicine unit of México City in the period from February-April 2019. Sampling for convenience. A nursing assessment was carried out through three surveys to identify the risk of developing diabetic neuropathy: symptoms due to neuropathy, disability due to neuropathy and assessment of aspects of the foot. **Results:** 88% (n = 44) of the patients had glycemic control. The time with the disease was 12 years. The majority have a moderate to severe neuropathy, because patellar and aquileal reflexes were found with a score of 5, with statistical significance (p = 0.02). **Conclusions:** To reduce the risk of diabetic neuropathy, a timely nursing assessment is required to establish care and self-care strategies in these patients.

Key words: Assessment. Nursing. Diabetic neuropathy. Diabetes. Prevention.

Correspondencia:

*José C. Rivas-Herrera

E-mail: joserivash@gmail.com

Fecha de recepción: 19-11-2019

Fecha de aceptación: 20-03-2020

Cómo citar este artículo: Gutiérrez-Casillas ST, et al. Valoración de enfermería en el paciente que vive con diabetes tipo II y su riesgo de desarrollar neuropatía diabética. Rev Mex Enf. 2020;8:87-92.

2339-7284 / © 2020 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Publicado por Permayer. Éste es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

En el contexto mundial, la diabetes *mellitus* (DM) se concibe como un problema de salud pública, por ser una de las enfermedades crónicas de mayor incidencia, asociada a una elevada morbilidad y mortalidad. Actualmente más de 382 millones de personas en el mundo padecen esta enfermedad y se estima que alcance los 592 millones para el 2035. Alrededor de 5.1 millones de personas de entre 20 y 79 años murieron a causa de la diabetes en el año 2013, lo que representa una defunción cada seis segundos¹.

Además de esta elevada morbilidad, está latente el riesgo de eventos cardiovasculares letales y no letales en sujetos con DM tipo II, la cual es de dos a cuatro veces mayor que en sujetos no diabéticos². Como enfermedad crónica ejerce un daño colateral en la vida social y psicológica del enfermo, reflejada en ausentismo laboral, incapacidad y limitaciones funcionales en algunos casos más graves; sin dejar de considerar el costo elevado por su atención en el Sistema de Salud.

El aumento progresivo de pacientes diabéticos requiere la necesidad de fortalecer estrategias como: promoción de estilos de vida saludables, prevención primaria y diagnóstico precoz que garanticen resultados favorables en las instituciones de salud; aminorando costos, estancias prolongadas y sobre todo disminuyendo la incidencia de complicaciones como la neuropatía periférica. En este sentido la participación del profesional de enfermería en la valoración del adulto con riesgo de desarrollar neuropatía diabética es trascendental porque sienta las bases de un cuidado colaborativo y continuado entre enfermera, paciente y familia³. Para el desarrollo de la enseñanza de la prevención se requiere considerar el cuidado como parte del desarrollo de la vida.

La neuropatía periférica con insuficiencia vascular es una complicación frecuente en pacientes diabéticos, se presenta en dos de cada tres enfermos al momento de la exploración física y es considerada la antesala de la amputación de miembros inferiores. Se define como: daño nervioso periférico primordialmente de tipo sensorial, que inicialmente se presenta en la región distal de las extremidades inferiores⁴.

En este sentido, las complicaciones pueden detectarse y prevenirse desde las primeras etapas de la DM, por lo cual se considera relevante atenderse desde el primer nivel de atención, siendo el personal de enfermería (el de primer contacto con los pacientes) quien debe valorar y proporcionar información para la prevención y cuidados, así como llevar una consultoría con aquellos pacientes que presentan signos y síntomas de la complicación⁵. Para lo cual es necesaria la estructuración de modelos de atención que garanticen sistemas de control y monitoreo de la calidad de atención ofrecida a los pacientes con diabetes⁶.

La combinación de diferentes factores, entre los que se encuentran los hábitos higiénicos y dietéticos, sociales y económicos, entre otros, contribuye a desencadenar el problema final, al que no se quiere llegar por sus implicaciones quirúrgicas: el pie diabético.

En virtud a lo expuesto, el propósito de este estudio fue identificar el riesgo de desarrollar neuropatía diabética en pacientes adultos que acuden a una Unidad de Medicina Familiar, con la finalidad de reestructurar procesos e intervenciones de enfermería más eficientes de prevención, así como orientar la capacitación y adiestramiento del personal.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal que tuvo lugar en una Unidad de Medicina Familiar pública, en el servicio de consulta externa, en la Ciudad de México en el periodo de febrero-abril 2019.

La captación de los pacientes se hizo por muestreo de oportunidad (conveniencia, no probabilístico) de 50 pacientes adultos, que acudieron a consulta externa en ambos turnos en el momento del estudio. Los criterios de inclusión fueron: a) mayores de 18 años, b) hombres y mujeres, c) de más de tres años con diagnóstico de DM tipo II y d) con ausencia de signos clínicos de úlceras por pie diabético.

Se realizó la invitación a participar, informando el objetivo de la investigación y en qué consistía su participación; así mismo, se aclararon dudas e inquietudes. Se recepcionó el formato de participación voluntario y el consentimiento informado con la firma de los participantes.

Se contactó con los pacientes en la sala de espera y se identificó a aquellos que aceptaron participar por medio de tarjetas de control para que durante la consulta se procediera a realizar la valoración de enfermería.

La encuesta se conformó de cuatro apartados. El primero referenciaba aspectos sociodemográficos y propios de la enfermedad, entre los que se encontraban el estado civil, la escolaridad, la ocupación, el tiempo de evolución de la enfermedad y el nivel de glucosa. Se consideraron las últimas cinco cifras de glucosa en ayunas registradas durante la semana antes de la consulta y posteriormente se calculó la media de estos registros. El segundo y tercer apartado se conformaron, respectivamente, con los instrumentos: a) puntuación de síntomas por neuropatía (*Neuropathy Symptom Score* o NSS), con una puntuación de 0-7 puntos, y b) puntuación por discapacidad por neuropatía (*Neuropathy Disability Score* o NDS), con una puntuación de 0-14 puntos. Ambos instrumentos fueron validados con una sensibilidad del 71.1% y una especificidad del 90%⁷.

El cuarto apartado contempla la valoración y aspecto del pie (*Memphis Neuropathy Instrument* o MNI), con una puntuación de 0-5 puntos. El MNI fue validado por Moghtade-

ri en el 2006, reportando una sensibilidad del 79% y una especificidad del 94% para la detección de neuropatía periférica⁸. Evalúa aspectos generales como características de la piel, presencia y aspecto de uñas y callos.

La valoración de resultados se realizó mediante la siguiente guía⁹⁻¹¹:

Instrumento	Puntuación	Guía de diagnóstico
Síntomas por neuropatía (NSS)	0-7 puntos	Igual o superior a 3 se considerara anormal. Cuanto más elevado, mayor es la severidad de la neuropatía
Discapacidad por neuropatía (NDS)	0-14 puntos	Igual o mayor a 5 indica la existencia de neuropatía moderada o severa
Valoración y aspecto del pie (MNI)	0-5 puntos	Igual o mayor a 3 indica un riesgo de padecer alteraciones de la integridad del pie en los pacientes diabéticos

La puntuación total de la encuesta aplicada se evaluó de la siguiente forma:

- 0-3 puntos. Bajo riesgo de padecer úlceras y pie diabético.
- 4-13 puntos. Mediano riesgo de padecer úlceras y pie diabético.
- 14-26 puntos. Alto riesgo de padecer úlceras y pie diabético.

Todos los pacientes estudiados se consideraron en alguna medida con un tipo de riesgo, pues la DM *in situ* conlleva un riesgo latente de padecer alguna alteración de la sensibilidad en los pies desde el momento en que se presenta.

Análisis estadístico

La distribución de los datos cuantitativos se evaluó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnoff, los datos con distribución normal se expresaron en media con desviación estándar y los datos con distribución libre en mediana con rango intercuartílico. Las variables cualitativas se expresaron en proporciones. Se llevaron a cabo comparaciones entre las variables sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación) y el instrumento (NSS, NDS y MNI), primero ítem por ítem y, posteriormente con la sumatoria de todos los ítems de cada término. Para comparación de dos muestras independientes con un grupo se utilizó la U de Mann-Whitney y t de Student. Las variables cualitativas se compararon mediante la prueba de χ^2 o exacta de Fisher según correspondió. Se consideró que un resultado era estadísticamente significativo cuando el valor de probabilidad era menor a 0.05. Se utilizó el programa estadístico SPSS® versión 20.0.

Tabla 1. Características sociodemográficas de 50 pacientes con diabetes *mellitus* tipo II

Características	n ± DE (percentil)
Edad	60.00 ± 12.44 (48-67)
21-30 años	2 (4%)
31-40 años	3 (6%)
41-50 años	9 (18%)
51-60 años	13 (26%)
61-70 años	17 (34%)
71-80 años	5 (10%)
81-90 años	1 (2%)
Sexo	
Femenino	25 (50%)
Masculino	25 (50%)
Escolaridad	
Ninguno	13 (26%)
Primaria	18 (36%)
Secundaria	14 (28%)
Preparatoria	4 (8%)
Universidad	1 (2%)
Estado civil	
Soltero	3 (6%)
Casado	35 (70%)
Viudo	11 (22%)
Divorciado	1 (2%)
Ocupación	
Hogar	13 (26%)
Trabaja	16 (32%)
Jubilado	21 (42%)

DE: desviación estándar.

Resultados

En la tabla 1 se muestran las características sociodemográficas de los 50 pacientes que se incluyeron en el estudio. Mayoritariamente se encontró un 34% en la etapa de la tercera edad conocida como senectud. El 50% fue del sexo femenino. Para la escolaridad se encontró que el 26% no tenía ningún grado de educación y el 64% solo contaba con educación básica. En cuanto al estado civil, se encontró que la mayoría estaban casados (70%) y ya jubilados (42%).

El NSS reportó una puntuación de 3 con un rango intercuartílico de 1.7-6.0, el NDS reportó una puntuación de 7 con un rango intercuartílico de 3.0-7.0 y el MNI reportó una puntuación de 3 con un rango intercuartílico de 1.0-4.0 (Tabla 2).

La tabla 3 reporta el riesgo de desarrollar neuropatía diabética de acuerdo con los niveles de glucosa, para lo cual se hace un comparativo de paciente controlado vs. paciente descontrolado, habiendo solo encontrado asociación con la variable edad.

Se reporta la edad con una muestra de seis pacientes controlados con una mediana de 57 años, una desviación estándar de 8.2 años y un rango intercuartílico de 45.7-

Tabla 2. Valoración general del paciente

	Mediana (rango intercuartílico)
Control glucémico	214.5 (186-260)
Tiempo con la enfermedad (años)	12 (10-16)
Síntomas (NSS cal. 7)	3 (1.7-6.0)
Reflejos (NDS cal. 14)	7 (3.0-7.0)
Aspecto del pie (MNI cal. 5)	3 (1.0-4.0)

NSS: síntomas por neuropatía; NDS: discapacidad por neuropatía; MNI: valoración de aspectos del pie.

61.5 años. De esta misma variable, pero en lo que respecta a considerarse paciente descontrolado, con una muestra de 44 pacientes se encontró una mediana de 60.5 años, una desviación estándar de 12.9 años y un rango intercuartílico de 48.2-67 años. En cuanto al tiempo con la enfermedad, llama la atención que a pesar de que son pacientes que acuden de forma continua a la Unidad Médica Familiar para su control de la diabetes, este hecho no marca una diferencia entre ser paciente con un control adecuado de glucosa y ser paciente que no lleve su control de glucosa, ya que se observó una mínima diferencia, de 5 meses entre uno y otro caso.

Al recabar la información referente a la valoración del aspecto del pie (MNI) se encontró lo siguiente: prácticamente la mitad tenía la piel seca (24% sí vs. 26% no), con uñas anchas y gruesas en su mayoría (62%), pies deformes (52%) y con presencia de callos (70%) (Tabla 4). Estas condiciones los sitúan en la categoría de personas carentes de cuidados (Tabla 4).

Sin embargo, la mayoría tiene una neuropatía de moderada a severa, porque se encontraron los reflejos rotulianos y aquileos con una puntuación de 5, con significancia estadística ($p = 0.02$). Los síntomas para neuropatía diabética mostraron una significancia estadística importante ($p = 0.015$), con una puntuación de 3.0, desviación estándar de 3.0 y rango intercuartílico 2.0-6.7. Un aspecto importante fue el aspecto del pie, ya que a pesar de que las puntuaciones obtenidas están para considerarse con riesgo de padecer alteraciones en la integridad de la piel, no fueron estadísticamente significativas ($p = 0.102$).

Los niveles de glucosa se encontraron para considerarlos como enfermos con control de la enfermedad en 6 casos (lo que representó el 12% de la población estudiada) y 44 casos (88%) se consideraron no controlados. A juzgarse para fines de este estudio, se reportaron 22 casos (44%) con glucosas entre 201-300 mg/dl y 7 casos (14%) con glucosas de más de 300 mg/dl.

Tabla 3. Riesgo de neuropatía diabética y nivel de glucosa

	Controlado (n = 6)	Descontrolado (n = 44)	Valor de p
Edad	57.0 ± 8.2 (45.7-61.5)	60.5 ± 12.9 (48.2-67.0)	0.638
Tiempo enfermo	12.0 ± 4.2 (10.0-18.5)	11.5 ± 6.4 (9.25-16.0)	0.557
Síntomas (NSS)	1.0 ± 1.1 (0.0-2.25)	3.0 ± 3.0 (2.0-6.7)	0.015
Reflejos* (NDS)		5.0 ± 2.3 (3.0-7.0)	0.02
Aspecto (MNI)	0.5 ± 1.7 (0.0-3.2)	3.0 ± 1.5 (1.0-4.0)	0.102

*Los reflejos son una constante cuando la glucosa está controlada. NSS: síntomas por neuropatía; NDS: discapacidad por neuropatía; MNI: valoración de aspectos del pie.

Tabla 4. Aspecto del pie (MNI)

Características	Sí	No
Piel seca	24 (48%)	26 (52%)
Uñas anchas y gruesas	31 (62%)	19 (38%)
Deformes	26 (52%)	24 (48%)
Presencia de callos	35 (70%)	15 (30%)
Presencia de úlceras	0 (0%)	50 (100%)

Los pacientes con descontrol glucémico y un periodo largo de evolución mostraron una mayor proporción de riesgo de neuropatía diabética.

Discusión

En consiguiente, la participación del personal de enfermería en la valoración del riesgo de neuropatía diabética de los pacientes se orienta a actividades educativas dirigidas a la promoción de la salud, por medio de cuidados continuados en el hogar y el oportuno control y tratamiento de la enfermedad, los cuales resultan pilares fundamentales de la atención en este tipo de pacientes. Entre las complicaciones de mayor riesgo están las alteraciones en la circulación en los pies, como resultado del daño en los vasos sanguíneos secundario al tiempo con la enfermedad y la evolución de la diabetes¹². Estos problemas aumentan el riesgo de ulceración, infección y amputación, y dependen de la edad y el control glucémico. El control óptimo de la diabetes, que incluye hemoglobina glucosilada (HbA1c) menor al 7%, tensión arterial menor de 130/80 mmHg y lípidos en meta terapéutica; estas medi-

das reducen hasta el 59% la incidencia de neuropatía, el principal factor de riesgo para úlceras en el pie¹³.

Diversos autores¹⁴⁻¹⁶ expresan que los índices de glucosa o índices glucémicos descontrolados, la edad y el tiempo de evolución de la enfermedad son factores básicos predisponentes para el desarrollo de signos y síntomas clínicos de neuropatía diabética. De la misma manera, González, et al.¹⁷ reportaron que el riesgo de desarrollar neuropatía diabética y que esta evolucione hasta ulceración se relaciona directamente con la duración de la diabetes y el descontrol metabólico.

En términos generales la prevalencia encontrada de: síntomas (NSS: 3) anormal; reflejos (NDS: 5), existencia de neuropatía moderada o severa; aspecto (MNI: 3), riesgo de padecer alteraciones de la integridad del pie muestra riesgo para padecer úlceras y pie diabético^{18,19}. El control glucémico reportado en una mediana de 214.5 mg/dl con un rango intercuartílico de 186-260 mg/dl, donde el 44% de los pacientes tienen lecturas de más de 126 mg/dl de glucosa en ayunas, es de gran importancia, ya que aparte de que revela las altas probabilidades de padecer neuropatía diabética, es un indicador de dos aspectos: por un lado la falta o deficiente continuidad en el manejo de este tipo de pacientes, y en entredicho la participación oportuna y eficaz del personal de enfermería al valorar las implicaciones de un descontrol glucémico en el proceso de autocuidado.

Estudios en Centroamérica²⁰⁻²² mencionan que parte del éxito en el manejo del paciente con neuropatía diabética en un primer nivel de atención tiene que ver con la organización de la enfermera al coordinar las citas médicas, la educación para la salud que les ofrece, el hacer participar al paciente en su autocuidado y así mismo, el involucramiento de la familia en el proceso de cuidar. Para reducir las complicaciones en el paciente diabético es importante el control de la glucemia. El primer objetivo debe de ser disminuir la HbA1c a menos de dos puntos porcentuales por arriba del límite superior de lo normal, contemplando las características individuales del apego al tratamiento²³.

El que los pacientes se encuentren pensionados o jubilados (42%, n = 21), con una inactividad total o parcial, aumenta el riesgo de padecer alteraciones sensitivas en los pies debido a no propiciar la correcta circulación sanguínea; uñas anchas y gruesas, sí 62% (31), no 38% (19); deformes, sí 52% (26), no 48% (24); callos, sí 70% (35), no 30% (15); úlceras, sí 0% (0), no 100% (50); lo que nos indica que existen muchas deficiencias en el cuidado e higiene de los pacientes participantes en este estudio, pues marca un amplia incidencia en la aparición de signos característicos de riesgo al padecimiento de alteraciones de sensibilidad y problemas micóticos y de estructura funcional en los pies de estos.

En suma, los resultados obtenidos por medio de la aplicación de encuestas (NSS, NDS y MNI) se interpretan según la Asociación Americana de Diabetes con respecto al nivel de riesgo en: con bajo riesgo un 4% (2), mediano riesgo un 64% (32) y en alto riesgo un 32% (16); no se considera a ninguno de los ellos sin riesgo, pues la propia DM los coloca por sí misma en algún tipo de riesgo. Además una valoración clínica neurológica objetiva que incluya pruebas de exploración física, pruebas de sensibilidad y monofilamento 5.07-10 g, complementando con pruebas de electromiografía sensitiva y motora, donde se incluyan los síntomas neuropáticos evaluados en las escalas (NSS, NDS y MNI), confirman estos hallazgos²⁴.

Dentro de las fortalezas que se encontraron para este estudio es el haber utilizado tres escalas para valorar el riesgo de desarrollar neuropatía diabética (NSS, NDS y MNI), que lo diferencian de otros por los hallazgos, al utilizar solamente dos escalas^{25,26}.

Sin embargo, cuenta con una limitación considerable: el no haber podido acceder a un mayor porcentaje de participación de pacientes por las actividades administrativas propias del servicio de consulta externa, lo que en un futuro se podría replantear con personal de enfermería destinado únicamente al proyecto.

Aplicabilidad práctica

La detección precoz de riesgo de neuropatía diabética permite al primer nivel de atención evaluar y redireccionar los planes y programas orientados sobre la prevención y promoción de la salud en el paciente diabético. Del mismo modo, tener una mayor participación en factores modificables como el control metabólico, la hipertensión o la dislipidemia, entre otros. De antemano, con estos resultados se tiene el fundamento para elaborar manuales de atención del paciente diabético para personal de enfermería con el objetivo de facilitar la labor asistencial.

Conclusión

La valoración de enfermería en el paciente diabético permite identificar de forma oportuna el riesgo de desarrollar neuropatía diabética al reconocer los datos clínicos atribuibles a mayor daño de tipo sensoriomotor en la región distal de extremidades inferiores.

Se sabe ciertamente que la neuropatía diabética es un conjunto de diversas manifestaciones de daño al sistema nervioso periférico y autónomo en pacientes con DM, que ocurre a consecuencia de índices de glucosa altos de forma crónica, mediante una serie de mecanismos fisiopatológicos que llevan a un daño no solo funcional sino también estructural y molecular de las fibras nerviosas, siendo este el mayor problema para desarrollar dicho padecimiento.

El diagnóstico de la neuropatía diabética sigue siendo fundamentalmente clínico, asimismo ante la duración y severidad de la diabetes existen otros factores de riesgo independientes, como la obesidad, hábitos higiénicos y dietéticos deficientes, entre otros.

Es por eso que la base fundamental para este problema de salud pública es la adecuada participación del primer nivel de atención, por ser el primer contacto que tienen las personas con el sistema de salud y, en especial atención, la participación del profesional de enfermería en la promoción de la salud por medio de la prevención y la detección temprana de enfermedades.

Una adecuada valoración del adulto con riesgo de neuropatía diabética en conjunto con la atención multidisciplinaria adquiere relevancia al desarrollar estrategias de intervención como: concienciar a la persona de llevar a cabo un control glucémico óptimo, educación diabetológica del paciente, técnicas de exploración de los pies y, sobre todo, la participación del familiar en el proceso de cuidado y autocuidado del adulto.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2015: Summary of revisions. *Diabetes Care*. 2015;38(Suppl):S4.

2. González Sarmiento E, Pascual Calleja I, Laclaustra Gimeno M, Casanova Lengua JA. Síndrome metabólico y diabetes mellitus. *Rev Esp Cardiol*. 2005;5(Supl):30D-7D.
3. Castro Meza AN, Pérez Zumano SE, Salcedo Álvarez RA. La enseñanza a pacientes con diabetes: significado para profesionales de enfermería. *Enferm Univ*. 2017;14(1):39-46.
4. Ibarra Ramírez CT, Rocha JJ, Hernández R, Nieves RE, Leyva R. Prevalencia de neuropatía periférica en diabéticos tipo 2 en el primer nivel de atención. *Rev Med Chile*. 2012;140:1126-31.
5. Rivas Alpizar E, Zerquera Trujillo G, Hernández Gutiérrez C, Vicente Sánchez B. Manejo práctico del paciente con diabetes mellitus en la Atención Primaria de Salud. *Revista Finlay [Internet]*. 2011 [fecha de consulta: 23 de octubre de 2019];1(3):229-50. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/69>
6. Salci MA, Meirelles BHS, Silva DMGV. Primary care for diabetes mellitus patients from the perspective of the care model for chronic conditions. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2017; 25:e2882.
7. Chawla A, Bhasin G, Chawla R. Validation Of Neuropathy Symptoms Score (NSS) And Neuropathy Disability Score (NDS) in the clinical diagnosis of peripheral neuropathy in middle aged people with diabetes. *The Internet Journal of Family Practice*. 2013 [fecha de consulta: 26 de octubre de 2019];12(1):1-5. Disponible en: <https://print.ispub.com/api/0/ispub-article/1517>
8. Moghtaderi A, Bakhshipour Al, Rashidi H. Validation of Michigan neuropathy screening instrument for diabetic peripheral neuropathy. *Clin Neurol Neurosurg*. 2006;108(5):477-81.
9. Balsiger F, Steindel C, Arn M, Wagner B, Grunder L, El-Koussy M, et al. Segmentation of peripheral nerves from magnetic resonance neurography: A fully-automatic, deep learning-based approach. *Front Neurol*. 2018;9(777):1-9.
10. Petropoulos IN, Ponirakis G, Khan A, Almuhanadi H, Gad H, Malik RA. Diagnosing diabetic neuropathy: Something old, something new. *Diabetes Metab J*. 2018;42(4):255-69.
11. Darji DD, Dave VP. A review on detection of diabetic peripheral neuropathy. *IJRASET [Internet]*. 2018 [fecha de consulta: 14 de junio de 2019];6(3):3432-6. Disponible en: <https://bit.ly/31Vde6w>
12. Tizón Bouza E, Dovale Robles MN, Fernández García MY, Fernández Veiga C, López Vilela M, Mouteria Vázquez M, et al. Atención de enfermería en la prevención y cuidados del pie diabético. *Aten Primaria*. 2004;34(5):263-71.
13. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus. México: Secretaría de Salud; 2010.
14. García Herrera AL, Sanabria Febles R, Moliner Cartaya M. Identificación de los factores de riesgo que conducen al desarrollo de las lesiones neuropáticas ulceradas. *Rev Cubana Angiol*. 2016;17(1):13-24.
15. Ibarra CT, Rocha JJ, Hernández R, Nieves RE, Leyva R. Prevalencia de neuropatía periférica en diabéticos tipo 2 en el primer nivel de atención. *Rev Med Chile*. 2012;140:1126-31.
16. Chillarón JJ, Flores Le Roux JA, Sales MP, Puig de Dou J, Castells I, Benaiges D, et al. Prevalencia y factores asociados con la presencia de albuminuria y sus estadios en los pacientes con diabetes mellitus tipo I. *Rev Nefrol*. 2013;33(2):231-6.
17. González de la Torre H, Perdomo Pérez E, Quintana Lorenzo ML, Mosquera Fernández A. Estratificación de riesgo en pie diabético. *Gerokomos*. 2010;21(4):172-82.
18. Chicharro Luna E. Elaboración de un modelo predictivo para la identificación de pacientes con Neuropatía Diabética [Disertación]. [Alicante, España]: Universidad Miguel Hernández; 2016. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=54014>
19. Martínez Alberto CE, Fernández Gutiérrez DA, Brito Brito PR, Reyes Abreu M, Gaona Fernández AM, Mellado Tirado RM, et al. Valoración enfermera de la neuropatía periférica diabética en Atención Primaria en Canarias: Fase inicial del estudio "NEUDIA-CAN". *Ene*. 2017;11(3):717.
20. González Salcedo P. Atención de enfermería en el paciente con pie diabético desde una perspectiva de autocuidado. *Inv Enf Imagen Desarr*. 2008;10(2):63-95.
21. Orduz A, Tique C, Stetphens I, González A, Noel B, Tamayo D. Pie risk, una herramienta para la prevención del pie diabético. *Ren Colom Endoc Diab Metab*. 2016;3(1):25-32.
22. Castillo L, Luna A, Salas D. Valoración de enfermería del dolor neuropático asociado a pie diabético en el paciente adulto mayor. *Dolor*. 2015;64(25):30-8.
23. Jiménez S, Contreras F, Fouilloux C, Bolívar A, Ortiz H. Intervención de enfermería en el cuidado del paciente diabético. *RFM [Internet]*. 2001 [fecha de consulta: 13 de noviembre de 2019];24(1):33-41.
24. Jurado J, Caula J, Pou i Torelló JM. Selección de riesgo y diagnóstico de la polineuropatía diabética. Validación metodológica de nuevos sistemas. *Aten Primaria*. 2006;38(2):116-21.
25. Caroline A, Rayaz A, Ernest RE, Kulkarni J, Andrew JM. Prevalence and characteristics of painful diabetic neuropathy in a large community-based diabetic population in the U.K. *Diabetes Care*. 2011;34:2220-4.
26. Jurado Campos J, Llover Téllez M, Blanco Lapaz R, Vidal Cortada J, Pou Torelló. Evaluación de la neuropatía diabética y de diferentes factores de riesgo cardiovascular en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de edad avanzada atendidos en asistencia primaria. *Endocrinol Nutr*. 2002;49(10):316-21.



Conocimientos de cáncer de mama y autoexploración mamaria en mujeres de la costa Oaxaqueña, una necesidad de alfabetización en salud

Knowledge of breast cancer and mammary self-exploration in women from the Costa of Oaxaca, a need for health literacy

Jonathan L. Robles-Triste, Sindy S. Romero-Bautista, Arely Martínez, Janet del C. Bonifacio-Granados* y Beatriz Cortés-Barragán

Instituto de Genética, Universidad del Mar, Campus Puerto Escondido, Oax., México

Resumen

Introducción: El cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuente en las mujeres del mundo y representa el 16% de los cánceres femeninos. En México es considerado la tercera causa de muerte. En Oaxaca ocurre una muerte cada tres días por esta causa. **Objetivo:** Describir el conocimiento del cáncer de mama y la técnica de autoexploración mamaria en mujeres adscritas a un centro de salud rural de la costa de Oaxaca a fin de mejorar la educación y contribuir en la detección oportuna del cáncer de mama. **Métodos:** Diseño de estudio descriptivo transversal en una población de 103 mujeres; la muestra incluyó 55 participantes de 20 a 55 años, con muestreo no probabilístico. Se excluyeron a las mujeres que decidieron no participar en el estudio. Para la recolección de datos se utilizaron los cuestionarios Conocimientos de cáncer de mama y Autoexploración mamaria. **Resultados:** El 72.7% presentó un conocimiento regular sobre el cáncer de mama. En cuanto a la técnica de autoexploración mamaria, el 85.5% la realiza; de estas, el 70.2% la lleva a cabo de manera inadecuada y el 29.8% de manera adecuada. El 85.5% de las mujeres encuestadas afirmó haber recibido alguna capacitación acerca del cáncer de mama; la principal fuente de información fue el profesional de enfermería, con un 78.7%. **Conclusiones:** El profesional de enfermería debe recalcar el momento idóneo para efectuar la autoexploración mamaria, además de integrar el factor motivacional y ambiental en el proceso educativo para garantizar un aprendizaje significativo.

Palabras clave: Cáncer de mama. Autoexploración mamaria. Mujer. Conocimiento. Promoción de la salud.

Abstract

Introduction: Breast cancer is the most frequent type of cancer in women worldwide and represents 16% of female cancers. In Mexico, it is considered the third cause of death. In Oaxaca a death occurs every three days from this cause. **Objective:** To describe the knowledge of breast cancer and the technique of breast self-examination in women attached to a rural health center on the coast of Oaxaca in order to improve education and contribute to the timely detection of breast cancer. **Methods:** Design of a descriptive cross-sectional study in a population of 103 women. The sample included 55 participants from 20 to 55 years old, with a non-probabilistic sampling. Women who decided not to participate in the study were excluded. For the data collection, the Breast Cancer Knowledge and the Breast Self-Exploration questionnaires were used. **Results:** 72.7% presented regular knowledge about breast cancer. In terms of breast self-exploration technique, 85.5% perform it; of these, 70.2% carry it out improperly and 29.8% adequately. 85.5% of women surveyed said that they had received some training about breast cancer; the main source of information was the nursing professional (78.7%). **Conclusions:** The nursing professional must emphasize the ideal time to carry out the breast self-examination, in addition to integrating the motivational and environmental factors in the education process to ensure meaningful learning.

Key words: Breast cancer. Breast self-examination. Women. Knowledge. Health promotion.

Correspondencia:

*Janet del C. Bonifacio-Granados

E-mail: janet_granados13@hotmail.com

Fecha de recepción: 08-11-2019

Fecha de aceptación: 20-03-2020

Cómo citar este artículo: Robles-Triste JL, et al. Conocimientos de cáncer de mama y autoexploración mamaria en mujeres de la costa Oaxaqueña, una necesidad de alfabetización en salud. Rev Mex Enf. 2020;8:93-8.

2339-7284 / © 2020 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Publicado por Permanyer. Éste es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El cáncer de mama (CaMa) es el carcinoma más frecuente en las mujeres de todo el mundo y representa el 16% de los cánceres femeninos. A pesar de que se considera una enfermedad del mundo desarrollado, la mayoría de las defunciones (69%) se registran en los países en progreso^{1,2}. En México el CaMa se ubica como la tercera causa de muerte, estimándose al día 15 defunciones por este tipo de cáncer³. En el 2015 se registraron 6,252 defunciones en mujeres, con una tasa cruda de 18 defunciones por cada 100,000; los Estados con mayor mortalidad por CaMa fueron: Sonora (28.6), Nuevo León (26), Coahuila (25.7), Chihuahua (24.8), Ciudad de México (24.7) y Sinaloa (22.2)⁴.

En comparación con el resto del país, el Estado de Oaxaca ocupa uno de los últimos lugares en incidencia y mortalidad por este padecimiento; sin embargo, en el 2017 se reportó que anualmente en esta entidad se diagnosticaban entre 150-190 casos nuevos, de estos, solo el 20% son detectados en etapas tempranas. Por otra parte, la Secretaría de Salud (SSA) ha afirmado que cada tercer día muere una oaxaqueña por esta causa, reportándose del 2016 hasta agosto del 2017 un total de 192 defunciones^{5,6}.

El origen de la problemática del CaMa es multifactorial: el acceso a servicios sanitarios, el examen clínico de mamas y las mastografías, y el acceso a la información proporcionada por el profesional de salud. A pesar de que se han llevado a cabo estrategias como la ampliación de los servicios y se han implementado unidades móviles con mastógrafo que recorren todos los días las localidades de riesgo, esto no es suficiente para la entidad, que cuenta con 570 municipios y que además tiene características particulares en cuanto a tradiciones y costumbres, orografía y nivel educativo⁵. Otro factor es el conocimiento deficiente de la enfermedad, siendo este último el de mayor relevancia^{7,8}. Cabe agregar que las mujeres más afectadas por este padecimiento y con desventaja respecto a estas oportunidades son aquellas en edad avanzada, urbanas marginales e indígenas⁴.

En este sentido, el conocimiento del CaMa implica la identificación de aspectos generales de la enfermedad como pronóstico y recidiva, factores de riesgo y prevención, además de realizar de forma correcta la autoexploración mamaria (AEM), por lo que conocer las deficiencias en estos temas otorga oportunidades al profesional de salud para optar por el desarrollo de nuevas estrategias de promoción de la salud centradas en un modelo didáctico operativo y eliminar la enseñanza tradicional; esto permitirá cambiar paradigmas respecto a la educación en salud y generará un verdadero aprendizaje significativo. De esta manera se contribuye a que las mujeres participen activa y conscientemente en la detección oportuna de la enfermedad⁹.

Métodos

Estudio de tipo descriptivo transversal. La población se conformó por 103 mujeres adscritas a un centro de salud rural de la comunidad El Tomatal de la costa del Estado de Oaxaca. De acuerdo con los criterios de selección se obtuvo una muestra final de 55 participantes. Los criterios de inclusión fueron rango de edad de 20 a 55 años y que las mujeres fueran originarias de la zona costa de Oaxaca. Los criterios de exclusión establecidos fueron mujeres con CaMa, con trastornos mentales por diagnóstico médico previo y que hayan decidido no participar. Cabe señalar que para fines de este estudio 48 mujeres no cumplieron con el criterio de participación voluntaria.

Para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos, el primero para determinar el nivel de conocimiento de CaMa y el segundo para identificar la técnica práctica de AEM.

El primer instrumento, denominado Cuestionario de conocimientos de cáncer de mama, constó de dos secciones, la primera estuvo integrada por la ficha de identificación y la segunda sección consistió en un listado de 16 interrogantes, las cuales abordan aspectos generales de la enfermedad, factores de riesgo, prevención y AEM. Las opciones de respuesta se encuentran en una escala tipo Likert de cuatro valores numéricos (del 0 al 3), con las siguientes afirmaciones: totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo y totalmente de acuerdo, asignándole a la respuesta más negativa un valor de cero y a la más positiva un valor de tres. Se obtiene una puntuación máxima de 48 puntos, distribuyéndose en una escala de valoración de la siguiente manera: bueno (si la puntuación final del cuestionario fue igual o mayor a 35 puntos), regular (cuando la puntuación final se encontró entre 19 y 34 puntos) y malo (cuando la puntuación final del instrumento se encontró por debajo de los 18 puntos). Este instrumento fue elaborado por investigadores venezolanos, con una fiabilidad de 0.917 mediante cálculo de estabilidad por test-retest, mientras que la validez de su contenido se estableció mediante un juicio de expertos⁸. Su aplicación tiene argumento en la Norma Oficial Mexicana 041-SSA-2011 para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama¹⁰.

El segundo instrumento, denominado Autoexploración mamaria, fue diseñado por un grupo de investigadores del Estado de Veracruz¹¹, con fundamento en la guía de práctica clínica para la prevención, tamizaje y referencia oportuna de los casos sospechosos de CaMa en el primer nivel de atención¹². Este instrumento consta de una tabla con cinco imágenes que describe la técnica de AEM. Para su evaluación se tomó en cuenta lo siguiente: adecuada, si realizó tres o más pasos de manera ordenada, e inadecuada, si realizó menos de tres o si se saltó u omitió pasos.

Para la aplicación del instrumento, se citó durante tres días consecutivos a tres grupos de mujeres adscritas al centro de salud rural El Tomatal. Se les otorgó el consentimiento informado, el cual fue elaborado bajo lineamientos de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, artículo 52, título segundo, referente a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, con fundamento en los artículos 13 al 22¹³. Se explicó a las participantes de manera conjunta el procedimiento, riesgos y beneficios de estudio, así como el requisito de contestar un cuestionario y de permitir ser observadas por parte de una investigadora durante la autorrealización de la exploración mamaria. Una vez que las participantes aceptaron participar de forma voluntaria en el estudio, se les entregó el primer Cuestionario de conocimientos de cáncer de mama; su aplicación tuvo una duración de 10 minutos. Posteriormente, cada una de ellas fue pasando al consultorio asignado por el centro de salud (previamente ambientado) donde se solicitó llevaran a cabo la técnica de AEM como habitualmente la realizan; de esta manera la investigadora responsable evaluó la técnica llenando el segundo instrumento (Autoexploración mamaria). Esta evaluación tuvo una duración de 10 a 15 minutos por cada participante. Una vez culminado el estudio se instruyó a las mujeres respecto a las deficiencias de conocimiento encontradas y se reforzó la técnica correcta de AEM. Para la aplicación del estudio, los investigadores recibieron capacitación previa por parte de los encargados del programa de Cáncer de Mama de los Servicios de Salud de Oaxaca.

La información obtenida se ingresó a la base de datos del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS®) en su versión 22. Tras un análisis exploratorio de los datos, se empleó estadística descriptiva mediante frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central.

Resultados

De las 55 mujeres que participaron en este estudio, el 36.4% (20) corresponde al rango de edad de 20 a 31 años, el 41.8% (23) al de 32 a 41 años y el 21.8% (12) al de 42 a 51 años. Respecto al estado civil de las participantes, el 49.1% (27) afirmaron vivir en unión libre, mientras que el 45.5% (25) estaban casadas y el 5.4% (3) correspondía a mujeres solteras y/o viudas. De acuerdo con la edad de menarca se obtuvo una edad promedio de 13.4 (desviación estándar ± 1.5) con una edad mínima de 11 y máxima de 17 años. En cuanto a la escolaridad de las participantes, el 9.1% (5) no tenían estudios, el 63.6% (35) contaban con nivel primaria, el 21.8% (12) con secundaria y solo el 5.5% (3) señaló tener un nivel educativo medio superior.

En relación con los antecedentes familiares de CaMa, el 92.7% (51) refirió no contar con familiares que lo hayan

padecido en algún momento de su vida y el 7.3% (4) afirmaron contar con al menos un familiar que padece o padeció este tipo de cáncer, de las cuales el 3.6% señala que estos antecedentes corresponden a familiares de primer grado (madre o hermana).

Respecto al conocimiento que tienen las mujeres sobre el CaMa se identificó que, de las 55 mujeres encuestadas, el 25.5% (14) tiene conocimiento bueno, seguido del 72.7% (40) en quienes se observó un conocimiento regular y el 1.8% (1) con conocimiento malo; es decir, que la mayoría de las mujeres tienen deficiencias en el conocimiento sobre aspectos generales del CaMa, factores de riesgo, prevención y/o AEM.

De acuerdo con los resultados por ítems del instrumento Conocimientos de cáncer de mama se obtuvo que el 54.5% de las mujeres consideran que el CaMa podría ser mortal. En los ítems 2-4 acerca de factores de riesgo, las respuestas se ubicaron en su mayoría entre «de acuerdo» y «totalmente de acuerdo» con puntuaciones que superan el 50%. Respecto a la menopausia tardía como factor predisponente ante el desarrollo de CaMa, el 56.4% consideró estar en «desacuerdo» o «totalmente en desacuerdo»; en relación con otros factores de riesgo (como el uso de anticonceptivos y tratamientos hormonales, la exposición a radiaciones y el consumo de grasas y hábitos tabáquicos), más del 50% refirió estar «de acuerdo» o «totalmente de acuerdo» en que estos aumentan el riesgo de desarrollar CaMa. Así mismo, el 83.6% estuvo de acuerdo con que la AEM es una herramienta de diagnóstico temprano de CaMa (Tabla 1).

Además, del total de las mujeres con antecedentes de CaMa (7.3%), el 5.4% (3) tiene un conocimiento regular y solo el 1.9% (1) bueno.

En cuanto a la técnica de AEM, el 14.5% (8) refirieron no practicarla, mientras que el 85.5% (47) de mujeres afirmó sí hacerlo; de estas, el 29.8% (14) la hace de forma adecuada y el 70.2% (33) de manera inadecuada.

De las 47 participantes que refirieron practicar la técnica de AEM, el 42.6% (20) afirmaron practicarla una vez al mes. En cuanto al momento en que se lleva a cabo la examinación de las mamas, el 42.6% afirmó realizarla después del ciclo menstrual (Tabla 2).

Del total de mujeres encuestadas, solo el 85.5% (47) afirmó haber recibido alguna capacitación acerca del CaMa, siendo la principal fuente de información el profesional de enfermería, con un 78.7% (37) (Tabla 3).

Del 85.5% de las mujeres que han sido capacitadas, el 25.5% (14) obtuvo un conocimiento bueno del CaMa y un 25.5% (14) saben explorarse adecuadamente. En el grupo de mujeres no capacitadas se encontró el 12.7% (7) con un conocimiento regular de CaMa, además de un 9.1% (5) de mujeres que no realiza la técnica de AEM (Tabla 4).

Tabla 1. Conocimientos generales de CaMa (n = 55)

Preguntas	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	f	%	f	%	f	%	f	%
El CaMa es mortal, salvo que se detecte a tiempo	5	9.1	2	3.6	18	32.7	30	54.5
El CaMa podría volver a aparecer si ya tuvo algún tipo de cáncer	1	1.8	12	21.8	25	45.5	17	30.9
El CaMa podría ser hereditario	1	1.8	6	10.9	25	45.5	23	41.8
A menarca temprana, mayor probabilidad de CaMa	7	12.7	16	29.1	23	41.8	9	16.4
A menopausia tardía, aumenta el riesgo de CaMa	11	20.0	20	36.4	16	29.1	8	14.5
La nuligestación aumenta el riesgo de CaMa	2	3.6	17	30.9	18	32.7	18	32.7
A embarazos tardíos, mayor probabilidad de CaMa	6	10.9	24	43.6	18	32.7	7	12.7
Usar anticonceptivos hormonales es un riesgo para CaMa	7	12.7	14	25.5	24	43.6	10	18.2
El tratamiento hormonal aumenta el riesgo de CaMa	7	12.7	19	34.5	22	40.0	7	12.7
Exponerse a radiaciones aumenta el riesgo de CaMa	3	5.5	14	25.5	26	47.3	12	21.8
Traumatismos en mamas aumentan el riesgo de CaMa	3	5.5	3	5.5	26	47.3	23	41.8
El consumo de grasas y colesterol aumenta el riesgo de CaMa	8	14.5	7	12.7	24	43.6	16	29.1
Ser fumadora aumenta el riesgo de presentar CaMa	0	0.0	4	7.3	28	50.9	23	41.8
Consumir alcohol aumenta el riesgo de CaMa	3	5.5	13	23.6	21	38.2	18	32.7
Toda mujer mayor de 40 años debe realizarse la mastografía	1	1.8	3	5.5	20	36.4	31	56.4
La AEM es una herramienta de diagnóstico temprano de CaMa	2	3.6	0	0.0	7	12.7	46	83.6

CaMa: cáncer de mama; AEM: autoexploración mamaria; f: frecuencia.

Discusión

La mejor estrategia de detección precoz de CaMa recomendada es el conocimiento de la enfermedad y la exploración clínica de las mamas. En el presente estudio se identificó que el conocimiento del CaMa fue en su mayoría regular y malo; esto es congruente con lo reportado en otras investigaciones, dado que las participantes no han sido capaces de identificar puntos generales del CaMa, factores de riesgo, prevención y/o la AEM⁸. Se observó el desconocimiento particular de factores de riesgo como la edad tardía para el embarazo, la menarca precoz y el ser nuligesta.

Estos hallazgos probablemente se deban al grado académico de las participantes, que en su mayoría fue inferior al nivel secundaria, por lo tanto, no establecen medidas generales de autocuidado¹⁰. Esta información aporta elementos esenciales que deberán ser considerados al momento de instruir y educar a este grupo vulnerable.

Las mujeres que cuentan con antecedentes familiares de CaMa mostraron en su mayoría un conocimiento regular; esto difiere con lo señalado por otros autores, ya que se espera que los antecedentes familiares influyan en la búsqueda de información y establecimiento de conductas dirigidas a la detección temprana de la enfermedad^{8,14}.

Tabla 2. Frecuencia (f) y momento en que las mujeres realizan la autoexploración mamaria (ocho mujeres no la realizan)

Frecuencia	f	%
1 vez a la semana	10	21.2
1 vez al mes	20	42.6
1 vez al año	5	10.7
Cuando se me ocurre	12	25.5
Total	47	100

Momento de autoexploración	f	%
Antes del ciclo menstrual	4	8.5
Durante el ciclo menstrual	2	4.2
Después del ciclo menstrual	20	42.6
Indiferente	13	27.7
No menstrua, pero lo hace el mismo día del mes	1	2.1
No menstrua (momento de ocurrencia)	7	14.9
Total	47	100

En cuanto a la técnica de AEM, un porcentaje elevado la realiza, sin embargo, de forma inadecuada debido a que no se efectúa en la secuencia, frecuencia y momento apropiado¹⁴. Se sabe que cuando se realiza la AEM en momentos o frecuencias no indicadas existe el riesgo de que la mujer se examine en el ciclo menstrual, periodo en que las mamas están inflamadas y dolorosas, llevando a que se encuentren alteraciones propias de las acciones hormonales, no precisamente de una afección¹⁵. Se identificó además un porcentaje importante de mujeres que no efectúan la AEM, lo que las sitúa en la población de riesgo de detección tardía de CaMa.

Más del 50% de las mujeres que recibieron capacitación sobre el CaMa fueron instruidas por profesionales de enfermería; como bien señalan Toro, Peinado y Díaz, el personal de salud es la principal fuente para la prevención del CaMa en el proceso educativo, lo que implica informar de manera clara y completa, todo ello en un marco de actitud, motivación y habilidades personales para asegurar cambios de conducta saludable^{11,16,17}.

Las mujeres que participaron en la investigación tienen riesgo de una detección tardía del CaMa debido a que la mayoría presentó un conocimiento regular y malo, en adición a una práctica inadecuada de la AEM. La técnica de AEM sigue siendo la principal estrategia de detección, dado que es fácil, rápida y no tiene costos para la mujer⁸. Por lo anterior, los profesionales de la salud no deben

Tabla 3. Distribución de las mujeres capacitadas de acuerdo con el personal de salud que brindó información

Personal que capacitó	f	%
Personal de enfermería	37	78.7
Médico	8	17.0
Otro	2	4.3
No recibió capacitación	8	14.5
Total	55	100

Tabla 4. Nivel de conocimiento de cáncer de mama y autoexploración mamaria en mujeres capacitadas y no capacitadas (n = 55)

Nivel de conocimiento	Mujeres capacitadas		Mujeres no capacitadas	
	f	%	f	%
Conocimiento de cáncer de mama				
Bueno	14	25.5	0	0.0
Regular	33	60.0	7	12.7
Malo	0	0.0	1	1.8
Total (n = 55)	47	85.5	8	14.5
Técnica de autoexploración mamaria				
Adecuado	14	25.5	0	0.0
Inadecuado	30	54.5	3	5.5
No realiza	3	5.5	5	9.1
Total (n = 55)	47	85.5	8	14.5

olvidar que las etapas de la educación no se realizan independientemente del otro, se complementan y en ocasiones se superponen⁹.

Conclusiones

El nivel de conocimiento del CaMa fue entre regular y malo, encontrándose un desconocimiento alto en cuanto a frecuencia y momento de AEM. Se concluye que para que el profesional de enfermería cumpla con su función de educación para la salud, debe recalcar el momento idóneo para efectuar de AEM, además de fomentar un aprendizaje significativo en el momento de la enseñanza práctica de la AEM, es decir, el uso de estrategias actualizadas y la supervisión en la técnica de autoexploración,

dando así oportunidad a la adquisición de conocimientos por experiencia, retroalimentación y aprobación de la técnica, independientemente de que existan factores no controlables como bajo nivel educativo y dificultad de acceso a los servicios. Además de esto se deben integrar las características socioculturales, el factor motivacional y el ambiental para garantizar cambios positivos en el cuidado de la salud de la mujer. Por último, no se debe olvidar que la capacitación constante del profesional de enfermería es esencial en su rol de educador para la salud, solo de esta forma se puede garantizar la contribución en la detección y tratamiento oportuno de CaMa.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Se declara que no existe conflicto de interés por parte de los investigadores.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de

los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. Cáncer de mama: prevención y control [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2017. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/#content>
2. Prevención: Factores de riesgo del cáncer de mama [Internet]. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud; 2017. <https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>
3. Estadísticas de cáncer de mama [Internet]. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía; 2016. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/cancer2018_nal.pdf
4. Información estadística cáncer de mama [Internet]. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; 2016. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud%7Cnegsr/acciones-y-programas/informacion-estadistica-cancer-de-mama>
5. Cerca de 190 casos de cáncer de mama detectados en Oaxaca [Internet]. El Universal; 19 de octubre de 2017. Disponible en: <https://oaxaca.eluniversal.com.mx/estatal/19-10-2017/cerca-de-190-casos-de-cancer-de-mama-detectados-anualmente-en-oaxaca>
6. En Oaxaca 192 mujeres murieron por cáncer de mama en año y medio [Internet]. El Imparcial; 13 de octubre de 2017. Disponible en: <http://imparcialoaxaca.mx/salud/70341/en-oaxaca-192-mujeres-murieron-por-cancer-de-mama-en-año-y-medio>
7. Programa de acción específico. Prevención y control del cáncer de la mujer 2013-2018 [Internet]. México: Secretaría de Salud; 2014. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/10046/PrevencionyControldelCancerdeLaMujer_2013_2018.pdf
8. Sánchez Urdaneta Y, Urdaneta Machado JR, Villalobos Inciarte N, Contreras Benítez A, García J, Baabel Zambrano N, et al. Conocimientos sobre cáncer de mamas y práctica del autoexamen de mamas en mujeres de edad mediana. *Rev Venez Oncol.* 2016;28(1):37-51.
9. Álvarez A, Kuri M. *Salud pública y medicina preventiva.* 4.ª ed. México: Manual moderno; 2012.
10. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama [Internet]. México: Secretaría de Salud SSA; 2011. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/041ssa202.html>
11. Cancela MA, Contreras JM, Phinder M, Acevedo A, Sánchez EA. Nivel de conocimiento sobre autoexploración mamaria en mujeres de 20 a 59 años de edad. *Rev Med Invest Univ Autón Estado Méx.* 2016;4(1):10-4.
12. Guía de práctica clínica para la prevención, tamizaje y referencia oportuna de casos sospechosos de cáncer de mama en el primer nivel de atención [Internet]. México: Secretaría de Salud; 2017. Disponible en: <http://www.cenotec-difusion.com/CMGPC/S-001-08/ER.pdf>
13. Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación [Internet]. México: Secretaría de Salud; 2017. Disponible en: http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/registrocomites/Guia_CEI_paginada_con_forros.pdf
14. López C, Torres S, Blanco J, Hernández R, Knaut M. Utilización correcta de las técnicas de detección de cáncer de mama en mujeres mexicanas. *Rev Salud Pública Méx.* 2014;56(5):538-46.
15. Fernández L, Sánchez Y, Piña D, de la Paz K. Modificación de conocimientos sobre el autoexamen de mamas en mujeres de la Policlínica Universitaria "René Vallejo Ortiz". *MEDISAN.* 2012;16(11):17-24.
16. Toro R, Peinado V, Díaz P. Conocimientos y prácticas sobre el autoexamen mamario en mujeres de Cartagena de Indias. *Cienc Innov Salud.* 2014;2(1):27-32.
17. Ochoa F, Vega B (dir), Arévalo P (dir). Conocimientos, actitudes y prácticas del autoexamen de mamas en mujeres del área rural [tesis en Internet]. [Cuenca]: Universidad de Cuenca; 2015 [fecha de consulta: 10 de junio de 2019]. Disponible en: <http://dspace.uccuenca.edu.ec/handle/123456789/21207>



Condición sociodemográfica de adultos mayores hospitalizados y su relación con la satisfacción por el cuidado de enfermería

Sociodemographic condition of hospitalized older adults and the relation with the satisfaction of nursing care

Silvia Y. Esparza-de Anda^{1*}, Juan M. Medina-Román¹, Alan Mauricio-Pizaña², Darío Esparza-Villalpando² y Violeta Compeán-Padilla³

¹Departamento, Secretaría de Salud del Estado de Aguascalientes, ISSEA; ²Departamento, Universidad Autónoma de Aguascalientes; ³Departamento, Hospital General del ISSSTE. Aguascalientes, Ags., México

Resumen

Objetivo: Analizar la relación entre los datos sociodemográficos y la satisfacción del cuidado de enfermería al adulto mayor hospitalizado en el Hospital General del ISSSTE de Aguascalientes. **Métodos:** El diseño es analítico transversal. Muestra no probabilística por conveniencia de 47 adultos mayores en Medicina interna y encamados de Cirugía. Se aplicó el instrumentó PSI (Satisfacción con la atención de Enfermería) con una fiabilidad de 0.92 por alfa de Cronbach. **Resultados:** La muestra fue de 29 hombres y 18 mujeres. Se demostró que en el rango de 75 a 79 años existe un mayor nivel de satisfacción. Conforme al puntaje, las mujeres tienen mayor nivel de satisfacción que los hombres. Respecto al estado civil, los casados están más satisfechos. En cuanto a la escolaridad, el mayor índice de satisfacción lo presentaron las personas cuyo nivel máximo de estudios fue la secundaria. En la variable «ocupación», los ya jubilados están más satisfechos comparados con otras ocupaciones. Los adultos mayores con estancia hospitalaria menor a una semana (3-6 días) se mostraron más satisfechos. **Conclusión:** El nivel de satisfacción del usuario adulto mayor se relaciona estadísticamente con las variables sociodemográficas, las variables con mayor influencia son: educación, ocupación y días de estancia hospitalaria. La dimensión en la que hubo una mayor satisfacción fue en confianza y cuidado técnico profesional.

Palabras clave: Satisfacción. Adulto mayor. Cuidado de enfermería. Hospitalización.

Abstract

Objective: To analyze the satisfaction of older adults with nursing care they receive during their hospitalization in the ISSSTE Aguascalientes General Hospital related to their socio-demographic situation. **Methodology:** The design is transversal analytical. Non-probabilistic convenience sample of 47 older adults in Internal Medicine and bed ridden for Surgery. The PSI (Satisfaction with nursing care) instrument, with a 0.92 of reliability by Cronbach's alpha, was applied. **Results:** The sample was 29 men and 18 women. It was shown that in the range of 75 to 79 years there is a higher level of satisfaction. According to the score, women have a higher level of satisfaction than men. Regarding the marital status, the married are more satisfied. Regarding schooling, the highest satisfaction index was presented by the people whose highest level of education was Secondary. In the occupation variable, retired people are more satisfied compared to other occupations. The percentage of older adults who had a hospital stay of less than a week (3-6 days) was more satisfied. **Conclusion:** The level of satisfaction of the elderly adult is statistically related to the sociodemographic variables, the variables with the greatest influence are the following: education, occupation and days of hospital stay. The dimension in which there was greater satisfaction was in confidence and technical-professional care.

Key words: Satisfaction. Adult higher. Nursing care. Hospitalization.

Correspondencia:

*Silvia Yaneli Esparza-de Anda
E-mail: yan_eda@hotmail.com

Fecha de recepción: 09-11-2018

Fecha de aceptación: 21-06-2019

Cómo citar este artículo: Esparza-de Anda SY, Medina-Román JM, Mauricio-Pizaña A, Esparza-Villalpando D, Compeán-Padilla V. Condición sociodemográfica de adultos mayores hospitalizados y su relación con la satisfacción por el cuidado de enfermería. Rev Mex Enf. 2020;8:99-104.

2339-7284 / © 2019 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Publicado por Permanyer. Éste es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La población de adultos mayores hospitalizados ha acelerado la demanda en la atención de enfermería debido a la especificidad, la calidez y la comprensión de los cambios físicos, emocionales y sociales de esta población en particular, así como su necesidad de una atención más estrecha^{1,2}. Los datos sociodemográficos como edad, estado civil, escolaridad, ocupación y los días de estancia hospitalaria influyen en la experiencia de vida, por lo que modifican la satisfacción del paciente³. Cuando la persona se hospitaliza, es para mejorar su salud o elevar su calidad de vida respecto a su padecimiento de enfermedad, por lo que la satisfacción es un indicador importante sobre la atención de salud y algunos autores han definido la satisfacción del paciente como la congruencia de las expectativas de calidad de los cuidados que los pacientes esperan y la que obtienen.

Con la globalización que se vive y los constantes cambios que ha originado en la sociedad y sectores de la producción que impactan en los estilos de vida, los profesionales de salud tenemos el compromiso de atender las nuevas demandas de salud con fundamento en el conocimiento y habilidades técnicas profesionales, mediante la aplicación de juicios y razonamientos acertados en un sistema de valores humanos y éticos claros y convenientes, demostrando responsabilidad en el ejercicio de las funciones, ya que un derecho de todos es recibir atención de calidad².

La calidad de los cuidados de enfermería se concibe como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente, de acuerdo con los estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción de los usuarios.

En este sentido, las personas adultas mayores son vulnerables a varios aspectos dentro de la sociedad, entre ellos algo lamentablemente común es la mala atención de la salud. Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en un artículo publicado en el periódico *La Jornada* el 13 de junio del 2017, en Aguascalientes, hay un total de 119,691 personas de 60 años y más. Las proyecciones contemplan que para el 2030, el porcentaje crecerá a un 13.5%, alimentado por más de 200 mil adultos mayores. Ante dicha proyección, es necesario investigar sobre la atención oportuna de calidad y humanizada por parte del profesional de enfermería que impacta en la satisfacción del usuario hospitalizado.

En un estudio realizado por García Hernández se refiere una satisfacción alta, del 58%, en los adultos mayores hospitalizados en el 2008, el 40% resultó medianamente satisfecho y el 2% manifestó satisfacción baja⁴.

En el año 2010, Contreras Núñez, et al. empiezan a relacionar la percepción del cuidado con la edad y el nivel de escolaridad. El resultado que arrojó su estudio fue una alta puntuación: 85% en evaluación general de satisfacción con el cuidado de enfermería, coincidiendo con estudios previos en que a mayor edad, mayor nivel de satisfacción con el cuidado de enfermería⁵.

Álvarez, et al. refieren que el 57% de su población en estudio refirió estar totalmente satisfecho y el 20.6% parcialmente satisfecho con la atención de enfermería. Los hombres estaban más satisfechos que las mujeres y los pacientes con educación superior estaban más satisfechos⁶.

Alvarado Alfaro refiere en su investigación que el 68.7% de los adultos mayores se muestran satisfechos respecto al cuidado de enfermería, el 28.3% poco satisfechos y el 10% muy satisfechos⁷.

Zavala, en su investigación, refiere que el nivel de satisfacción es medio y con tendencia a un nivel de satisfacción bajo⁸.

Ruíz Montes nos menciona que el 73.8% refirió una satisfacción alta en la dimensión de confianza y, además, encuentra una correlación significativa con el estado civil; las personas casadas refieren una mayor satisfacción con el cuidado de enfermería⁹.

En este sentido, el objetivo del presente trabajo fue analizar la relación entre los datos sociodemográficos y la satisfacción del cuidado de enfermería al adulto mayor hospitalizado en el Hospital General del ISSSTE de Aguascalientes.

Los objetivos en particular fueron: describir el perfil sociodemográfico de la población de adultos mayores que se encuentran hospitalizados en los Servicios de medicina interna y Cirugía. Determinar el nivel de satisfacción de los adultos mayores con la atención de enfermería que reciben durante su hospitalización e identificar la presencia de elementos que propicien variaciones en el nivel de satisfacción con el cuidado recibido.

En nuestro estudio, la hipótesis nula (H_0) es que la satisfacción del paciente adulto mayor respecto al cuidado de enfermería no tiene relación con sus variables sociodemográficas (correlación de Spearman < 0.05), y la hipótesis alternativa (H_a) es que la satisfacción del paciente adulto mayor respecto al cuidado de enfermería tiene relación con sus variables sociodemográficas (correlación de Spearman > 0.05).

Material y métodos

El diseño es analítico transversal prolectivo. La muestra fue de 47 adultos mayores hospitalizados, no probabilística por conveniencia a todos los pacientes que cumplirán con los criterios de inclusión. Se llevó a cabo en el Hospital General del ISSSTE en Aguascalientes.

Tabla 1. Correlación de Spearman

Variable	Correlación	Significancia
Edad	0.318	0.3
Sexo	0.005	0.974
Estado civil	-0.227	0.125
Escolaridad	-0.362	0.013
Ocupación	0.514	0
Días de estancia	0.123	0.409

Los criterios de inclusión fueron: pacientes mayores de 60 años hospitalizados, sexo indistinto, con Glasgow de 15 puntos para poder responder el instrumento, y como mínimo 72 horas de internamiento en el Servicio de Cirugía o el de Medicina interna del Hospital General del ISSSTE de Aguascalientes.

Se empleó una cédula de identificación donde se incluyen las siguientes características sociodemográficas del paciente: edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación y días de hospitalización. Se explicó la naturaleza y el objetivo del trabajo a cada uno de los usuarios a los cuales se les aplicó el instrumento, además de firmar el formato de consentimiento informado en el cual el usuario autoriza la aplicación del instrumento y la publicación de los datos en forma anónima.

Para medir la satisfacción del paciente con la atención de enfermería, se utilizó el Instrumento de Satisfacción con la atención de Enfermería (PSI), el cual fue validado en el contexto mexicano en una población similar a la estudiada por Acevedo, Castañeda, Garza, González, Meléndez y Acevedo (2005). Se trata de un instrumento autoadministrable que consta de 23 reactivos, los cuales son 7 ítems negativos (1, 4, 8, 11, 16, 18 y 20) y 16 ítems de carácter positivo (2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 17, 19, 21, 22 y 23). Las dimensiones que lo conforman son las siguientes: cuidado técnico profesional (10, 11, 13, 14, 16, 18, 23), confianza (1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 12, 17, 20, 21) y educación al paciente (6, 9, 15, 19, 22). Para el análisis estadístico de índice de satisfacción con el cuidado de enfermería, los ítems negativos se transforman a positivos haciendo una escala en puntuación que va de 23 a 115, convirtiéndolo a un índice de 0 a 100, donde arriba de 75 se considera que el paciente está satisfecho con el cuidado otorgado por enfermería.

Manejo estadístico

El análisis estadístico se efectuó mediante la estadística descriptiva, como frecuencias relativas y absolutas. Se uti-

lizó el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS) versión 20.0 de IBM para Windows y el programa Microsoft Excel® 2010.

Resultados

Se entrevistaron 47 pacientes. La muestra fue de hombres (62%) y mujeres (38%). La edad promedio de los hombres fue de 79.8 y la de mujeres de 74.2; la edad mínima fue 61 y la máxima 90 años.

En cuanto al estado civil, se encontró que el 51% estaba casado y el 21% viudo, el 15% era divorciado y finalmente el 13% estaba soltero. De acuerdo con la escolaridad no se encontraron en la muestra personas analfabetas: el 47% tenía la primaria, el 21% contaba con un título universitario, el 17% de los entrevistados contaba con la secundaria y el otro 15% había estudiado la preparatoria. Lo que se traduce en que más de la mitad de los entrevistados tenía nivel educativo bajo.

Respecto a los días de estancia, la media en hombres fue de 11.6 y en mujeres de 4.8, resultando una mayor satisfacción entre las personas encuestadas con menos días de estancia. Como aparece en la figura 1 y 2, el resultado del nivel de satisfacción según las dimensiones utilizadas en el instrumento y con las cuales fue evaluado el nivel de satisfacción muestra un nivel de satisfacción mayor en las dimensiones de confianza y cuidado técnico profesional.

Otro resultado observacional importante fue el nivel de satisfacción relacionado a la ocupación. La variable «ocupación» en el apartado de personas jubiladas tuvo un mayor índice de satisfacción.

Por último, al aplicar la prueba de correlación de Spearman no se encontró ninguna correlación estadísticamente significativa entre nuestras variables. Sin embargo, encontramos una correlación débil negativa entre la escolaridad (-0.3, con una significancia de 0.013) y la ocupación (0.514, con un grado de significancia de 0).

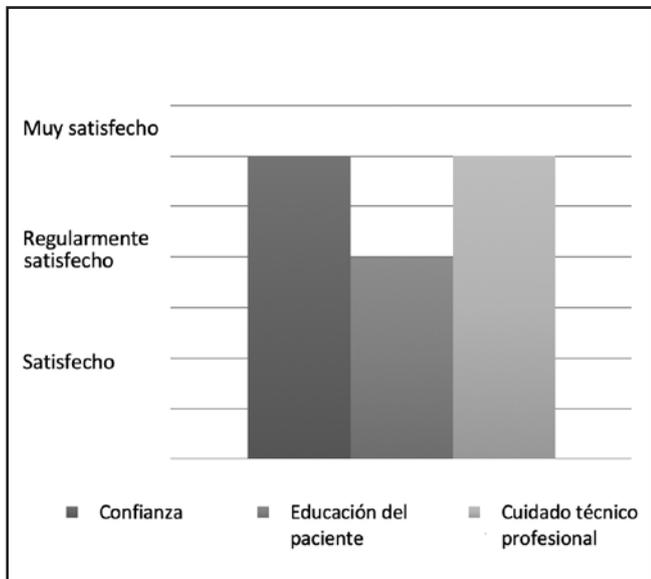


Figura 1. Nivel de satisfacción por dimensiones.

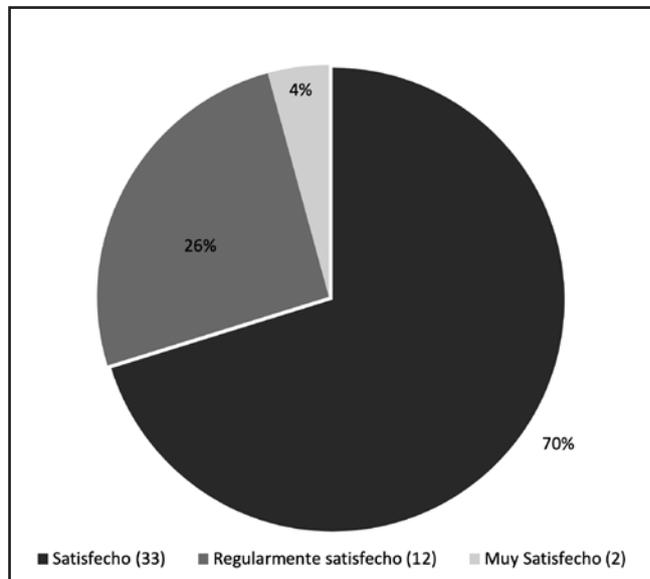


Figura 2. Nivel de satisfacción.

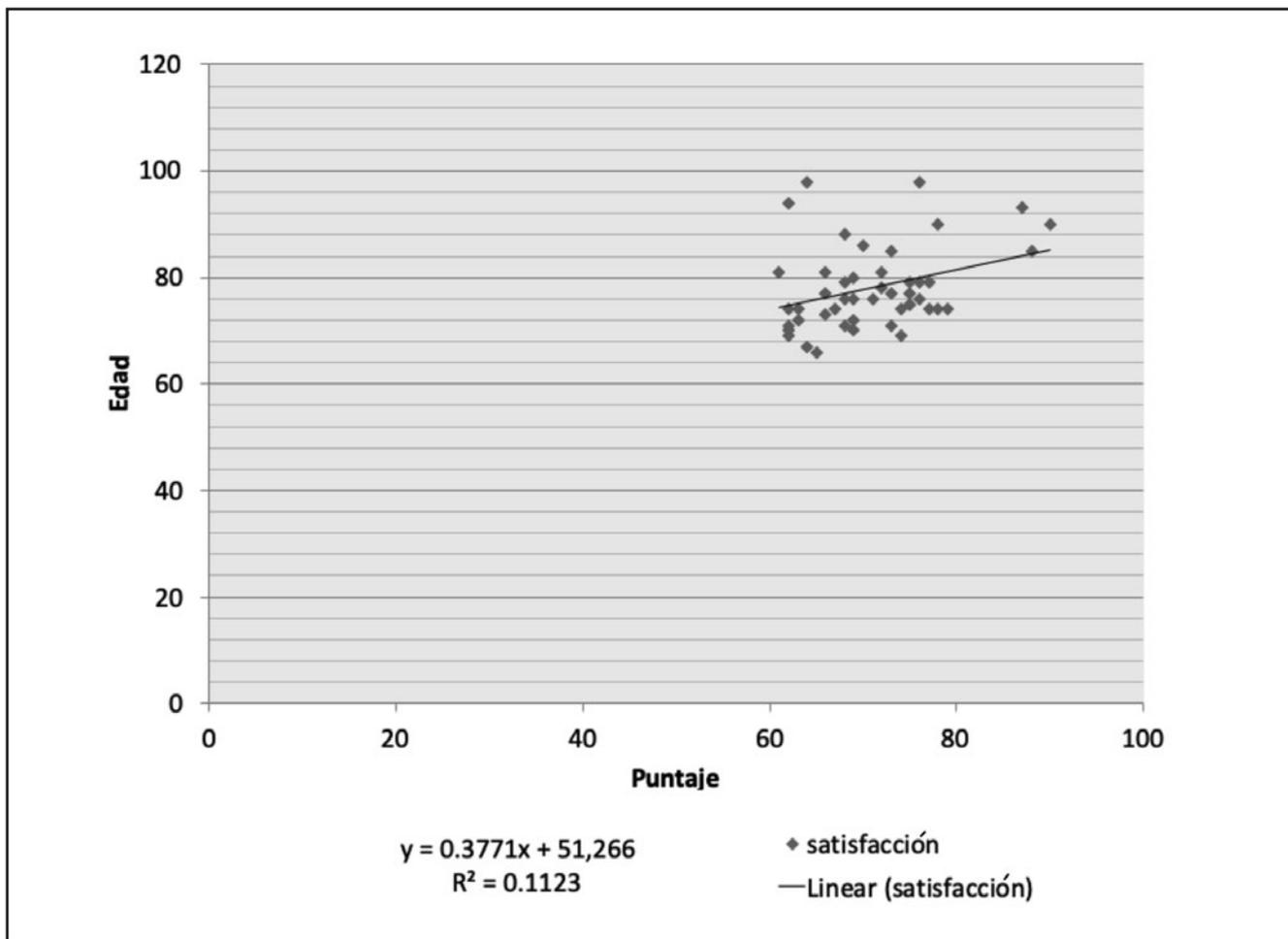


Figura 3. Diagrama de dispersión entre la variable edad y la satisfacción obtenida.

En relación con la edad, se observa una correlación lineal con tendencia positiva, con un Ro de 0.11 (entre más grande es Ro, más dependencia hay entre las variables), lo que significa que a mayor edad mayor satisfacción (Fig. 3).

Respecto a la escolaridad, se observa una correlación lineal con tendencia negativa con un Ro de 0.6, lo que significa que a menor escolaridad mayor satisfacción (Fig. 4).

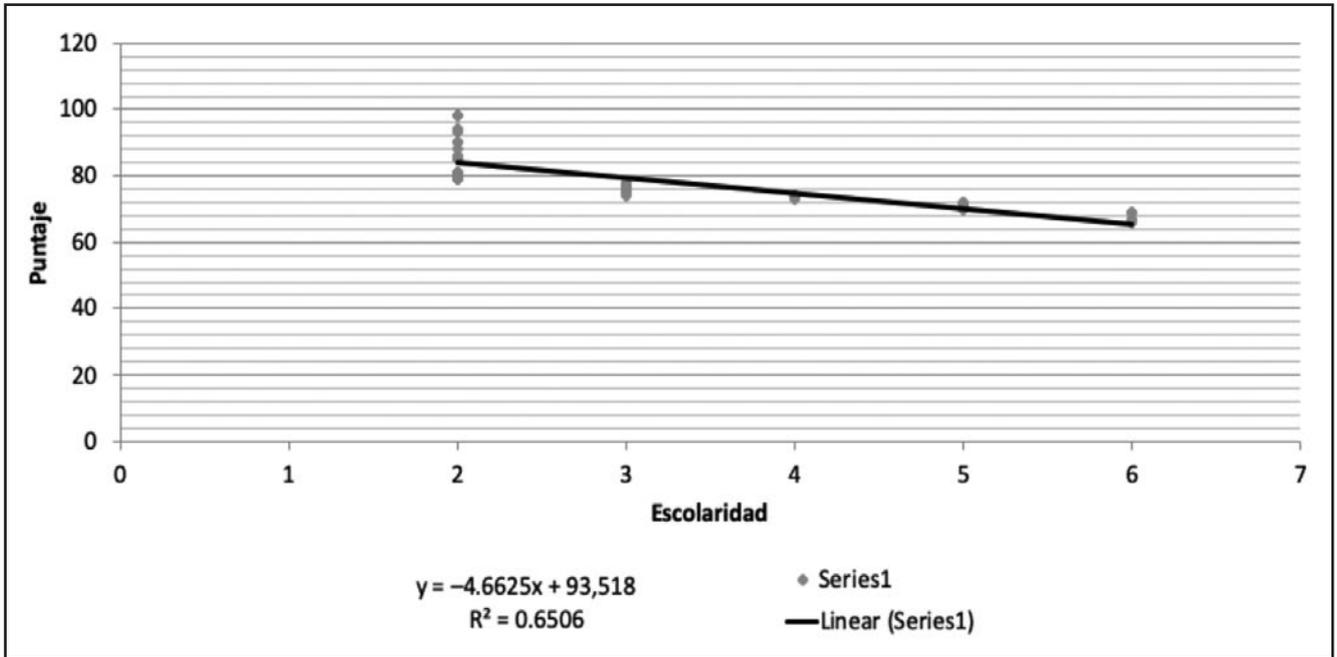


Figura 4. Diagrama de dispersión entre la escolaridad y la satisfacción de la muestra de adultos mayores hospitalizados en el ISSSTE de Aguascalientes.

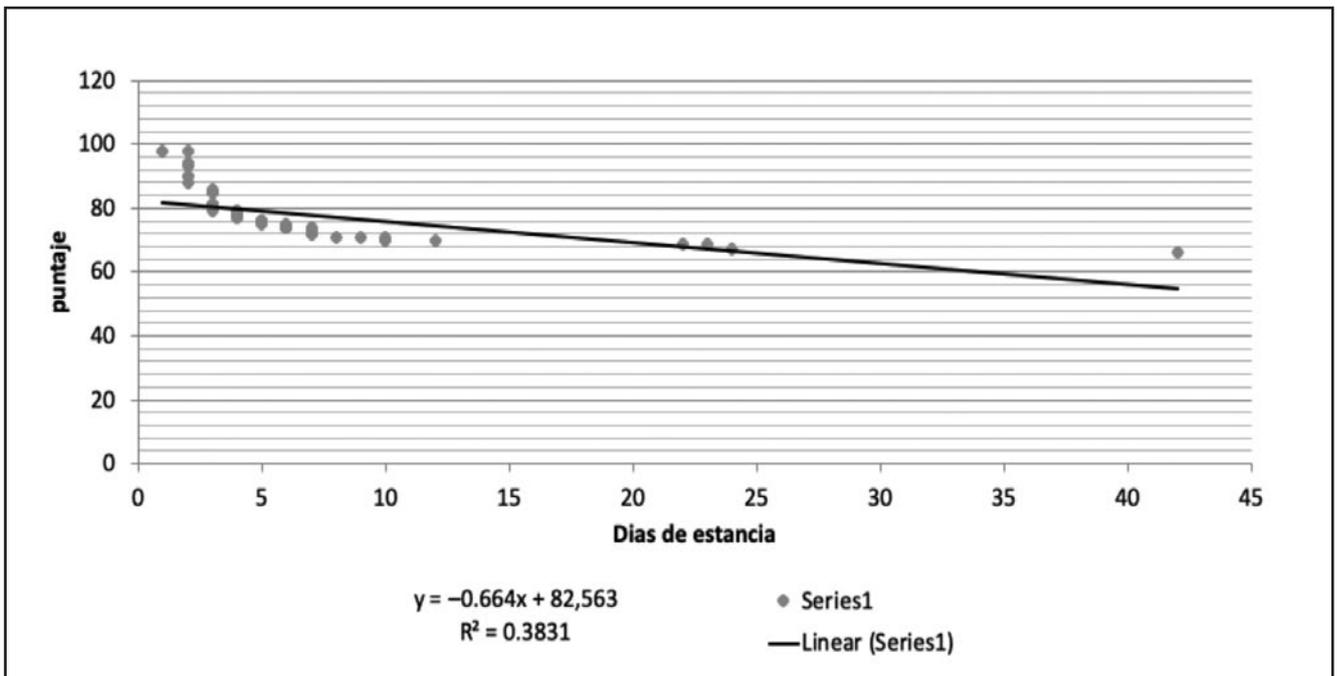


Figura 5. Diagrama de dispersión entre «días de estancia» y la satisfacción de la muestra de adultos mayores hospitalizados en el ISSSTE de Aguascalientes.

Y en lo relativo a la estancia hospitalaria, se observa una correlación lineal con tendencia negativa con un Ro de 0.3, lo que significa que a mayor estancia hospitalaria, menor satisfacción (Fig. 5).

Discusión y conclusiones

Concordamos con Cortés, et al., ya que nos refiere en su estudio, que las variables sociodemográficas modifican la satisfacción del usuario, especialmente las variables «es-

colaridad» y «días de estancia hospitalaria». Son factores que juegan un papel central en la percepción del individuo respecto a las requisiciones que precisa el cuidado de enfermería otorgado durante una estancia hospitalaria. Los estadísticos arrojaron que la muestra de usuarios adultos mayores tiene un nivel satisfecho con tendencia a regularmente satisfecho sobre el cuidado de enfermería otorgado, concordando así con la autora Alvarado Alfaro⁷ en cuanto al resultado global de ambas muestras; por lo tanto, diferimos de García Hernández, et al.⁴ y con Álvarez,

et al.⁶, ya que en sus investigaciones pronostican que más de la mitad de los adultos mayores hospitalizados estarán muy satisfechos con el cuidado de enfermería, a diferencia de nuestro estudio, en el cual solo el 4% de nuestra muestra estuvo muy satisfecho, concordando nuevamente con Alvarado Alfaro⁷, ya que la menor proporción de su muestra se manifestó muy satisfecha.

En el presente estudio, el sexo con mayor satisfacción fue el femenino, por lo que discrepamos de Álvarez, et al.⁶, ya que concluye que el sexo que presentará una mejor satisfacción será el masculino. Asimismo, este autor refiere que los usuarios con educación superior presentan una satisfacción más alta, lo que se contrapone con nuestros resultados de la variable «escolaridad», la cual muestra que los usuarios con una escolaridad más baja se comportarán más satisfechos.

En las tres dimensiones en las que se divide el instrumento, las que obtuvieron mayor puntaje de satisfacción fueron la de confianza y cuidado técnico profesional, concordando así con la autora Ruiz Montes⁹, que nos menciona en su estudio que la dimensión con mayor puntuación fue «confianza».

Respecto al estado civil, la evidencia estadística infiere que los usuarios más satisfechos fueron los que se encontraban casados, coincidiendo de nueva cuenta en esta variable con las conclusiones de Ruíz Montes, et al.⁹

En este estudio se evidencia que los pacientes perciben una mejor satisfacción cuando están poco tiempo hospitalizados y a medida que aumentan los días de estancia hospitalaria, la satisfacción respecto del cuidado de enfermería se va deteriorando, tal como mencionan García Hernández, et al.⁴

Posterior al análisis de los datos obtenidos y teniendo en cuenta el objetivo del estudio, podemos concluir que el nivel de satisfacción del usuario adulto mayor se relaciona estadísticamente con las variables sociodemográficas. Las variables con mayor influencia son: escolaridad, ocupación y días de estancia hospitalaria.

La dimensión en la que hubo una mayor satisfacción fue «confianza» y «cuidado técnico profesional». En la dimensión «educación al paciente» el índice de satisfacción fue menor en los grados más bajos de formación académica, lo que evidencia la falta de compromiso por parte de enfermería para darse el tiempo de explicar detenidamente los procedimientos realizados en lo asistencial y la carencia de promoción a la salud en los pacientes adultos mayores debido a la complejidad para educar a este grupo de edad.

Proponemos desarrollar programas de capacitación para las enfermeras asegurando que se adquieran conocimientos para la atención integral del adulto mayor, garantizando la satisfacción de sus necesidades físicas, emocionales, sociales, espirituales, culturales y de salud en

todos los niveles de prevención y atención y estimular la creatividad en los estudiantes de enfermería para el diseño de materiales didácticos, programas recreativos, sociales y educativos dirigidos al adulto mayor.

Si bien nuestra hipótesis se rechaza, al no haber encontrado algún dato con significancia estadística mayor, pudimos encontrar algunos datos que afectan los resultados de la muestra y por lo tanto son de mayor interés para el presente trabajo, los cuales son la edad, la escolaridad y los días de estancia hospitalaria.

Creemos que es interesante el cómo se comportan estas variables y por qué a este tipo de población le satisface de manera diferente el cuidado que se les otorga.

La edad es una variable importante, ya que cada grupo de edad se comporta de manera diferente. Tienen distintos padecimientos de salud, experiencias de vida y percepción. La generación de adultos mayores de la actualidad presenta una media de escolaridad baja. La falta de información, la cultura y el sistema de salud, que ha evolucionado en las últimas décadas, han hecho que la generación más joven sea la que posee mayor información sobre los cuidados y la atención a la salud.

Las intervenciones y actividades de enfermería van en aumento conforme a la estancia del paciente, lo que ocasiona en este un desgaste tanto físico como emocional y social. Estar en el hospital le provoca temor, ansiedad o desesperanza, lo que ocasiona que en muchas ocasiones ya no permitan que se les realicen los tratamientos. Todos estos factores combinados son los que afectan el nivel de satisfacción respecto al cuidado otorgado por el personal de enfermería.

A más días de estancia hospitalaria, el índice de satisfacción se reduce. La condición sociodemográfica en conjunto no influye de manera significativa en la satisfacción, pero al momento de desglosarlas una por una, se logra observar que sí hay interacción entre ellas, dándonos a pensar en cuáles más de esas variables podemos obtener información para que se comporten de tal manera, y tratar de medir los aspectos cualitativos de cada variable para obtener un panorama más amplio de ellas.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores público, comercial o sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores manifiestan no tener ningún conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q.* 2005;83(4):691-729.
2. Zas B. La satisfacción como indicador de excelencia en la calidad de los servicios de salud. *Psicología-Científica.com.* Agosto 26 de 2002. Disponible en: <http://www.psi-cologiacientifica.com/bv/psicologia-80-1-la-satisfaccion-como-indicador-de-excelencia-en-la-calidad-d.html>
3. Cortés D, Serrezuela A. Nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias, frente a la atención de Enfermería en una Institución de cuarto nivel de atención en salud. *Revista Calidad Asistencial.* 2008;16:102-6.
4. Romero L. Percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión [Tesis de licenciatura en enfermería]. [Lima, Perú]: Facultad de Medicina Humana, E.A.P. de Enfermería; 2008. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/482/Romej;jsessionid=0A0523ACD31758B09A603B8A53146258?sequence=1>
5. García-Hernández MD. Satisfacción del usuario adulto mayor con la calidad de la atención de enfermería en el hospital general Cunduacán Tabasco. *Horizonte Sanitario.* 2008;07(3).
6. Contreras R, Coronado M, López N, Aguilar R, Félix A, Vega M. Satisfacción con el cuidado de enfermería del adulto mayor hospitalizado. *Enfermería Universitaria EN-EO-UNAM (México).* 2008;5(1):14-20.
7. Álvarez R, Olivares R, Cadena E, Olvera A. Satisfacción de los pacientes hospitalizados con la atención de enfermería. *Enf Neurol (Mex).* 2012;11(2):34-40.
8. Alvarado S. Cuidado de enfermería y satisfacción del adulto mayor, Hospital Santa María del Socorro de Ica. *Rev Enferm Vanguard.* 2014;4(1):16-23.
9. Zavala G. Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que brinda la enfermera en el servicio de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo en el 2009. [Tesis de licenciatura en enfermería]. [Lima, Perú]: Facultad de Medicina Humana, E.A.P. de Enfermería; 2010. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1234>



Estudio de caso aplicado a persona postoperada de mastectomía radical derecha

Applied study case to postoperated person with right radical mastectomy

Rocío A. Ruiz-Salazar^{1*}, Rocío N. Ortiz-García² y José A. López-Vásquez³

¹Unidad de Posgrado, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México; ²Servicio de Quirófano de Enfermería;

³Coordinación de Investigación de Enfermería, Subdirección de Enfermería. Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, San Bartolo Coyotepec, Oax. México

Resumen

Objetivo: Atender las necesidades postoperatorias de la mastectomía radical derecha para la prevención de complicaciones, permitiendo el egreso hospitalario. **Material y método:** Diseño, estudio de caso. Estudio de caso de enfermería mediante las etapas del proceso de atención de enfermería y la teoría de Virginia Henderson, misma que se utilizó para la recogida de la información como fuente primaria mediante un instrumento basado en las necesidades. **Resultados:** Se desarrollaron cuatro planes de cuidados: 1) dolor agudo relacionado con herida quirúrgica en pectoral derecho manifestado por facies, posturas de alivio con escala visual analógica (EVA) de 7 puntos; 2) duelo relacionado con mastectomía radical derecha manifestado por tristeza, preocupación y apatía por la pérdida; 3) riesgo de infección del sitio quirúrgico relacionado con descontrol glucémico, sobrepeso y desconocimiento del manejo del drenaje y herida quirúrgica, y 4) riesgo de desarrollo de linfedema relacionado con realización de cirugía cerca de las vías linfáticas. **Conclusiones:** El estudio permitió atender las necesidades de la persona en la fase postoperatoria, logrando con ello el alivio del dolor y duelo referido, así como también la disminución del riesgo del dolor y linfedema, lo que permitió el egreso hospitalario.

Palabras clave: Estudio de caso. Enfermería. Postoperatorio. Mastectomía.

Abstract

Objective: To attend the postoperative needs of right radical mastectomy for the prevention of complications, allowing hospital discharge. **Material and method:** The design was based on a nursing case study through the stages of the nursing care process and the Virginia Henderson's theory, which was used to collect information as a main source by means of an instrument based on needs. **Results:** It was developed in four care plans: acute pain related to surgical wound in right pectoral manifested by facies, relief positions with a 7-point visual analogue scale (VAS); grief related to the right radical mastectomy, manifested by sadness, worry and apathy for the loss; risk of infection of the surgical site related to glycemic decontrol, overweight and lack of awareness in the management of drainage and surgical wound, and risk of developing lymphedema related to the surgery near the lymphatic's tracts. **Conclusions:** The study allowed to meet the needs of the person in the postoperative phase, thereby achieving pain relief and referred grief; as well as the risk of infection and lymphedema, allowing hospital discharge.

Key words: Case reports. Nursing. Postoperative. Mastectomy.

Correspondencia:

*Rocío A. Ruiz-Salazar

E-mail: adyrs2501@gmail.com

Fecha de recepción: 12-08-2019

Fecha de aceptación: 06-01-2020

Introducción

El cáncer de mama es una de las entidades con mayor prevalencia en el mundo, ubicándose entre las principales causas de mortalidad. Se estima que cada año se diagnóstica a un millón de mujeres, de las cuales 400,000 mueren, lo que ha llevado a predecir para el año 2030 un aumento a 20 millones, donde dos tercios de los casos ocurrirán en los países de menor desarrollo¹⁻³. En México se considera un problema de salud pública, debido a su impacto social, político, económico y en la salud⁴. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, en el 2015 el cáncer de mama y cervicouterino supuso el 25.7% de las defunciones en la población femenina⁵; aunado a ello, el Consejo de Salubridad General incluye la entidad dentro de la lista de enfermedades generadoras de gastos catastróficos⁶.

Existen distintas conceptualizaciones del cáncer de mama, sin embargo, el consenso científico la define como la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células con genes mutados, que actúan suprimiendo y estimulando la continuidad del ciclo celular perteneciente a distintos tejidos de una glándula mamaria. Entre las causas atribuibles al desarrollo se encuentran las heredofamiliares, síndromes genéticos y alteraciones en genes, mismos que pueden potenciarse por la presencia de factores de riesgo, entre los que se encuentran: edad, antecedentes patológicos familiares, antecedentes de menarquia precoz, menopausia tardía, antecedentes de enfermedad fibroquística y uso de anticonceptivos orales¹.

El tratamiento para el cáncer de mama se centra, principalmente, en radioterapia, quimioterapia, tratamientos hormonales y cirugía. Esta última es el procedimiento estándar en el tratamiento, ya que consiste en la extirpación de la mama, parte de la pared torácica y nódulos. La elección de un tratamiento obedece al estadio de la enfermedad, metástasis o daño a otros órganos^{7,8}. Por ello, el establecimiento de programas quirúrgicos de suma importancia, por un lado, como parte de la calidad y seguridad que otorga el establecimiento de salud, y por el otro como método preventivo, curativo y de recuperación de la persona, que, en conjunto, permite el restablecimiento de la salud⁹.

Es por ello que el estudio se basa en los cuidados perioperatorios, en la fase postoperatoria de una persona sometida a mastectomía radical, con el objetivo de lograr la pronta recuperación y prevención de complicaciones. El abordaje de este se da por medio del uso de la teoría de enfermería de Virginia Henderson, que infiere que la persona es el individuo que requiere de los cuidados de enfermería para preservar su salud y la adquisición de su independencia por medio de la satisfacción de las 14 necesidades humanas básicas: necesidad de respirar normalmente, comer y beber adecuadamente, eliminar por

todas las vías corporales, mover y mantener posturas adecuadas, dormir y descansar, vestir, mantener la temperatura corporal, mantener la higiene corporal y la integridad de la piel, evitar peligros ambientales y lesionar personas, comunicar con los demás expresando emociones, vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias, realización personal, participar en actividades recreativas, y aprender y descubrir o satisfacer la curiosidad. Además, el estudio de caso se integra por intervenciones dependientes, independientes e interdependientes de enfermería basadas en la evidencia científica, estipuladas en los planes integrales¹⁰.

Ortega, et al. evidenciaron la importancia de brindar educación e información de los factores de riesgo, estimular la adopción de hábitos saludables y enseñar la técnica de autoexploración de mamas desde el preoperatorio; asimismo, que los cuidados postoperatorios deben centrarse en las etiquetas diagnósticas de enfermería de dolor agudo, trastorno de la imagen corporal, riesgo de infección y duelo, atendidas por medio de intervenciones con fundamento científico¹¹. Por otro lado, Villacorta plantea que tras el alta hospitalaria se debe realizar una valoración biopsicosocial, sexual y una correcta planificación de cuidados, enfocados a resolver los problemas de ansiedad, baja autoestima situacional y trastorno de la imagen corporal, que ocasionan sentimientos de ansiedad, depresión, trastornos del sueño, y que pueden llevar a la somatización o al síndrome de dolor postmastectomía¹².

Una de las principales complicaciones de la mastectomía es el linfedema postoperatorio, por lo que Argüelles y Fernández sugieren para su prevención la educación de conductas saludables: uso de vestimenta adecuada; cuidados en el aseo personal; tipo de alimentación, trabajo y tareas domésticas; tipo de actividad física; ejercicios de cuello, hombros, muñeca, manos, brazos; ejercicios con barra, elevación del miembro afectado; presoterapia; drenaje linfático manual; fisioterapia descomestiva compleja, y tratamiento farmacológico¹³.

Objetivo

Atender las necesidades postoperatorias de una persona con mastectomía radical derecha para la prevención de complicaciones, con base en la teoría de Virginia Henderson.

Material y método

El estudio de caso se llevó a cabo del 10 al 17 de diciembre de 2018 en un hospital de segundo nivel de atención del Estado de Oaxaca, México, utilizando del 10 al 12 de diciembre para la ejecución de las intervenciones y del 13 al 17 para seguimiento domiciliario vía telefónica. Las intervenciones fueron efectuadas mediante sesiones de dos

horas en cada turno, las llevó a cabo la investigadora principal en la unidad del paciente.

El estudio se estructuró en las etapas (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación) del proceso de atención de enfermería y la teoría de enfermería de Virginia Henderson, misma que se utilizó para la recogida de la información como fuente primaria mediante un instrumento basado en las necesidades, el cual fue elaborado por los estudiantes del posgrado de enfermería perioperatoria del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca (sede de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México).

Los juicios clínicos de enfermería se emitieron en el formato PES (problemas, etiología y sintomatología). Se obtuvieron un total de cuatro diagnósticos, dos reales y dos de riesgo, cada uno con un plan de cuidados de enfermería e intervenciones basadas en evidencia científica. Cabe mencionar que el estudio de caso se desarrolló con el consentimiento informado de la persona, se siguieron las directrices de la Declaración de Helsinki y las conductas éticas emitidas en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Presentación del caso

Antecedentes

Mujer de 76 años de edad, nacida el 11 de agosto de 1942, originaria y residente en la ciudad de Oaxaca, México. La paciente presentaba resistencia a la insulina, prediabetes desde hace 4 años e hipotiroidismo en tratamiento (levotiroxina 50 mcg cada 24 horas, metformina 850 mg cada 12 horas y atorvastatina 20 mg cada 24 horas); con antecedentes quirúrgicos de histerectomía abdominal total a los 44 años y antecedentes familiares de hipertensión, diabetes y cáncer de mama.

Refiere que el padecimiento inicio hace dos años por autodetección de nódulo en mama derecha con retracción del pezón, sin tratamiento, motivo por el cual se le realizó mastografía, ultrasonido y biopsia, encontrando en la mama derecha un tumor de 4.5 x 4 cm, retroareolar, duro, con retracción del pezón, y adenopatía axilar etapa IIA; el resultado de la biopsia fue carcinoma ductal infiltrante G II, por lo que se diagnosticó cáncer de mama derecha T2 N1 MX.

Estado actual

Actualmente con abordaje posquirúrgico de mastectomía radical modificado tipo Madden del lado derecho, con el siguiente tratamiento: levotiroxina 50 mcg cada 24 horas, metformina 850 mg cada 12 horas, atorvastatina 20 mg cada 24 horas, cefotaxima 1 g intravenoso cada

12 horas, metamizol 1 g intravenoso cada 8 horas alternado con ketorolaco 30 mg intravenoso cada 8 horas.

En el momento de la valoración se encuentra consciente, orientada, con palidez de tegumentos, facies de dolor con escala visual analógica (EVA) de 7 puntos, portadora de Drenovac de ¼ con contenido hemático y vendaje en mama derecha, catéter venoso periférico n.º 18 en el dorso de la mano derecha, infundiendo una solución de Hartman 1,000 para 24 horas.

Valoración de enfermería

- Necesidad de respirar: frecuencia (20 respiraciones por minuto), profundidad, regularidad, movimientos, saturación (94%) y permeabilidad sin alteraciones.
- Necesidad de nutrición: peso de 58.1 kg, estatura de 1.40 m con índice de masa corporal de 29.64 (sobrepeso); presencia de distensión abdominal, náuseas al inicio de la vía oral y descontrol glucémico (con valor de 149 mg/dl).
- Necesidad de eliminación: herida quirúrgica tipo Stewart en pectoral derecho, con bordes bien afrontados, sin datos de sangrado y/o infección, con Drenovac de ¼ con contenido hemático y gasto de 130 mililitros en 24 horas. Presencia de sonda vesical n.º 22 con volumen urinario de 1,100 en 24 horas, gasto urinario normal de 0.86 cc/kg/h, características urinarias normales.
- Necesidad de moverse y mantener buena postura: deambulación precoz con disminución de la fuerza por dolor en pectoral derecho manifestado por facies y adopción de posturas debido a la presencia de herida quirúrgica.
- Necesidad de dormir y descansar: insatisfacción en el descanso-sueño por factores estresantes del entorno hospitalario, con fatiga aguda y dificultad para conciliar el sueño.
- Necesidad de vestirse/arreglo personal: dificultad para vestirse de forma autónoma por dolor en pectoral derecho.
- Necesidad de mantener la temperatura corporal: eutérmica (36.2 °C).
- Necesidad de mantener la higiene corporal: requiere de ayuda para el baño.
- Necesidad de evitar los peligros ambientales y lesionar personas: tristeza, preocupación, apatía referida por la cirugía; además, dolor en pectoral derecho en escala de EVA de 7 puntos con presencia de facies de dolor, descontrol glucémico de 149 mg/dl, con riesgo de aparición de linfedema por cirugía realizada.
- Necesidad de comunicarse con los demás expresando emociones: lenguaje adecuado, organizado, coherente en ideas, expresión verbal normal, sin limitaciones; estado mental sin alteraciones.

Tabla 1. Plan de cuidados: dolor agudo

Necesidad alterada	Necesidad de moverse y mantener buena postura	Fuente de dificultad	Fuerza	Voluntad	Conocimiento
Grado de dependencia	Dependiente	Rol de enfermería	Sustituta	Compañera	Educadora
Diagnóstico de enfermería	Dolor agudo relacionado con herida quirúrgica en pectoral derecho manifestado por facies, postura de alivio y escala de EVA de 7 puntos				
Objetivo de enfermería	Reducir el dolor a un grado tolerable				
Objetivo de la persona	No sentir dolor o mantenerlo a un grado tolerable				
Intervención de enfermería	Fundamentación científica (EBES)				
Valoración del grado de dolor	La valoración del dolor debe incluir un interrogatorio preciso dirigido a la localización e intensidad, recomendando el uso de la EVA ^{14,15}				
Proporcionar analgesia preventiva: Citrato de fentanilo y AINE (diclofenaco, ketorolaco, clonixinato de lisina y metamizol sódico)	La analgesia preventiva para el control del dolor posterior a mastectomía radical es considerada una opción para síndromes dolorosos moderados o severos de difícil control ¹⁶				
Manejo de analgésicos: Fármacos no opioides: aspirina, paracetamol y AINE Fármacos opioides: morfina, fentanilo, buprenorfina, pentazocina y meperidina	El control adecuado del dolor permite la movilización precoz del paciente ¹⁶ . La OMS recomienda para el control del dolor leve o moderado iniciar con fármacos no opioides, y en caso de dolor intenso, medicamentos opioides ¹⁷				
Proporcionar apoyo emocional	Las medidas de apoyo emocional son un método para tratar problemas de naturaleza emocional, llevando al paciente a un equilibrio emocional y psicológico ¹⁶				
Evaluación de la respuesta de la persona	Se observa mejoría del dolor en pectoral derecho, logrando la movilización de la persona con un valor en la escala de EVA de 3				

AINE: antiinflamatorios no esteroideos; EBES: enfermería basada en evidencia; EVA: escala visual analógica; OMS: Organización Mundial de la Salud.

Tabla 2. Plan de cuidados: duelo

Plan de cuidados					
Necesidad alterada	Necesidad de evitar los peligros ambientales y lesionar personas; ocupación para autorrealizarse y participar en actividades recreativas	Fuente de dificultad	Fuerza	Voluntad	Conocimiento
Grado de dependencia	Dependiente	Rol de enfermería	Sustituta	Compañera	Educadora
Diagnóstico de enfermería	Duelo relacionado con mastectomía radical derecha manifestado por tristeza, preocupación y apatía por la pérdida				
Objetivo de enfermería	Mejorar el estado emocional de la paciente y favorecer la autoaceptación de los efectos de la cirugía realizada				
Objetivo de la persona	Mejorar el estado emocional				
Intervención de enfermería	Fundamentación científica (EBES)				
Favorecer la autoestima, afrontamiento y apoyo social, entre ellos: favorecer el contacto y comunicación con los familiares, expresión de emociones y sentimientos, escucha activa, relatos de situaciones similares y reminiscencia	La mujeres que poseen altos niveles de autoestima, apoyo social y mejores estilos de afrontamiento tendrán un mayor bienestar psicológico ⁷				
Reestructuración de ideas disfuncionales relacionadas con la imagen corporal, aceptación de la nueva imagen y cambio de ideas relacionadas con el concepto de mujer	Ante la pérdida de un seno, las consecuencias psicológicas repercuten en la autoimagen; a nivel emocional, pueden presentar miedo, rabia, tristeza, trastornos de ansiedad y depresión ⁷				

(continua)

Tabla 2. Plan de cuidados: duelo (continuación)

Establecer red de apoyo psicoterapéutica e interconsulta con psicología y tanatología	Las estrategias de apoyo psicoterapéuticas brindan a la persona la oportunidad de conocer otro tipo de recursos que le permiten sobrellevar los efectos de la cirugía ⁷
Evaluación de las respuestas de la persona	La persona mostró ligeros signos de optimismo y aceptación; tras el alta hospitalaria se dio seguimiento vía telefónica a la persona, misma que refirió dar continuidad a las recomendaciones de enfermería y las citas con psicología y tanatología

EBES: enfermería basada en evidencia.

Tabla 3. Plan de cuidados: riesgo de infección del sitio quirúrgico

Plan de cuidados					
Necesidad alterada	Necesidad de nutrición y eliminación	Fuente de dificultad	Fuerza	Voluntad	Conocimiento
Grado de dependencia	Completamente dependiente	Rol de enfermería	Sustituta	Compañera	Educadora
Diagnóstico de enfermería	Riesgo de infección del sitio quirúrgico relacionado con descontrol glucémico (149 mg/dl), sobrepeso y desconocimiento del manejo del drenaje y de la herida quirúrgica				
Objetivo de enfermería	Evitar que la herida quirúrgica sea invadida por microorganismos patógenos				
Objetivo de la persona	Obtener el alta hospitalaria sin infecciones del sitio quirúrgico				
Intervención de enfermería	Fundamentación científica (EBES)				
Valoración de la herida quirúrgica y realización de curación de herida	La curación de la herida debe realizarse con suero fisiológico, usar la mínima fuerza mecánica, valorar las características de la herida incluyendo: olor, tamaño y color ¹⁸				
Enseñar al paciente y familiares los signos y síntomas de infección	Los signos y síntomas de infección son: edema, eritema, calor en la herida, salida de material purulento, olor fétido y fiebre ¹⁸				
Verificar la permeabilidad y fijación del drenaje en cada turno	El drenaje quirúrgico debe permanecer permeable para que las secreciones acumuladas puedan escapar del lecho de la herida y que los puntos de conexión entre el evacuador y los tubos se encuentren intactos ¹⁸				
Verificar el apego al tratamiento farmacológico y no farmacológico, mediante la valoración glucémica	La diabetes está asociada con una mayor incidencia de infección en la herida quirúrgica, así como la malnutrición, los tratamientos con radioterapia o esteroides ¹⁹				
Evaluación de las respuestas de la persona	Se realizó un manejo adecuado de la herida quirúrgica durante la estancia hospitalaria, donde se educó a la persona y a los familiares sobre los cuidados y la identificación de signos y síntomas de infección; además, durante la estancia los valores promedios de glucemia fueron de 110 mg/dl				

EBES: enfermería basada en evidencia.

- Necesidad de vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores: profesa la religión católica, refiere que Dios la ayudará.
- Necesidad de ocupación para autorrealizarse: tristeza, apatía, preocupación referida por la resección de mama.
- Necesidad de participar en actividades recreativas: preocupación y sensación de aburrimiento referida.
- Necesidad de aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad: refiere falta de información acerca del padecimiento y los cuidados básicos.

Desarrollo de plan de cuidados

En las tablas 1-4 se muestran los planes de cuidados de enfermería con intervenciones basadas en la evidencia científica en orden de prioridad.

Conclusión

El estudio permitió atender las necesidades de una persona en la fase postoperatoria de mastectomía radical derecha mediante la inclusión de la evidencia científica, lo

Tabla 4. Plan de cuidados: riesgo de desarrollar linfedema

Plan de cuidados					
Necesidad alterada	Necesidad de evitar los peligros ambientales y lesionar personas	Fuente de dificultad	Fuerza	Voluntad	Conocimiento
Grado de dependencia	Completamente dependiente	Rol de enfermería	Sustituta	Compañera	Educadora
Diagnóstico de enfermería	Riesgo de desarrollar linfedema relacionado con realización de cirugía cerca de las vías linfáticas				
Objetivo de enfermería	Reducir el riesgo de aparición de linfedema				
Objetivo de la persona	Evitar complicaciones				
Intervención de enfermería		Fundamentación científica (EBES)			
Vigilar signos y síntomas de linfedema: sensación de pesadez en el brazo, endurecimiento, pérdida de sensibilidad, piel engrosada, aumento del diámetro del brazo, dolor, dificultad en la movilización, aparición de surcos y grietas, aparición de linforrea		Una de cuatro mujeres puede desarrollar linfedema secundario a cirugía cerca de las vías linfáticas. Debido a que el edema posquirúrgico puede acontecer de forma natural, se debe esperar 6 semanas para determinar si existe linfedema ¹³			
Vigilar presencia de linfangitis: eritema, dolor intenso, incremento del edema y fiebre		La linfangitis (infección) es una complicación del linfedema ¹³			
Elevación del miembro afectado		Consiste en la elevación de la extremidad para reducir la presión hidrostática intravascular y, así, disminuir la producción de líquido linfático ¹³			
Utilización de presoterapia: prendas (mallas) de compresión, vendaje compresivo y bombas neumáticas de compresión		La presoterapia realiza compresión externa para el drenaje de fluidos. Los vendajes compresivos se deben realizar con movimientos en espiral y de forma oblicua y sin superar los 2/3 de la extremidad afectada. Las bombas unicamerales proporcionan compresión intermitente no segmentada a lo largo de todo el brazo tratado. Las bombas multicamerales proporcionan compresión secuencial de distal a proximal. La presión no debe superar los 30-40 mmHg. La terapia de bombeo está contraindicada si existe una infección activa o trombosis venosa profunda en el miembro afectado ¹³			
Intervención de enfermería		Fundamentación científica (EBES)			
Educar a la persona y familiar sobre: Uso de vestimenta y accesorios que no compriman el pecho ni el brazo afectado; utilizar jabones neutros, dejar la piel libre de humedad, uso de crema hidratante, no exponerse al sol; dieta equilibrada y rica en frutas, verduras y legumbres. Evitar el alcohol, tabaco y el exceso de sal; no cargar peso con el brazo afectado; evitar sobreesfuerzos y aquellos deportes que utilizan los brazos; evitar tomar la tensión arterial en el brazo afectado, evitar las punciones en este brazo; dormir con el brazo por encima del nivel del corazón		Las recomendaciones mencionadas previenen y evitan el desarrollo del linfedema ¹³			
Realizar ejercicios de rehabilitación de cuello, hombros, muñeca y brazos		Los ejercicios ayudan a desarrollar la circulación linfática colateral, basándose en ejercicios limitados, centrados en la mano y antebrazo, que comiencen el primer día del postoperatorio ¹³			
Evaluación de las respuestas de la persona	En la estancia y egreso hospitalario no se desarrolló linfedema, refiriendo la persona el seguimiento de los cuidados a nivel domiciliario				

EBES: enfermería basada en evidencia.

que permitió la toma de decisiones clínicas, mismas que le permitirá al profesional de enfermería la disminución de la variabilidad en la práctica. El uso de la teoría de enfermería de Virginia Henderson logró identificar las necesidades prioritarias, mismas que se centraban en el dolor, duelo y en el riesgo de infección y de linfedema, donde las intervenciones condujeron a un reingreso hospitalario exitoso; aunado a ello, el uso de constructos teóricos muestra los distintos abordajes clínicos en enfermería y su aplicabilidad en el quehacer profesional.

La falta de estudios de casos basados en el fenómeno de estudio y en los postulados teóricos de Virginia Henderson imposibilita el contraste de resultados; sin embargo, la evaluación de cada plan de cuidado evidenció la atención de cada diagnóstico de enfermería, con resultados tanto cuantitativos como cualitativos.

Bibliografía

- Ramos AYC, Marimón TER, Crespo GC, Junco SB, Valiente MW. Cáncer de mama, su caracterización epidemiológica. *Rev Ciencias Médicas*. 2015;19(4):619-29.
- Duarte TCA. El cáncer de mama, desafío mundial. *Rev Colomb Cancerol*. 2015;19(1):1-2.
- Barrios E, Garau M. Cáncer: magnitud del problema en el mundo y en Uruguay, aspectos epidemiológicos. *Anfamed*. 2017;4(1):9-46.
- Castrezana Campos MR. Geografía del cáncer de mama en México. *Invest Geog*. 2017;93:1-18.
- Reynoso-Noverón N, Torres-Domingues JA. Epidemiología del cáncer en México: carga global y proyecciones 2000-2020. *Rev Latinoam Med Conduct*. 2018;8(1):9-15. Lista actualizada de las enfermedades que ocasionan gastos catastróficos [Internet]. México: Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Gobernación, Consejo de Salubridad General; 15 de junio de 2017. Disponible en: http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/priorizacion/gastos-catastrofos/listado/LISTADO__ACTUALIZADO_ENFERMEDADES.pdf
- Martínez-Basurto AE, Lozano-Arrazola A, Rodríguez-Velázquez AL, Galindo-Vázquez O, Alvarado-Aguilar S. Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2014;13(1):53-8.
- Lluch HA. Nuevos restos en el tratamiento y la investigación del cáncer de mama. *Med Segur Trab*. 2016;(62):113-5.
- Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Rev Med Clin CONDES*. 2017;28(5):785-95.
- Naranjo HY, Rodríguez LM, Concepción PJA. Reflexiones conceptuales sobre algunas teorías de enfermería y su validez en la práctica cubana. *Rev Cuba Enferm*. 2016; 32(4):126-38.
- Ortega-López RM, Tristan-Rodríguez A, Aguilera-Pérez P, Pérez-Vega ME, Fang-Huerta MA. Cuidado de enfermería en paciente posoperada de mastectomía: estudio de caso. *Rev Cuid*. 2014;5(2):842-50.
- Villacorta MA, Villacorta MD. Cuidados de enfermería en la mujer con mastectomía profiláctica tras el alta hospitalaria. *ICUE. Investigación y Cuidados de Enfermería*. 2017;2(1).
- Argüelles Otero L, Fernández Prieto T. Atención de enfermería a pacientes con cáncer de mama y en riesgo de desarrollar linfedema. *RqR*. 2014;2(4):50-69.
- Mesas Idáñez A, Nardi Vilardag J (dir.), Ribera Canudas MV (dir.), Vallano Ferraz A (dir.). Guía de práctica clínica para el control del dolor postoperatorio y evaluación de la analgesia postoperatoria [tesis doctoral en Internet]. [Barcelona, España]: Universidad Autónoma de Barcelona; 2015. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10803/322797>
- Guía de práctica clínica sobre cuidados perioperatorios en cirugía mayor abdominal [Internet]. España: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud; 2016. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/gpc/cuidados-perioperatorios-cirugia-mayor-abdominal/>
- González-Arrieta ML, Martínez-Huerta MA, Ramírez-Ramírez ML. Opciones analgésicas para el control del dolor posterior a mastectomía radical. *Cir Ciruj*. 2004; 72:363-8.
- Catálogo Maestro de guías de Práctica Clínica: IMSS-232-09. Guía de práctica clínica: Diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en segundo y tercer nivel de atención. Evidencias y recomendaciones. México, D.F.: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica; 2009.
- Manual clínico para la estandarización del cuidado y tratamiento a pacientes con heridas agudas y crónicas. México: Dirección General de Enfermería, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Secretaría de Salud Federal; 2016.
- Guías de práctica clínica en el SNS. Intervenciones preventivas para la seguridad en el paciente quirúrgico [Internet]. España: Ministerio de Ciencia e innovación; 2010. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_478_Seguridad_Paciente_AIAQS_compl.pdf



Movilidad para la investigación e internacionalización estudiantil, experiencias del programa Delfín

Mobility for research and student internationalization, experiences of the Delfín program

Andrea J. Carbajal-Flores^{1*} y Ana C. Becerra-Pabón²

¹Facultad de Enfermería, Centro Universitario de los Altos, Universidad de Guadalajara, Jal., México; ²Coordinación de investigación, Escuela de Enfermería, Fundación Universitaria Juan N. Corpas, Suba-Bogotá, Colombia

Resumen

Las escuelas y facultades de enfermería deben formar profesionales de alta calidad y con competencias para atender las demandas de la sociedad; proveer a los alumnos de herramientas de pensamiento crítico, facilitará un mejor abordaje del cuidado ante distintas situaciones y contextos de salud. Dichas herramientas son fomentadas desde el proceso de investigación; por lo que algunas instituciones educativas participan en las movilidades estudiantiles con este fin. México y Colombia a través del programa *Delfín*, promueve el desarrollo de investigación para el crecimiento y reconocimiento internacional de enfermería; además de fortalecer en el alumno las habilidades liderazgo que lo incitan al pensamiento científico en beneficio de la práctica en un contexto. La movilidad estudiantil, permite romper las barreras entre culturas para indagar sobre temas de investigación para la toma de decisiones y soluciones en el campo del cuidado. El objetivo de este artículo es socializar la experiencia de movilidad internacional y de qué manera esta contribuye a la formación disciplinaria e investigativa de los futuros enfermeros.

Palabras clave: Intercambio de investigadores. Investigación en enfermería. Colombia. México.

Abstract

Nursing schools and faculties must train high-quality professionals with competencies to meet the demands of society; providing students with critical thinking tools will facilitate a better approach to care in different health situations and contexts. These tools are promoted from the research process; reason why some educational institutions participate in student mobility for this purpose. Mexico and Colombia, through the Delfín program, promotes the development of research for the growth and international recognition of nursing; in addition to strengthening student leadership skills that encourage scientific thinking for the benefit of practice in a context. Student mobility allows us to break down the barriers between cultures to inquire about research topics for decision-making and solutions in the field of care. The objective of this article is to socialize the experience of international mobility and how it contributes to the disciplinary and investigative training of future nurses.

Key words: International educational exchange. Nursing research. Colombia. Mexico.

Correspondencia:

*Andrea J. Carbajal-Flores

E-mail: Andrea.carbajal@alumnos.udg.mx

Fecha de recepción: 05-08-2019

Fecha de aceptación: 29-01-2020

Cómo citar este artículo: Carbajal-Flores AJ, Becerra-Pabón AC. Movilidad para la investigación e internacionalización estudiantil, experiencias del programa Delfín. Rev Mex Enf. 2020;8:113-7.

2339-7284 / © 2020 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Publicado por Permanyer. Éste es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La movilidad estudiantil por investigación es una experiencia enriquecedora que impacta directamente en la vida personal, profesional, social y cultural de un individuo en formación; da como resultado un mayor significado y valoración de los conocimientos adquiridos, identificando las fortalezas y debilidades de su propia formación, basados en la interculturalidad académica que encuentran y viven en espacios distintos a los tradicionales¹.

En México existe un programa de movilidad estudiantil que vigoriza la investigación científica y la participación de investigadores por el mundo, es el programa Delfín. Surgió en el año de 1995 por una propuesta de la Universidad de Occidente del Estado de Sinaloa con apoyo de la Academia Mexicana de Ciencias A. C. y de otras instituciones de educación superior, el objetivo desde entonces ha sido «fortalecer la cultura de colaboración entre las Instituciones de Educación Superior (IES) y los Centros de Investigación integrantes del Programa». Cuenta con más de 212 instituciones afiliadas y distribuidas entre varios países del continente americano y europeo y centra su atención en integrar a jóvenes de licenciatura a proyectos de investigación e innovación científico-tecnológica que han sido registrados por investigadores de las diversas instituciones².

La iniciativa de las IES es incitar el interés de los jóvenes por la ciencia y la tecnología. El programa Delfín ha sido una herramienta de gran impacto en los últimos años, como referencia está la integración desde el año 2014 de instituciones pertenecientes a países como Colombia y Panamá³ y, con el creciente impulso que han tenido, se logró que en el 2019 más instituciones se sumen a la convocatoria de intercambio de investigación.

Aunque se conoce los beneficios que tienen la investigación para la profesión de enfermería, los egresados no cuentan con las competencias que les permitan incidir en esta actividad en su vida laboral, por lo que al término de la formación académica los nuevos profesionistas dedican su tiempo al área técnica, docente y administrativa dejando de lado el ejercicio de la investigación como si fuera una actividad independiente. Se considera que aspectos como la falta de competencias investigativas de los recién egresados y la poca inversión que tradicionalmente hacen algunos países latinoamericanos en investigación o incluso la necesidad económica hacen que las actividades asistenciales sea más atractivas para laborar después egresar de las universidades.

Es por ello que se requiere que desde los programas académicos se fortalezcan en los alumnos las competencias en investigación, así como el compromiso de la investigación con realidad social que impacte en la toma de decisiones acertadas para atender las necesidades de salud y autocuidado.

El objetivo de este artículo es compartir las experiencias de la movilidad internacional estudiantil de alumnos mexicanos para fortalecer las competencias investigativas en el área de enfermería.

Experiencias de investigación verano Delfín

El programa consiste en una estancia de siete semanas dentro del denominado «Verano de la investigación científica y tecnológica del Pacífico»², que comprenden el periodo vacacional de los meses de junio, julio y agosto, donde el alumno se integra a los proyectos de investigación en desarrollo que realizan distinguidos investigadores de las Instituciones de Educación Superior y Centros de Investigación del país y el extranjero. Participan todas las áreas del conocimiento: física y matemáticas, ciencias de la tierra, biología y química, medicina y salud, humanidades y ciencias de la conducta, sociales y económicas, biotecnología y ciencias agropecuarias e ingeniería e industria.

La selección de los candidatos se determina por la trayectoria académica del alumno y su interés de investigación acorde a las líneas de investigación del programa.

En la experiencia propia, participé con un trabajo enfocado al cuidado de enfermería que pertenece a la Fundación Universitaria Juan N. Corpas (Bogotá-Colombia)⁴, llevado a cabo por el semillero (el término «semillero» hace referencia a un grupo de estudiantes que bajo la supervisión de un docente investigador se forma como futuro investigador) de «Género y violencia», en el proyecto denominado: *Funcionalidad familiar y vivencias en la relación de pareja en familias pertenecientes al Ejército Nacional de Colombia*.

Las actividades de mayor impacto en mi experiencia de movilidad fueron: la tutoría y asesoría por medio de reuniones con el semillero de investigación a cargo de la Dra. Ana Cecilia Becerra, el apoyo en aspectos estratégicos de búsqueda de información científica en bases de datos para la elaboración de un estado del arte, y metodologías de investigación como el abordaje con entrevistas en profundidad y la transcripción de estas (las cuales representaron un reto lingüístico y fenomenológico al momento de interpretar algunas frases que las entrevistadas).

En el transcurso de la estancia y de la incorporación al proyecto se pudo descubrir temas de gran interés que afectan la dinámica familiar, la relación de pareja y dificultan el buen funcionamiento del entorno donde se desarrolla la familia de un militar. En estos destacan cuestiones que rebasan fronteras y que se presentan no solo en Colombia, sino también en México: «cuando el militar es padre de familia o jefe de hogar, las decisiones trascendentales del núcleo familiar se ven afectadas, pues el tiempo que esta labor exige reduce la capacidad de

agencia del sujeto, por ende, de la familia»⁵, lo que genera uno de los principales problemas dentro de la familia, suscitando relaciones conflictivas, sentimientos de abandono y deteriorando la comunicación entre la pareja y padre-hijo.

La experiencia cultural enriquecedora incluyó conocer el contexto histórico y cultural de Colombia, teniendo acceso al arte arquitectónico, musical, de pintura y literatura, así como conocer el entretenimiento del que las familias gozan en sus tiempos libres y la manera de interactuar en otros entornos. En conjunto, la adquisición de la información ayudó a generar un proceso, un pensamiento crítico respecto a la problemática que planteaba la investigación y a fortalecer las habilidades personales, interpersonales y de trabajo en equipo, a su vez que a ampliar la perspectiva respecto al panorama que tenía sobre enfermería dentro del ámbito científico y de innovación.

Debilidades de la investigación de enfermería

A lo largo de los años las IES han impulsado cambiar la percepción de los estudiantes de enfermería en el campo de la investigación. Para ello han requerido una visión integral que vaya más allá de la asistencia, incorporando aspectos científicos que validen las acciones, así como fortaleciendo los aspectos éticos, humanos que inciten a los estudiantes y profesionales a cuestionar si las actividades que realizan están basadas en el razonamiento crítico humano de una situación particular del paciente⁶.

La producción de investigación en enfermería en muchos casos carece de abordajes de escenarios reales, frecuentes, de los problemas de salud y autocuidado de la población, por lo que estamos convencidos de que la movilidad estudiantil logrará aportar una visión ampliada en los jóvenes estudiantes.

Es necesario que profesionales y estudiantes de enfermería comiencen a tomar papel en la investigación y la producción de artículos de investigación en forma frecuente, por medio de su experiencia en la clínica, la docencia y la administración. Es preciso fomentar la adquisición de competencias investigativas en estudiantes de pregrado, que redunden en profesionales críticos y con un amplio panorama de la profesión, no solo a nivel local, sino también internacional y global. Con el fin de mostrar la importancia que juega el profesional de enfermería en el proceso de salud-enfermedad de un individuo y su familia.

Colombia

En Colombia estudios realizados de manera bibliométrica arrojan resultados que definen la producción cien-

tífica llevada en los últimos años, y en los que se destacan en publicaciones universidades como la Universidad Nacional de Colombia, la Universidad de Antioquía, la Universidad del Valle, la Universidad de la Sabana y la Pontificia Universidad Javeriana⁷. Este incremento, en parte, se debe a la integración de diversos programas de pregrado y posgrado, así como de los espacios para la divulgación, y destaca que son en su mayoría las enfermeras dedicadas a la docencia quienes más publican⁸. A pesar de que Colombia ha tenido crecimiento en producción científica, se debe destacar que aún falta mucho por desarrollar en el ámbito. Velosa y Osorio⁹ señalan, en su estudio a una facultad de enfermería de una universidad privada de Medellín, que enfermería aún requiere vigorizar los estudios de tipo cualitativo y variar las temáticas de investigación, así como el compromiso de los profesionales por difundir el conocimiento mediante revistas y sobre todo fomentar la visibilidad de investigaciones locales, para incrementar así la producción del país.

México

En el caso de México aparece una situación similar, Landeros¹⁰ destaca que son los profesionales de maestría quienes perteneciendo a alguna universidad del país realizan la mayoría de las publicaciones en el campo de enfermería dentro de revistas mexicanas, enfocándose principalmente en temas como el cuidado, el ámbito hospitalario, la comunidad y donde destacan publicaciones en torno a poblaciones vulnerables. A su vez, menciona un punto que impacta en la realidad de la enfermería en México y es la escasez de publicaciones por parte de doctorados, que ocurre principalmente porque sus revistas no hacen parte de la base de datos que avala el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

Los investigadores latinoamericanos se ven expuestos a una dualidad ética, en la que, por un lado, el sistema le exige publicar sus resultados de investigación en revistas indexadas de alta categorización para mantener una especie de estatus investigativo, teniendo que cambiar el idioma original, traduciendo sus resultados al inglés y pagando altas sumas por someter sus artículos a evaluación, tratando de pertenecer a una especie de «élite académica».

Por otro lado se enfrenta al desprecio por la publicación local o con poca categorización, donde, en realidad, se necesitan conocer los resultados de la investigación de forma gratuita de resultados de contenido valioso, pertinentes para las realidades de nuestros países y en nuestro idioma.

En cuanto al cuidado y el desarrollo de la profesión de enfermería, como destacan López, et al.¹¹: «La investiga-

ción, función esencial de enfermería, condiciona la transformación, innovación y actualización del cuidado, lo que genera un impacto en la toma de decisiones al estar estos elementos basados en la evidencia científica». Y si no hay suficientes recursos al alcance de todos los enfermeros, sea cual sea el área geográfica y de práctica donde se encuentren, el crecimiento que lleva la investigación en la enfermería y el cuidado junto al progreso de un país declina.

Por ello es que se debe trabajar desde el pregrado en apoyar la iniciativa que tienen muchos jóvenes por adentrarse en la investigación. Si bien los estudios hacen claridad que a ambos países aún les hace falta trabajar en cuestiones que apoyen la publicación de evidencia científica, comenzar por promover los trabajos de estudiantes de pregrado, puede ser una alternativa que genere semillas de investigación para el futuro de nuestra profesión. Programas de internacionalización como Delfín brindan una posibilidad costo-efectiva plausible, que permite a estudiantes y docentes movilizarse de sus lugares de origen y aprender a investigar y a publicar a partir de la experiencia de otros investigadores.

Conclusión

La experiencia en movilidad estudiantil mediante el programa Delfín, de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas (Bogotá, Colombia) en convenio con México, fue inigualable. Conocer el bagaje cultural y social de otras comunidades permite entender y reconocer el mundo desde otras realidades, además de valorar y entender las propias.

Tuve la oportunidad de fortalecer competencias comunicativas orales y escritas en entornos lingüísticos diferentes, además de desarrollar un anteproyecto de investigación sobre la salud de familias del ejército nacional de Colombia y su análisis bajo la fenomenología.

Desde mi experiencia como alumna beneficiada con la movilidad, el programa aportó fortaleciendo las bases de la enfermería, la vocación y los valores éticos y humanos que me permitirán un ejercicio profesional que impacte no solo en la calidad que se brinda en la atención de los pacientes, sino en la manera de percibir y asociar los cuidados y las intervenciones de forma estandarizada para cada país, bajo el contexto social y cultural del que es propio el mismo, dirigiendo las actividades hacia las necesidades que alberga cada persona, familia y comunidad, y relacionando en el proceso de cuidado, la experiencia e investigaciones que otros países con grandes similitudes han realizado y que, adaptados al contexto y realidad social, son un aporte en el cuidado que como enfermeros brindamos.

Fomentar el proceso de investigación desde el pregrado motivará el interés por la publicación, generando en los estudiantes la experiencia de publicación antes del egreso de las instituciones educativas.

Mejorar el nivel de competencias de investigación en el pregrado asegura para los futuros profesionales de enfermería la formación del pensamiento crítico y la motivación para escribir y publicar sus propias experiencias de cuidado. La incorporación de estudiantes de licenciatura de enfermería a programas como Delfín es una puerta para robustecer el interés de la investigación científica en las generaciones futuras e integrar tanto a alumnos como a profesionales al área de innovación como parte de una tarea más a desempeñar en el quehacer de enfermería. Invito a compañeros estudiantes y docentes a sumarse y participar de esta oportunidad de internacionalización. De acuerdo con lo vivido, esta experiencia fue muy interesante y solo tiene ganancias a nivel académico y personal.

Así pues, la incursión al programa Delfín y lo trabajado en las siete semanas que este duró deja de manera personal la iniciativa de seguir trabajando en el área de investigación, por ello desde el inicio de mi pasantía apunté a la realización de un artículo de reflexión donde pudiera contar mi experiencia e inducir a mis compañeros y más jóvenes a participar también, así como a seguir investigando para que la profesión de enfermería tenga más presencia y logre trascender en investigación y producción científica de valor para nuestra profesión. Este es el producto de mi estancia internacional y espero evidenciar en estas líneas las competencias adquiridas en ella.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencia de los sectores público, comercial o sin ánimo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Santiago AA, García JF, Santiago PR. ¡Movilidad Estudiantil...nuevas experiencias académicas, otros significados! Atenas [Internet]; 2018 [fecha de consulta: 14 de enero de 2020];8(45):36-50. Disponible en: <https://atenas.reduniv.edu.cu/index.php/atenas/article/view/440>
2. Delfin. Programa. interinstitucional para el fortalecimiento de la investigación y el posgrado del Pacífico [Internet]. Nayarit, México: Universidad Autónoma de Nayarit, Programa interinstitucional para el fortalecimiento de la investigación y el posgrado del Pacífico [fecha de consulta: 23 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.programadelfin.org.mx/sitio/programa.php>
3. Se integran al Programa Delfin universidades de Colombia y Panamá [Internet]. México: Universidad Autónoma de Nayarit [fecha de publicación: 5 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.uan.edu.mx/es/comunicados/se-integran-al-programa-delfin-universidades-de-colombia-y-panama>
4. Delfin. Directorio de asesores 2020 [Internet]. Nayarit, México: Universidad Autónoma de Nayarit, Programa interinstitucional para el fortalecimiento de la investigación y el posgrado del Pacífico [fecha de consulta: 23 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.programadelfin.org.mx/usuarios/inicio-catalogoinvestigadores-ver.php>
5. Carro A, Muñoz V. Familias de militares en México. Bienestar objetivo y bienestar subjetivo: bases para un debate. *Rev Latinoam Estud Fam.* 2018;10(2):87-104.
6. Dalmolin IS, Pereira ER, Silva Rose A, Gouveia María J, Sardinheiro J. Intercâmbio acadêmico cultural internacional: uma experiência de crescimento pessoal e científico. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(3):442-7.
7. Gregorio O, Méndez C, Peralta M, Frías M. Investigación colombiana en enfermería: Un análisis bibliométrico de su visibilidad en ISI WoS (2001-2013) *Enferm Glob.* 2015;14(40):175-91.
8. Camacho D, Oviedo H, Ramos de la Hoz E, González C. Análisis bibliométrico de los artículos sobre cuidado de enfermería publicados en revistas colombianas. *Enf Global.* 2016;15(4):396-415.
9. Velosa L, Osorio J. Producción científica en una facultad de Enfermería de una universidad privada de Medellín. *Medicina U.P.B.* [Internet]. 2017 [fecha de consulta: 17 de julio de 2019];36(1):44-50. Disponible en: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/Medicina/article/view/7487>
10. Landeros E, Ramírez N, Yáñez A, Guzmán G, Galicia R. Temáticas y características metodológicas de la investigación de enfermería publicada en revistas mexicanas: 2010-2015. *Enferm Univ.* 2018;15(3):274-83.
11. López J, Guzmán IC, Martínez K, Díaz F, Gallegos B. Tendencias y características de la investigación en Enfermería. Un análisis en el Estado de Oaxaca. *Rev Salud Adm.* 2017;4(10):3-7.



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

INSTRUCCIONES PARA AUTORES

La *Revista Mexicana de Enfermería* abre sus espacios a los académicos y a todo miembro de la comunidad de la salud que manifieste interés por utilizar este foro para publicar sus trabajos científicos cumpliendo con las políticas editoriales establecidas. Nuestro objetivo es socializar el conocimiento generado de la práctica asistencial: trabajos originales, análisis de experiencias, propuestas de mejora, escenarios educativos y de administración que sean validados a través de un método científico que garantice la calidad en la gestión del cuidado de enfermería. Así la revista busca contribuir a un cuerpo de conocimiento propio de la profesión que impacte en el cuidado de calidad para las personas que lo necesiten; así como en el posicionamiento profesional y social de la enfermería mexicana.

La revista se publica cuatrimestralmente en formato electrónico y en papel, de acceso abierto (sin costo para autores ni lectores).

POLÍTICAS PARA PUBLICACIÓN

- Los manuscritos propuestos para su publicación deben ser inéditos y originales
- Los autores conservan la propiedad intelectual del contenido.
- De acuerdo a la confidencialidad de los datos del autor responsable sólo se dispondrá del correo electrónico como medio de contacto.
- Las ideas u opiniones así como la procedencia y elementos de las citas y referencias contenidas en los artículos publicados, son responsabilidad exclusiva de los autores, incluido cualquier cambio sugerido por el comité de árbitros. Publicaciones Permanyer y la Revista Mexicana de Enfermería, en consecuencia, declinan cualquier responsabilidad sobre las mismas.
- La recepción de un manuscrito no implica la obligación de publicarlo.
- De ser aceptados el manuscrito el autor responsable debe tener en consideración un tiempo para ser publicado de acuerdo a la política de conformación de cada número de la revista el cual se informará a través de un oficio.
- En caso de desistir la publicación por parte de los autores aun cuando ya esté en proceso de publicación el autor responsable, tienen la libertad de retirar el manuscrito mediante la comunicación formal por escrito con la editora responsable de la revista.

POLÍTICA DE REVISIÓN POR PARES

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

El dictamen cuenta con alguna de las tres opciones de recomendación:

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

POLÍTICAS DE DIFUSIÓN.

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

La revista considerará contribuciones en las siguientes secciones:

- Editorial (por invitación)

- Artículo original
- Artículo de revisión
- Artículo de buenas prácticas en la atención en salud
- Artículo de perspectiva
- El rincón del estudiante
- Cultura, historia y enfermería
- Carta al Editor

Los manuscritos deben enviarse a través del sistema editorial electrónico de la revista en la dirección electrónica <http://publisher.revistadeenfermeria.permanyer.com> donde, primeramente, el autor de correspondencia debe registrarse como autor. Una vez que cuente con nombre de usuario y contraseña, podrá cargar en el sistema los archivos de su trabajo siguiendo las instrucciones.

PREPARACIÓN Y ENVÍO DE MANUSCRITOS

Todos los artículos deberán incluir sin excepción título, nombre y apellido(s) de cada autor (sin títulos o cargos); los departamentos institucionales en los que están adscritos, nombre y dirección actual del autor responsable de la correspondencia, el texto completo, tablas y figuras. Los textos deberán estar en procesador de palabras Word. Los manuscritos deberán estar escritos correctamente en lengua española o inglesa. El texto deberá estar escrito a doble espacio en fuente tipográfica Times New Roman a 12 puntos y comenzando en página nueva cada una de las secciones: página frontal, resúmenes en español y en inglés con sus palabras clave, el texto principal, las referencias, las tablas y pies de figuras. Se numerarán las páginas en forma consecutiva comenzando con la página frontal, y se colocará el número en el extremo superior de cada página.

Los artículos deberán comenzar con la página frontal, misma que estará contenida en el mismo archivo del manuscrito (con los autores y sus adscripciones, así como los datos del autor de correspondencia), el cuerpo de la investigación, las declaraciones del conflicto de intereses, financiación y responsabilidades éticas.

En la página frontal debe aparecer el título conciso e informativo del trabajo en español e inglés y un título corto de no más de 40 caracteres (contando espacios y letras); nombre y apellido(s) de cada autor (sin títulos ni cargos); los departamentos institucionales en los cuales se realizó el trabajo; nombre y dirección actual del autor responsable de la correspondencia; agradecimientos y las fuentes del financiamiento de la investigación.

El texto principal debe contener un resumen en español y en inglés, el cuerpo del artículo, referencias, tablas y pies de figuras.

Se sugiere consultar la página de los Requisitos Uniformes para los Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas (Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas), www.icmje.org. Para más información sobre la preparación de los manuscritos, por favor consultar: <http://www.icmje.org/recommendations/browse/manuscript-preparation/preparing-for-submission.html>.

Resumen en español

Se presentará en un máximo de 250 palabras, e indicará el propósito de la investigación, los procedimientos básicos (selección de la muestra, de los métodos analíticos y observacionales); principales hallazgos (datos concretos y en lo posible su significancia estadística), así como las conclusiones relevantes y la originalidad de la investigación. El resumen debe de estar estructurado con los siguientes apartados: Antecedentes, Objetivo, Material Métodos, Resultados y Conclusiones. Al final se anotarán 3 a 6 palabras clave, para facilitar la inclusión en índices internacionales. Se recomienda emplear los términos del Medical Subject Headings del Index Medicus más reciente.

Resumen en inglés

Será escrito en un máximo de 250 palabras con las mismas características que el resumen en español. Se iniciará con una versión del título del trabajo en el idioma inglés. También se señalarán de 3 a 6 palabras clave (key words). Se sugiere que este párrafo sea revisado por un traductor experimentado, a fin de garantizar la calidad del mismo.

Introducción

Deberá incluir los antecedentes, el planteamiento del problema y el objetivo del estudio en una redacción libre y continua debidamente sustentada en la bibliografía.

Material y métodos

Se señalarán claramente las características de la muestra, los métodos empleados con las referencias pertinentes, en tal forma que la lectura de este capítulo permita a otros investigadores, realizar estudios similares. Los métodos estadísticos empleados deberán señalarse claramente con la referencia correspondiente. Los autores deben detallar en este apartado los procedimientos éticos que han seguido; necesarios para experimentos con animales, pacientes, manejo de datos confidenciales, consentimiento informado, etc. y que cuentan con la autorización del comité de ética de su institución.

Resultados

Deberá incluir los hallazgos importantes del estudio, comparándolos con las figuras o gráficas estrictamente necesarias y que amplíen la información vertida en el texto. No repita información en el escrito y en las tablas y/o figuras.

Discusión

Deberán de contrastarse los resultados con lo informado en la literatura y con los objetivos e hipótesis planteados en el trabajo.

Conclusiones

En esta sección resumirán las principales conclusiones del estudio y si estas fueran preliminares se sugerirán futuros estudios que necesitarían realizarse. Es necesario que las conclusiones sean congruentes con los objetivos que se plantearon y que se deriven directamente del proceso de investigación realizado.

Agradecimientos

En esta sección se describirán los agradecimientos a personas e instituciones, así como los financiamientos. Esta sección debe ir en la página frontal para que el documento principal del manuscrito siga siendo anónimo.

Referencias

Se presentarán de acuerdo con los Requisitos Uniformes para los Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas (Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas). Las referencias se indicarán con números arábigos en forma consecutiva y en el orden en que aparecen por primera vez dentro del texto. Se referirán en el texto, tablas y pies de figura con los números correspondientes. En las citas con múltiples autores (más de seis autores), se deberá incluir únicamente los 6 primeros autores del trabajo, seguido de et al., después de la abreviatura del nombre o nombres del 6º autor. En el caso de 6 o menos autores, se deberá incluir en la cita a todos ellos, (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

- Los artículos publicados en revistas periódicas deberán aparecer en el formato siguiente: Welt CK, Chan JL, Bullen J, Murphy R, Smith P, DePaoli AM, et al. Recombinant human leptin in women with hypothalamic amenorrhea. *N Engl J Med.* 2004;351:987-97.
- Las referencias a libros deberán incluir el nombre completo de la editorial así como la ciudad y país de la publicación y el año en que se publicó, de acuerdo al siguiente modelo: Aréchiga H, Somolinos J. Contribuciones mexicanas a la medicina moderna. Fondo de Cultura Económica. México D.F., México, 1994.
- Las referencias a capítulos en libros deberán aparecer de la siguiente forma: Pasternak RC, Braunwald E. Acute myocardial infarction; or: Harrison's Principles of Internal Medicine. Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, Kasper DL (Eds.) McGraw-Hill Inc. 12a. Edición, New York, EUA, 1994, pp. 1066-1077.

Tablas

Deberán presentarse a doble espacio, numerados en forma consecutiva con caracteres romanos en el orden citado dentro del texto, con los títulos en la parte superior y el significado de las abreviaturas, así como las notas explicativas al pie. Se deberán incluir al final del manuscrito después de la sección de referencias.

Figuras o gráficas

Los pies de figura se escribirán a doble espacio. El pie contendrá la información necesaria para interpretar correctamente la figura sin recurrir al texto. Deben referenciar-

se en el texto por orden. Calidades: Los gráficos, trazados y dibujos deben ser generados con programas de gráficos de alta resolución (JPG, TIFF, EPS, PowerPoint e Illustrator). Toda la iconografía debe ser original. En caso contrario, se debe citar la referencia del origen y el autor deberá obtener el permiso previo de la editorial respectiva. En las figuras no se repetirán datos ya escritos en el texto. Las fotografías de objetos incluirán una regla para calibrar las medidas de referencia. En las microfotografías deberá aparecer la ampliación microscópica o una barra de micras de referencia. El nombre, la cara, los datos del paciente o cualquier característica reconocible no aparecerán en las figuras. Se sugiere a los autores agregar ilustraciones que complementen el texto.

DECLARACIONES ÉTICAS

Responsabilidades éticas

En relación con los posibles conflictos de interés, el derecho de los sujetos a la privacidad y confidencialidad, así como los derechos humanos y animales como sujetos de investigación, la revista se adhiere a los "Requisitos uniformes para preparar los manuscritos que se presentan a las revistas biomédicas: redacción y edición de publicaciones biomédicas" en la versión más reciente publicada por el International Committee of Medical Journal Editors en su página <http://www.icmje.org>. Se solicitará copia del consentimiento informado en el caso de estudios con pacientes y casos clínicos, así como la aprobación del Comité de Bioética de la institución correspondiente en el caso de estudios clínicos y experimentales.

Los procedimientos en humanos deben ajustarse a las normas éticas de la Declaración de Helsinki de 1975 (World Medical Association Declaration of Helsinki) Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA* 2000; 284:3043-5, así como al acuerdo que al respecto publicó la Secretaría de Salud el 26 de enero de 1982, y a las Normas del Comité de Ética y de Investigación de la Institución donde se efectuó un trabajo original. Los estudios en animales deben seguir lineamientos similares (Institute of Laboratory Animal Resources, National Research Council. Guide for the care and use of laboratory animals. Washington, DC. National Academy Press. 1996). Con relación a la confidencialidad de los datos, se debe informar acerca del modo en que se ha protegido el anonimato de los participantes y la privacidad de su información.

Podrá descargar el formato accediendo a la siguiente liga:

<http://www.permanyer.com/formulario-responsabilidades/>

Financiación

El autor debe mencionar las organizaciones que financian su investigación en el manuscrito, incluyendo los números de subvención en caso de que fuesen necesarios.

Conflicto de intereses

Los autores deben describir cualquier relación financiera o personal que tengan con otras personas u organizaciones y que pudieran dar lugar a un conflicto de intereses en relación con el artículo que se remite para publicación.

TIPOS DE ARTÍCULOS

Editorial (por invitación del editor)

La publicación en esta sección será a través de una invitación a un especialista sobre un tema de su dominio y experiencia, el cual sea novedoso y de interés. Este puede ser de salud, cultural, político y económico que impacte en la atención a la salud. La extensión sugerida es de 5 cuartillas.

Artículo original

Reporta detalladamente estudios de investigación original cualitativas o cuantitativas en el área de ciencias de la salud. Debe tener el formato IMRyD (Introducción, Métodos, Resultados y Discusión) así como un resumen estructurado de formato OMRyC (Objetivos, Métodos, Resultados y Conclusiones). El resumen estructurado debe mostrar congruencia entre Objetivos y Conclusiones y se deben presentar sólo los Métodos y Resultados que apoyan la conclusión o conclusiones del estudio. La extensión máxima sugerida es de 12 cuartillas, bibliografía incluida, 7 figuras, 7 tablas y 45 referencias.

Artículo de revisión

Teniendo por objetivo la presentación de artículos de revisión sobre temas relevantes a la enfermería y áreas afines en el ámbito asistencial, docente, administrativa y de investigación. La extensión máxima sugerida es de 10 cuartillas, bibliografía incluida, 6 figuras, 6 tablas y 50 referencias.

Artículo de buenas prácticas en la atención en salud

Reportes científicos que contribuyen a dar forma a una base de conocimiento de la enfermería en sus diversos escenarios sobre un fenómeno determinado. Es decir, la descripción a profundidad de la condición de una persona y/o su respuesta a los cuidados. Pueden considerarse las experiencias de casos clínicos con EBE, proceso de atención de enfermería, planes de cuidados, propuestas de mejora para la calidad de la atención, en procesos administrativos así como en educativos que contribuyan de manera clara y significativa el desarrollo de la enfermería y de la atención a la salud. La extensión máxima sugerida es de 12 cuartillas, bibliografía incluida, 6 figuras y 6 tablas máximo.

Artículo de perspectiva

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

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

La extensión máxima sugerida es de 5 cuartillas incluidas las referencias. Puede contener una pequeña tabla o una figura.

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. Serán enviados a la revista por un asesor de investigación o docente, quien se responsabilizará de la calidad del manuscrito en la presentación, secuencia y estruc-

tura. La extensión máxima es de 8 cuartillas, con 3 tablas o figuras y un máximo de 30 referencias bibliográficas.

Cultura, historia y enfermería

Esta sección invita a la comunidad a escribir artículos de revisión históricos como biografías, sucesos o eventos que relacionen el arte o la historia con la enfermería. Extensión máxima de 10 cuartillas, 6 figuras y 6 tablas.

Carta al editor

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

COPYRIGHT

Los trabajos enviados deberán acompañarse de una carta firmada por todos los autores del trabajo, en la que se haga constar que éste 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 aceptado, ceden los derechos de autor a la revista. Todo material aceptado para publicación será propiedad de la revista y tiene la licencia Creative Commons: CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

En caso de que los autores del artículo sean estudiantes o prestadores de servicio social pertenecientes a alguna facultad de una institución educativa, solicitamos el envío de una carta de aprobación/vigilancia firmada por un tutor o autoridad académica que acredite la calidad de la investigación.

Las opiniones contenidas en el artículo son responsabilidad de los autores.

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

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

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



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

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



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