



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

www.incmnsz.mx

**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS
MÉDICAS Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN / INCMNSZ**



EN ESTE NÚMERO:

Editorial

Nivel de cansancio del rol del cuidador primario del paciente con leucemia aguda en un hospital de tercer nivel

Estado del arte del absentismo laboral en enfermería

Avatares del proceso de atención de enfermería en México

El tiempo de los cuidadores de personas con discapacidad

Punción lumbar: intervenciones de enfermería en la Unidad de Radio Oncología del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán





REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN / INCMNSZ



Comité de Dirección

David Kershenobich Stalnikowicz <i>Dirección General</i>	José Sifuentes Osornio <i>Dirección de Medicina</i>	Miguel A. Mercado Díaz <i>Dirección de Cirugía</i>	Sergio Ponce de León R. <i>Dirección de Enseñanza</i>	Rubén Lisker Yourkowitzky <i>Dirección Investigación</i>	Odet Sarabia González <i>Dirección de Planeación</i>	Alicia Frenk Mora <i>Subdirección de Servicios Paramédicos</i>
--	---	--	---	--	--	--

Consejo Editorial

David Kershenobich Stalnikowicz <i>Director General, INCMNSZ</i>	Marina Martínez Beceril <i>Subdirectora de Enfermería, INCMNSZ</i>	Araceli Jiménez Méndez <i>Jefa del Departamento de Enseñanza de Posgrado en Enfermería, INCMNSZ</i>	María Paula Nájera Ortiz <i>Jefa del Departamento de Enfermería, INCMNSZ</i>	María de los Ángeles Cano García <i>Jefa del Departamento de Escuela de Enfermería, INCMNSZ</i>
Silvino Arroyo Lucas <i>Subjefe de Educación e Investigación en Enfermería, INCMNSZ</i>	Jorge Salinas Cruz <i>Coordinador de Enseñanza, INCMNSZ</i>	Lizeth Guadalupe López López <i>Enfermera Jefe de Servicio, INCMNSZ</i>	Patricia Domínguez Sánchez <i>Enfermera Jefe de Servicio, INCMNSZ</i>	María del Pilar Sosa Rosas <i>Jefa de la División de Estudios Profesionales de la ENEO, UNAM</i>

Comité Científico

Silvino Arroyo Lucas <i>Subjefe de Educación e Investigación en Enfermería, INCMNSZ</i>	María Guadalupe Escobedo Acosta <i>Directora Técnica, HJM</i>	Araceli Jiménez Méndez <i>Jefa del Departamento de Enseñanza de Posgrado en Enfermería, INCMNSZ</i>	María Paula Nájera Ortiz <i>Jefa del Departamento de Enfermería, INCMNSZ</i>	Ana María Cristina Reyes Reyes <i>Directora IPN, IPN</i>
Ihosvany Basset Machado <i>UAEM</i>	Silvia Espinoza Ortega <i>Presidenta, FEMAFEE</i>	Beatriz Amanda Lázaro Mandujano <i>Departamento de Educación en Salud para el Desempeño, Tuxtla Gutiérrez, Chiapa</i>	María Isabel Negrete Redondo <i>Presidenta, AMBEAC, Instituto Nacional de Geriatria</i>	Eugenia Ruiz Dávila <i>Coordinadora de los Servicios de Enfermería, Oaxaca, México</i>
Yolanda Cabrera Juárez <i>Directora de la Escuela de Enfermería y obstetricia, URSE, Oaxaca, México</i>	Rafael Antonio Estévez Ramos <i>UAEM</i>	Marina Martínez Beceril <i>Subdirectora de Enfermería, INCMNSZ</i>	Rosa María Ostigüin Meléndez <i>Coordinadora del Programa de Maestría en enfermería de la UNAM</i>	María del Pilar Sosa Rosas <i>Jefa de la División de Estudios Profesionales de la ENEO, UNAM</i>
María de los Ángeles Cano García <i>Jefa del Departamento de Enfermería, INCMNSZ</i>	Oliva Galicia Gijón <i>Presidenta, CONEMAC</i>	Araceli Monroy Rojas <i>Presidenta, COMCE</i>	María de la Luz Reyes García <i>Presidenta, CONEMAC</i>	Diana Cecilia Tapia Pancardo <i>FESI</i>
María Antonieta Cavazos Siller <i>Directora de la Escuela de Enfermería, UP</i>	María Alberta García Jiménez <i>Presidenta, ANEAC</i>	Rosa María Nájera Nájera <i>UAM</i>	Eva Reyes Gómez <i>Presidenta, CNE</i>	Elsy Elisabeth Verde Flota <i>Coordinadora de la Licenciatura en Enfermería, UAM</i>
	Mariano García Viveros <i>Emérito†</i>			
	Ángeles Godínez Rodríguez <i>FESI</i>			

Comité Editorial Nacional

María Lourdes Alemán Escobar <i>Instituto Nacional de Salud Pública</i>	Martina Colchado Ramos <i>Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria Tamaulipas</i>	Marina Lara Frías <i>Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea</i>	Matilde Morales Olivares <i>Hospitales Federales de Referencia</i>	María Antonia Ruvalcaba Arenas <i>Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío</i>
Gloria Arzate Izquierdo <i>Ciudad Salud, Tapachula, Chiapas</i>	Sofía Cruz Romero <i>Instituto Nacional de Cancerología</i>	Claudia Leija Hernández <i>Instituto Nacional de Cardiología</i>	Rosa María Naguatt Domínguez <i>Hospital de la Mujer</i>	Griselda Sánchez Reyes <i>Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias</i>
Luz María Barajas Ramos <i>Hospital Juárez de México</i>	Candelaria Flores Costinica <i>Hospital Juárez del Centro</i>	Juana Loyola Padilla <i>Servicios de Atención Psiquiátrica</i>	María Isabel Negrete Redondo <i>Instituto Nacional de Geriatria</i>	Felipa Sierra Reyes <i>Hospital Infantil de México Federico Gómez</i>
Rosa Elena Burguete Ortiz <i>Hospital de Especialidades Pediátricas, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas</i>	Martha García Flores <i>Hospital General de México</i>	Andrea Mariscal Roque <i>Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca</i>	Héctor Olivera Carrasco <i>Dirección General de Coordinación de Hospitales Regionales de Alta Especialidad</i>	Rocío Valdez Labastida <i>Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía</i>
Silvia Leticia Cabrera Díaz <i>Hospital Regional de Alta Especialidad en la Península de Yucatán</i>	Leticia González González <i>Instituto Nacional de Rehabilitación</i>	Marina Martínez Beceril <i>Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán</i>	Norma Popócatl Nájera <i>Hospital Nacional Homeopático</i>	
Isabel Cicerón Arellano <i>Instituto de Medicina Genómica</i>	Margarita Hernández Zavala <i>Instituto Nacional de Pediatría</i>	Yolanda Mayoral Méndez <i>Hospital General Manuel Gea González</i>	Reyna Albertina Rosas Loza <i>Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca</i>	



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN / INCMNSZ



Comité editorial internacional

Júlia Esteve Reig

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

María Antonia Martínez Mombán

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

Isabel Pérez Pérez

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

Rosa Rifà Ros

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

Eva Roman Abal

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

Esta obra se presenta como un servicio a la profesión médica. El contenido de la misma refleja las opiniones, criterios y/o hallazgos propios y conclusiones de los autores, quienes son responsables de las afirmaciones. En esta publicación podrían citarse pautas posológicas distintas a las aprobadas a las de 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.



www.permanyer.com

Temístocles, 315
Col. Polanco
Del. Miguel Hidalgo
11560 México, D.F.
Tel.: (044) 55 2728 5183



PERMANYER MÉXICO

© 2014 P. Permanyer

Edición impresa en México
mexico@permanyer.com
ISSN: 2339-7284
Dep. Legal: B-24.264-2013
Ref.: 1457AX141

Mallorca, 310
08037 Barcelona, Cataluña
España
Tel.: +34 93 207 59 20
Fax: +34 93 457 66 42



Impreso en papel totalmente libre de cloro

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

Reservados todos los derechos

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



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN / INCMNSZ



Índice

Editorial

M. Martínez Becerril 5

ARTÍCULOS ORIGINALES

Nivel de cansancio del rol del cuidador primario del paciente con leucemia aguda en un hospital de tercer nivel

A. Rosas López, M. Izazola Rodríguez, Y. Merino Rubio y A. Merino Serrano 6

Estado del arte del absentismo laboral en enfermería

P. Domínguez Sánchez, S. Arroyo Lucas y M.A. Contreras Martínez 10

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

Avatares del proceso de atención de enfermería en México

S. Arroyo Lucas, R.A. Ayala Salinas, A. Jiménez Méndez, M. Martínez Becerril y M.P. Nájera Ortiz..... 15

El tiempo de los cuidadores de personas con discapacidad

S. Hernández Corral, A. Fernández Sánchez y M.G. Ojeda Vargas 19

EXPERIENCIA CLÍNICA

Punción lumbar: intervenciones de enfermería en la Unidad de Radio Oncología del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

J. Salinas Cruz, J. Angel López y L. Arias Barrera 23

Instrucciones para los autores 34



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN / INCMNSZ



Index

Editorial

M. Martínez Becerril 5

ORIGINAL ARTICLES

Fatigue level in a primary caregiver role of patients with acute leukemia in a tertiary level hospital

A. Rosas López, M. Izazola Rodríguez, Y. Merino Rubio y A. Merino Serrano 6

State of the art of work absenteeism in nursing

P. Domínguez Sánchez, S. Arroyo Lucas y M.A. Contreras Martínez 10

REVIEW ARTICLES

Avatars of the nursing care process in Mexico

S. Arroyo Lucas, R.A. Ayala Salinas, A. Jiménez Méndez, M. Martínez Becerril y M.P. Nájera Ortiz..... 15

The time of caregivers of people with disabilities

S. Hernández Corral, A. Fernández Sánchez y M.G. Ojeda Vargas 19

CLINICAL EXPERIENCE

Lumbar puncture: Nursing interventions in the Radiation Oncology Unit of the Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

J. Salinas Cruz, J. Angel. López y L. Arias Barrera 23

Instructions to Authors..... 34

Editorial

M. Martínez Becerril*

Subdirectora de Enfermería, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, D.F.

En el contexto laboral, la actuación diaria de los seres humanos sustentada en los valores humanos representa una fortaleza que se traduce a nivel organizacional en una verdadera ventaja competitiva, porque nos permite, a través de la conjunción de los talentos, dar forma a los ideales que nos identifican y nos hacen ser los verdaderos protagonistas de un mundo sensible que nos lleve hacia la construcción de la historia de este universo cambiante.

Ése es el devenir del grupo disciplinar de enfermería del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), dirigido desde la Subdirección de Enfermería María Dolores Rodríguez Ramírez, cuyo objetivo es construir nuestra historia con un claro liderazgo y con la convicción de trascender como disciplina en un mundo global, porque la intervención en el sistema nacional de salud es fundamental, y hablar de atención médica sin mencionar al profesional de enfermería es soslayar su importancia y trascendencia en la prevención y resolución de los problemas de salud de los mexicanos.

Por ello, gradualmente hemos diseñado e instrumentado proyectos encaminados a hacer más eficiente la gestión del cuidado y el conocimiento, y, paralelo a ello, desarrollamos la investigación como eje central de nuestra función asistencial, convencidos de que en la continuidad encontraremos los resultados esperados y, desde luego, como ya mencioné, con la aportación de todos a quienes les importa la disciplina, y por qué no decirlo, a quienes nos significa la vida misma, vista desde la otredad.

La *Revista Mexicana de Enfermería* del INCMNSZ representa un claro ejemplo de nuestra visión en el desarrollo de la investigación y una oportunidad para todos los profesionales de la enfermería, nacionales y extranjeros, de compartir sus evidencias derivadas de su praxis profesional, por lo que les invitamos a participar y verter su talento en este medio, lo que coadyuvará en acrecentar nuestro compromiso como profesionales de la salud, siendo también una aportación de nuestra propia historia, para que juntos logremos la legitimidad y consolidación de nuestra profesión hacia otras latitudes.

Muchas Gracias

Correspondencia:

*Marina Martínez Becerril

Vasco de Quiroga, 15

Col. Sección XVI, Tlalpan. C.P. 14000, México, D.F.

E-mail: mmb547@hotmail.com

Nivel de cansancio del rol del cuidador primario del paciente con leucemia aguda en un hospital de tercer nivel

A. Rosas López^{1*}, M. Izazola Rodríguez²,
Y. Merino Rubio² y A. Merino Serrano²

¹Clínica de Leucemias, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, D.F.; ²Facultad de Estudios Zaragoza, México, D.F.

Resumen

Introducción: en México existen pocos estudios acerca de las afectaciones que sufren las personas que asumen voluntariamente el papel de responsable de un paciente con leucemia aguda, por lo que el objetivo de este estudio fue determinar el nivel de cansancio de 30 cuidadores primarios de pacientes con leucemia aguda. **Material y métodos:** se aplicó la entrevista sobre la carga del cuidador de Zarit a 30 cuidadores primarios de pacientes con leucemia aguda pertenecientes a los servicios de clínica de leucemias agudas, hospitalización y terapia intensiva de un hospital de tercer nivel de atención. **Resultados:** se encontró que el 43% de la población encuestada presenta un nivel intenso de sobrecarga, un 7% refirió sentir sobrecarga leve y el 50% restante dijo no sentir ninguna sobrecarga. Existieron correlaciones positivas entre sobrecarga y desarrollo de cansancio, sobrecarga económica e incapacidad para manejar sus responsabilidades de cuidado. **Conclusiones:** aun cuando los cuidadores sienten satisfacción por las tareas que desempeñan, se ha encontrado que experimentan consecuencias negativas, como pérdida de empleo, afectación emocional o desarrollo de trastornos psicológicos, así como el hecho de enfrentarse a la pérdida del paciente.

Palabras clave: Nivel de cansancio. Cuidador primario.

Abstract

Background: In Mexico, there are few studies about different problems suffered by those who voluntarily assume the role as responsible for a patient with acute leukemia. The purpose of this study was to determine the level of burden of 30 caregivers of patients with acute leukemia. **Methods:** We used the Spanish version of the burden interview from Zarit in 30 primary caregivers of patients with acute leukemia belonging to clinic services acute leukemias, hospitalization and intensive care unit of a tertiary hospital care. **Results:** We found that 43% of the surveyed population experienced an intense overload level, 7% reported feeling lightly overloaded, while 50% of the population said they felt no overload. There were positive correlations between overloading and fatigue development, economic burden, and inability to manage their care responsibilities. **Conclusions:** Although caregivers have welcomed the tasks they perform, they have been found to experience negative consequences such as loss of employment, emotional involvement or development of psychological disorders, as well as coping with the loss of a patient. 2014;2:6-9)

Corresponding autor: Adriana Rosas López,
adrianarosas_11@yahoo.com.mx

Key words: Burden level. Primary caregiver.

Introducción

En México, el cuidado de la salud de los pacientes corresponde en mayor medida a la familia, la cual constituye un pilar básico. A pesar de ello, se sabe poco sobre el impacto de la enfermedad del paciente

en los cuidadores, quienes comprometen sus vidas y se ven sobrecargados por su papel¹.

El cáncer constituye una de las enfermedades más devastadoras que puede sufrir un ser humano, pues produce una serie de alteraciones en la salud del individuo, tanto físicas como emocionales, que requieren

Correspondencia:

*Adriana Rosas López

Vasco de Quiroga, 15

Col. Sección XVI, Tlalpan. C.P. 14000, México, D.F.

E-mail: adrianarosas_11@yahoo.com.mx

Fecha de recepción en versión modificada: 6 de noviembre de 2013

Fecha de aceptación: 30 de enero de 2014

del apoyo de la familia, sobre todo en el aspecto emocional, que es la parte más afectada en el enfermo por su cercanía con la muerte².

La leucemia aguda es considerada una enfermedad agresiva y progresiva que requiere de tratamiento inmediato, ya que de lo contrario puede ser letal.

La quimioterapia es la primera línea de tratamiento en esta enfermedad, y las comorbilidades y complicaciones pueden ser de leves a graves, trayendo consigo una afectación en el paciente, quien pasa de ser una persona independiente a depender de sus familiares o cuidador primario.

El cuidador primario se define como «la persona familiar o cercana que se ocupa de brindar de forma prioritaria apoyo, tanto físico como emocional, a otra de manera permanente y comprometida»³.

En la mayoría de ocasiones, el cuidador primario es un miembro de la familia, el cual es nombrado por ésta, ya sea de manera explícita o implícita. La actividad de cuidar constituye una situación difícil que requiere adaptación, aprendizaje, apoyo y desarrollo de habilidades y destrezas, que brindan al cuidador una nueva identidad o rol⁴.

Las actividades de cuidado pueden ser muy estresantes, porque se involucran las emociones directamente con un miembro de la familia que sufre. Mientras más tiempo invierte en el cuidado, más sacrifica el cuidador de sus propios recursos y actividades^{5,6}.

El tipo de cuidado se ha descrito en términos de duración del mismo —meses o años y en horas por día— y según el grado de impacto en la vida privada del cuidador. Las investigaciones sobre las consecuencias del papel del cuidador se han centrado en la sobrecarga, que describe las consecuencias negativas del cuidado sobre la familia^{4,5}.

Para este estudio se tuvieron en cuenta dos tipos de sobrecarga: la objetiva y la subjetiva. La subjetiva se define como las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar, y la objetiva, como el grado de perturbaciones o cambios en diversos aspectos del ámbito doméstico y de la vida de los cuidadores⁵.

Material y métodos

Se realizó un estudio de diseño cuantitativo, carácter descriptivo y corte transversal.

La población de estudio constó de 30 cuidadores primarios de pacientes con leucemia aguda que pertenecían a los servicios de clínica de leucemias agudas, hospitalización y terapia intensiva de un hospital de tercer nivel de atención.

El procedimiento consistió en localizar a los pacientes con diagnóstico de leucemia aguda dentro de los servicios antes mencionados y, una vez localizados, se ubicó a sus cuidadores primarios para realizar la entrevista. Se informó a cada cuidador primario acerca del objetivo de la investigación y de la posibilidad de participar en el estudio. Una vez obtenida la respuesta afirmativa, se les proporcionó un consentimiento informado.

En el estudio se recolectó información de sobrecarga del cuidador a través de la entrevista de Zarit, que mide el nivel de sobrecarga de la persona encuestada y se clasifica en tres dimensiones —física, emocional y socioeconómica—, basadas en la etiqueta diagnóstica del cansancio del rol del cuidador, para así lograr determinar el nivel de cansancio y afectación del cuidador primario en un paciente con leucemia aguda en un hospital de tercer nivel⁷. Además, la entrevista Zarit define la sobrecarga subjetiva, como las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar⁸.

El instrumento consta de 22 ítems, que se corresponden en la escala Lickert con cinco puntos: nunca = 0, casi nunca = 1, a veces = 2, bastantes veces = 3 y casi siempre = 4. El entrevistado debe señalar la frecuencia con la que se siente identificado con el enunciado. El ítem 22 ofrece una valoración global de la sobrecarga que percibe el cuidador. Se considera un nivel de sobrecarga intensa cuando se obtienen de 56 a 88 puntos; sobrecarga leve entre 47 y 55 puntos, y no sobrecarga cuando se tienen de 22 a 46 puntos.

Este instrumento también incluye cinco ítems de formato abierto sobre datos sociodemográficos, como sexo, edad, lugar de procedencia, parentesco y tiempo de cuidado en horas.

La aplicación tomó de 10 a 15 minutos. Los datos obtenidos de las encuestas se recolectaron y procesaron con el programa Microsoft Office Excel 2007.

Resultados

La población de estudio tenía un rango de edad de 46 a 60 años y el sexo predominante fue el femenino, con un 73%. En cuanto al lugar de origen, un 70% procedía de provincia y un 30% del Distrito Federal.

Referente al parentesco del cuidador con el paciente, se obtuvo: el 40% mantenía una relación de pareja; el 34%, una relación de madre o padre; el 20%, una relación de hermano, y el 6%, otro tipo de relación (Fig. 1).

En cuanto al tiempo de cuidado en horas por día con el paciente, los resultados fueron: el 57% de los cuidadores permanecía de 17 a 24 h; el 27%, de 9 a 16 h, y el 16%, de 0 a 8 h.

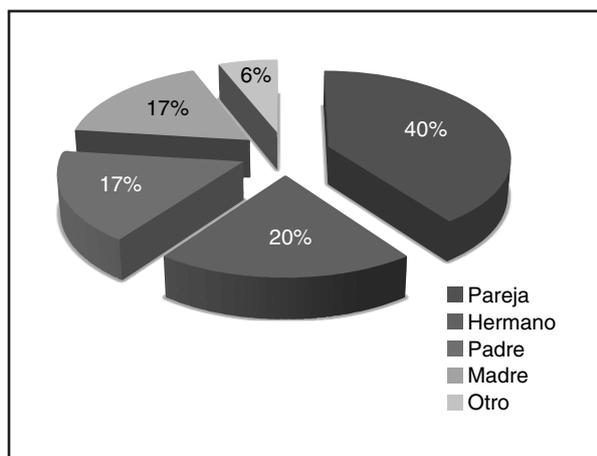


Figura 1. Parentesco.

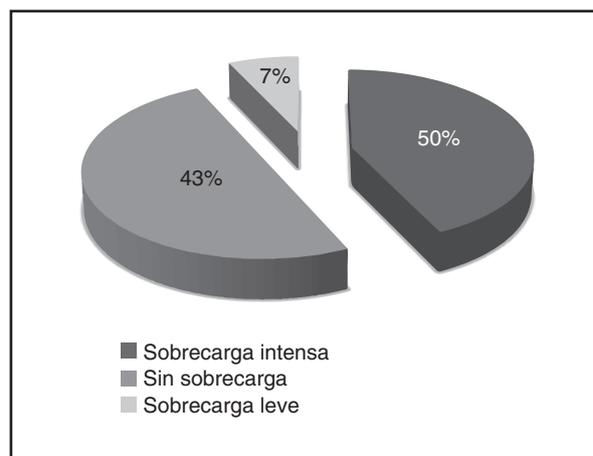


Figura 2. Nivel de cansancio/sobrecarga.

Dentro de la dimensión emocional se obtuvo que el 26% de la población casi siempre sentía frustración, nerviosismo, estrés, agobio, preocupación, cólera y afrontamiento individual deteriorado, el 55% manifestó que ocasionalmente refiere estos sentimientos y mientras que el 19% de la población refirió no experimentar nunca estos sentimientos.

En la dimensión física, el 27% de la población refirió que casi siempre presenta fatiga, cefaleas y trastornos gastrointestinales, el 53% manifestó que ocasionalmente presentaba estos síntomas y frente al 20% que refirió nunca sentir estos síntomas.

En la dimensión socioeconómica, el 27% de la población indicó presentar cambios en las actividades en el tiempo libre, falta de participación en la vida social y pérdida laboral.

Con respecto al nivel de sobrecarga global de los encuestados, el 50% de los cuidadores mencionó no tener sobrecarga, el 43% presentó sobrecarga intensa y el 7%, sobrecarga leve (Fig. 2).

Discusión

La mayoría de las personas cuidadoras es de sexo femenino y de mediana edad, con estudios básicos y que realizan múltiples tareas de cuidados. Esta situación se explica, en México, por ser parte de la función estructural de la familia, en donde, como se ha demostrado en diversos estudios, existen patrones culturales que asignan el papel de cuidador a las mujeres⁷.

Otro de los resultados, y que se suma a la evidencia publicada, hace referencia al estado de salud: el cuidador primario padece un deterioro de su calidad de

vida debido, entre otros aspectos, a la tensión percibida por sentimientos de incapacidad en la solución al problema de la enfermedad, problemas económicos y otras preocupaciones de la vida cotidiana, situaciones que también tienen como consecuencia un descuido al autocuidado⁸⁻¹⁰.

Cuando el cuidador primario se encuentra constantemente en este estado emocional, su capacidad para cuidar se ve afectada y tiene el riesgo de desarrollar algún trastorno depresivo⁴. Una persona que experimenta la presencia de esta enfermedad se sitúa en una serie de cambios sumamente estresantes que alteran toda su estructura familiar; por lo tanto, la presencia de este elemento estresante en una familia impacta emocionalmente y causa reacciones de miedo, ansiedad, depresión e incredulidad. Por lo general, estas familias llevan a cabo un proceso de duelo, en donde es habitual que se hagan preguntas acerca del porqué de la enfermedad, por qué les ha pasado a ellos, si podrían haberlo evitado. En consecuencia, es importante ayudarles a adoptar un enfoque orientado hacia la lucha y búsqueda de soluciones¹¹.

El tiempo de cuidado en horas al día, en donde se ofrecen cuidados de hasta 17 a 24 h, nos puede indicar una sobrecarga debido al tiempo y la cantidad de recursos que tienen que invertir, así como los ajustes en las actividades personales. Con regularidad, estas personas tienen mayor riesgo de desarrollar el síndrome de desgaste del cuidador⁴.

Por otra parte, la distribución por edad de los cuidadores primarios, cuyo promedio fue de 46 a 60 años, corresponde a lo reportado en los países latinoamericanos según el estudio «Desgaste físico y emocional

del cuidador primario en cáncer», realizado por el Instituto Nacional de Cancerología en México, que refiere que el impacto de desgaste es mayor en el cuidador primario que en el paciente, ya que el primero se encuentra en una etapa productiva y con un rol importante en el eje familiar ¹¹.

Por otro lado, el 43% de sobrecarga intensa reportada por los cuidadores puede estar asociada, además, con algún sentimiento de enfermedad y el tiempo dedicado al cuidado. También se podría explicar por el repentino cambio de rol familiar y social, al tiempo que la persona enferma requiere de atención especializada en instituciones de salud y en la propia casa.

En este caso, el cambio de residencia del paciente y cuidador fue del 70%, lo que implica mayores gastos de hospedaje y alimentación, aunado a los gastos médicos, así como la pérdida o ausencia laboral, lo que puede llevar al resto de la familia a vivir situaciones de conflicto y estrés. En este sentido, «en México, los estudios de gasto de los hogares han estimado que el de bolsillo representa aproximadamente el 49% del gasto total en salud. Se calcula que entre 2 y 3 millones de hogares destinan una tercera parte de sus ingresos a la atención de su salud, y que este porcentaje tiende a ser mayor en los hogares más pobres. Según la Encuesta Nacional de Salud (ENSA-II) de 1994, en hogares con acceso a la seguridad social los gastos por traslado equivalen a la mitad de un salario mínimo, y por medicamentos, a 1.5 salarios mínimos» ¹².

La sobrecarga intensa encontrada en este estudio estuvo por encima de lo reportado en otras investigaciones⁸, lo cual podría tener una explicación en el cambio de lugar de residencia, aspecto que impacta de manera significativa en el aspecto económico. Sin embargo, existe un contraste con el 50% de cuidadores que no reportó sentimientos de sobrecarga, quizá porque, como mexicanas, han construido desde la cultura una imagen de mujer trabajadora, inteligente, buena madre, abnegada, sumisa y hogareña, aspectos que coinciden con su propia percepción y favorecen su sentido de solidaridad social.

Conclusiones

La construcción de una cultura que responsabiliza a la mujer de los cuidados de un paciente enfermo permite minimizar la carga psicológica en la percepción

del propio desgaste, generando sentimientos que favorecen el sentido solidario, sin que ello deje de implicar la aparición de enfermedades psicossomáticas y de consecuencias negativas, como la pérdida de empleo y el estrés por tener un enfrentamiento constante con la pérdida del familiar enfermo.

Los cuidadores primarios de este grupo de pacientes requieren de una intervención de consultoría de enfermería que les permita tener un apoyo social, emocional y de salud como factor preventivo para su sobrecarga, a través de la implementación de estrategias a favor del cuidado familiar con una orientación en el mantenimiento de cuidados en casa, para lograr sostener o mejorar su salud física y mental. Al respecto, existen evidencias de que esta intervención de consultoría es eficaz en la intervención directa en los cuidadores y familia ⁷⁻¹⁰.

El éxito del cuidado también depende de una buena red de apoyo, ya que la familia influye de manera favorable en la adaptación de los pacientes, y guarda relación con menores niveles de ansiedad, depresión y experiencias de dolor².

Bibliografía

1. Leyva Moral JM, Mogada Marina N. Necesidades psicosociales del cuidador informal. *Rev ROL Enferm.* 2008;31(3):196.
2. Guillen Aguirre N, Osorio Cruz E. Apoyo familiar a personas con cáncer. [tesis licenciatura]. Minatitlán Veracruzana; 2010. p. 1-32.
3. Venegas Bustos BC. Habilidad del cuidador y funcionalidad de la persona cuidada. *Aquichán.* 2006;6(1):137-47.
4. Alvarado AS, González MM. Manual de apoyo para personas que brindan apoyo a otras personas. Estrategias para obtener información y mantener la comunicación con el personal médico y con la persona enferma. México: Secretaría de Salud; 2009. p. 37.
5. Montorio Cerrato I. La entrevista de carga del cuidador. *Anales de la Psicología.* 1998;14(2):229-48.
6. Afectación del sistema familiar ante el estresor de la presencia del cáncer en un miembro de la familia en 3 familias del municipio de Granada. Disponible en: http://repository.unad.edu.co/bitstream/10594/1557/5/Proyecto_GRADO.pdf. Consultado el 8 de abril de 2013.
7. Flores E, Rivas E, Seguel F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar del adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y Enfermería.* 2012;XVIII(1):29-41.
8. López M J, Orueta R, Gómez S, et al. El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. *Revista Clínica Médica Familiar.* 2009;2(7):332-4.
9. Bohórquez Bueno C. Eficacia de la intervención enfermera para cuidadores con cansancio del rol del cuidador. *Revista Cubana de Enfermería.* 2011;27(3): 210-9.
10. Díaz Castro M, Garrido Palomino MM. Manejo del cansancio del rol de cuidador desde una unidad de cuidados enfermeros. *Inquietudes: Revista de Enfermería.* 2006;(34):14-7.
11. Barrón Ramírez B, Alvarado Aguilar S. Desgaste físico y emocional del cuidador primario en cáncer. *Instituto Nacional de Cancerología. Cancerología.* 2009;4:39-46.
12. Rocha-García A, Hernández-Peña P, Ruiz-Velazco S, Avila-Burgos L, Marín-Palomares T, Lazcano-Ponce E. Gasto de hogares durante la hospitalización de menores derechohabientes, con diagnóstico de leucemia, en dos hospitales en México. [Internet] *Salud Pública Méx.* 2003;45(4):285-92. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000400007&lng=es.

Estado del arte del absentismo laboral en enfermería

P. Domínguez Sánchez^{1*}, S. Arroyo Lucas¹
y M.A. Contreras Martínez²

¹Departamento de Enseñanza de Posgrado en Enfermería; ²Departamento de Enfermería, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, D.F.

Resumen

Resumen: el absentismo en enfermería representa una problemática en el sector de la salud mexicano y genera un impacto, entre otros aspectos, desde el punto de vista económico y de la calidad en la atención que se brinda a los usuarios, además de modificar el ambiente laboral. **Objetivo:** realizar un estado del arte sobre tópicos de absentismo laboral en enfermería, que puede apoyar a los gerentes de esta especialidad en la toma de decisiones con respecto al establecimiento de políticas para favorecer los objetivos institucionales. **Metodología:** se realizó una búsqueda en bases de datos y revistas, principalmente de EE.UU., Brasil y México. **Resultados:** el mayor porcentaje de estudios encontrados al respecto es de tipo cuantitativo, seguido de los transversales exploratorios y, en bajo porcentaje, los retrospectivos descriptivos. La principal causa del absentismo se encuentra en las enfermedades. **Conclusiones:** es necesario analizar otros factores que pudieran relacionarse directa o indirectamente con el absentismo y el ambiente laboral y que pueden repercutir en el cuidado del paciente, así como discutir a fondo la repercusión sobre las enfermedades que están presentando los equipos de enfermería.

Palabras clave: Absentismo. Enfermería. Estado del arte. Absentismo laboral.

Abstract

Summary: Absenteeism in nursing is a problem in the Mexican health sector and generates an impact on other aspects from the economic point of view and quality of care provided to users, in addition to modifying the workplace. **Objective:** A state-of-the-art study on topics of absenteeism in nursing, which can support the managers of nurses in making decisions regarding the establishment of policies benefiting corporate objectives. **Methods:** A search was performed in databases and magazines mainly from the U.S., Brazil, and Mexico. **Results:** The highest percentage of studies found are quantitative, cross-type studies and a low percentage were retrospective. The main cause of absenteeism was found in disease. **Conclusions:** It is necessary to examine other factors that may directly or indirectly be related to absenteeism and the working environment that may affect patient care, as well as to discuss the underlying impact of diseases facing nursing teams. (Rev Mex Enf. 2014;2:10-4)

Corresponding autor: Patricia Domínguez Sánchez, dominguez_pa@yahoo.com

Key words: Absenteeism. Nursing. State-of-the-art. Absenteeism..

Introducción

Considerando que la Asamblea Mundial de la Salud es la máxima instancia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y quien determina de manera general las políticas de los estados miembros en materia de salud¹, México, como integrante de esta organización, condiciona sus políticas de acuerdo a las prioridades que de ella emanan.

Así, a partir de 2005 se inician en este país una serie de acciones encaminadas a la seguridad del paciente, al grado de llevarlo a una obligatoriedad dentro de los programas de la Administración Pública Federal².

Al respecto, dentro de las políticas del Plan Nacional de Desarrollo también se menciona lo siguiente: «Estrategia 4.3: Integrar sectorialmente las acciones de prevención de enfermedades»³; Estrategia 8.3: Promover la productividad laboral mediante entornos de

Correspondencia:

*Patricia Domínguez Sánchez

Vasco de Quiroga, 15

Col. Sección XVI, Tlalpan. C.P. 14000, México, D.F.

E-mail: dominguez_pa@yahoo.com

Fecha de recepción en versión modificada: 24 de octubre de 2013

Fecha de aceptación: 15 de enero de 2014

trabajo saludables, a través de la instrumentación de «medidas para reducir los riesgos en el trabajo y promover entre los trabajadores estilos de vida saludables...»³, enfatizando en que «las acciones de prevención en salud destacan por ser costo-efectivas, al mejorar la salud y la calidad de vida de la población, mientras que se evitan altos costos de tratamiento en el futuro»³.

Sin embargo, en la realidad vemos que, a pesar de las buenas intenciones, las organizaciones se ven vulneradas por diversas circunstancias que impiden el cumplimiento de estas políticas. Tal es el caso del absentismo de los profesionales de enfermería, que constituye un problema que necesita ser monitoreado⁴.

En este sentido, quizá también valdría la pena centrar la atención en la búsqueda de la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades transmisibles, cronicodegenerativas... Se debe considerar que factores como el absentismo laboral vulneran al individuo en su carácter de trabajador, a la colectividad laboral, a la calidad en la atención de los servicios de salud y al cumplimiento de los objetivos de la misma organización.

Ante esta situación que prevalece en las instituciones de salud mexicanas, el objetivo era realizar un estado del arte para acercarnos a un probable origen del absentismo laboral del personal de enfermería, sus principales causas y, en general, conocer los trabajos de investigación realizados hasta el momento por la comunidad científica y, de manera paralela, identificar si existen estudios que relacionen el liderazgo que ejercen los integrantes que dirigen las organizaciones de salud con el absentismo laboral del personal de enfermería, considerando que este grupo es quien dirige a los equipos para lograr los objetivos y que en gran medida es de quien dependen desde la gestión.

Metodología

Se realizó una búsqueda breve en la Biblioteca Virtual en Salud para conocer los descriptores en español. En esta base de datos también se desplegó información en inglés y portugués, considerando pertinente trabajar con los descriptores en los tres idiomas para tener un rango de información más extenso.

Para la búsqueda se utilizaron las bases de datos de la Biblioteca Virtual en Salud, Scielo, Medline, PubMed, Imbiomed, Artemisa, Sciencedirect y Lippincott's Nursing Center. Una de las revistas mexicanas de enfermería que se consultó fue la *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*.

Criterios de inclusión

Artículos en español, portugués e inglés.
Artículos de 2005 a 2012.

Criterios de exclusión

Artículos anteriores al año 2005.
Artículos que no estuviesen en español, portugués o inglés.

Resultados y discusión

En la búsqueda se detectaron 1,301 artículos, de los cuales 47 estaban relacionados con la enfermería (Tabla 1). Tras un análisis de la información encontrada, se obtuvieron de manera física 30 artículos, con los que se trabajó.

En las figuras descritas a continuación se reportan los resultados en cantidad, seguidos del porcentaje.

En lo referente al año de publicación, la mayor cantidad de artículos se encontró en los años 2011 y 2008, con un 24 y 19%, respectivamente, lo cual podría explicarse por la relevancia del tema y el impacto negativo que tiene en el cuidado del paciente, el personal de enfermería y la institución (Fig. 1)⁵⁻³².

En cuanto a los objetivos de los estudios, se agruparon de manera general. Se encontró que la mayoría (47%) se enfocaba a conocer el índice de absentismo y solo un 10% a los factores asociados, respecto a otros objetivos del resto de los estudios (Fig. 2).

Según el diseño de los estudios, destacaron los de tipo transversal (44%), los descriptivos exploratorios (33%) y los retrospectivos descriptivos (17%), respecto a otros diseños (Fig. 3).

Por el tipo de investigación, se encontró que el 100% de los artículos corresponden a investigación cuantitativa con respecto a la cualitativa. Esto puede explicarse al considerar la enfermería como una disciplina joven, pues se ha basado en el paradigma del positivismo, es decir, del análisis de patrones lógicos que pueden verificarse³².

Los principales resultados de las investigaciones fueron: el absentismo se relaciona de manera directa con la enfermedad en un 76% y, de manera similar, con un 7%, con el personal de base, el tipo de liderazgo y el exceso de trabajo (Fig. 4).

Al respecto, una de las situaciones que se encontró y que se reporta con mayor relación con el absentismo fue el síndrome de *burnout*, situación que tiene una especie de efecto dominó, pues tiene implicaciones en

Tabla 1. Búsqueda de artículos de absentismo laboral en enfermería

Descriptor y operadores booleanos utilizados	Base de datos	Número de artículos desplegados	Artículos relacionados directamente con el tema	Idioma
Español: absentismo, enfermería, laboral, personal Inglés: nurse, nursing, absenteeism, work Portugués: enfermagem, trabalho, absentismo	Biblioteca Virtual en Salud	717	41	Español, portugués e inglés
Absentismo	Imbiomed	7	1	Español
Nurse, abseenteism	PubMed	575	4	Inglés
Absentismo, enfermería, laboral, personal	Medigraphic	0	0	Español
Absentismo y enfermería	Dialnet	2	1	Español
Total		1,301	47	

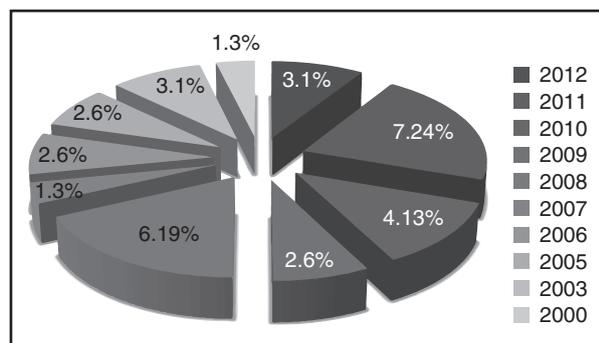


Figura 1. Número de artículos seleccionados por año de publicación.

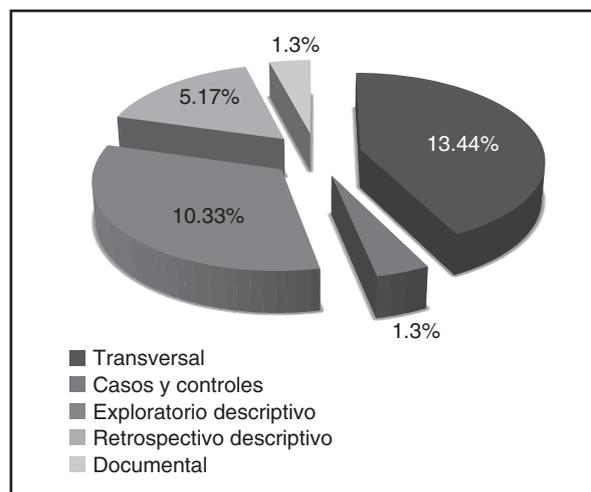


Figura 3. Tipo de metodología de los estudios.



Figura 2. Resultados por objetivo del estudio relacionados con el absentismo laboral en enfermería.

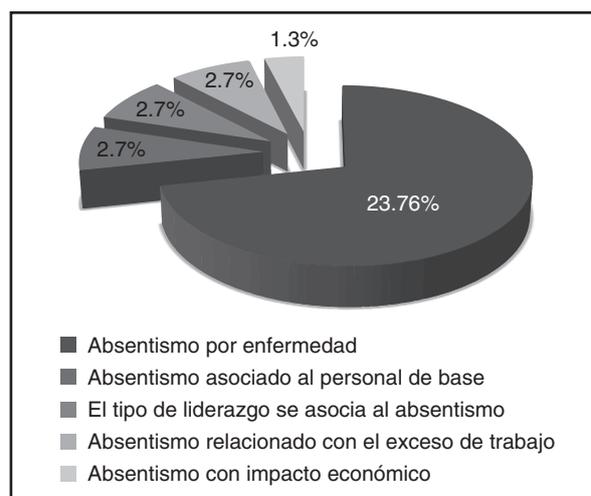


Figura 4. Principales resultados de las investigaciones.

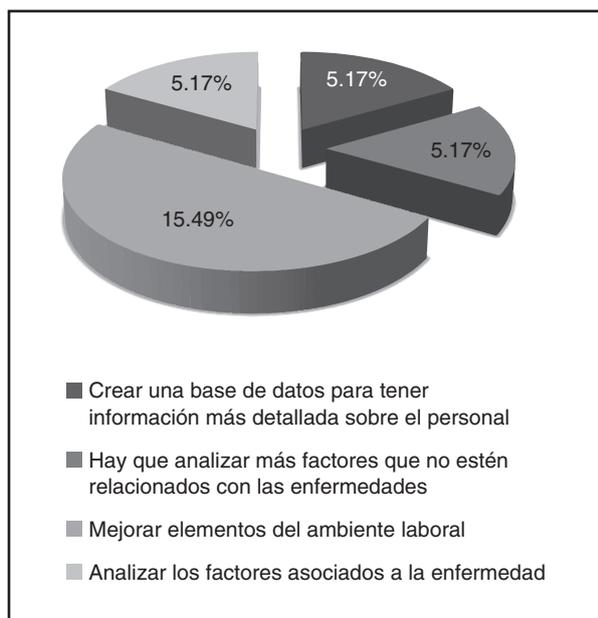


Figura 5. Conclusiones de los estudios.

quienes dirigen la organización si no existe liderazgo. Cuando se produce una ausencia se modifican las actividades y se divide al equipo de enfermería, que llega a realizar lo que se tenía programado para el ausente. Esta situación modifica el ambiente de trabajo y lo vuelve poco favorable para la satisfacción laboral, convirtiéndose en lo que puede ser un círculo vicioso de desgaste en quienes llegan con oportunidad.

En este sentido, esta práctica de ausencia es permisible en los diferentes contratos laborales de quienes se encuentran insertos en el sector público de la salud, ya que los trabajadores de base, como en el caso mexicano, cuentan con un trabajo «seguro» en donde resulta difícil el despido, sobre todo en lo relacionado con las ausencias, ya que en su mayoría existe un margen permisible de tres o más ausencias mensuales, sin tener consecuencias sobre su contrato laboral.

En los resultados de la revisión, se llegó a reportar hasta 494 ausencias por enfermedad y 166 faltas por otros motivos, lo cual muestra la necesidad de conocer en profundidad cuáles son las causas de enfermedad por institución, con el fin de establecer medidas o programas preventivos e incidir en la disminución del absentismo⁵.

Las conclusiones de los estudios se agruparon en cuatro grandes grupos: mejorar elementos del ambiente laboral (49%), analizar los factores del absentismo relacionados con las enfermedades (17%), crear bases de datos que permitan contar con información

más detallada sobre el personal (17%) y analizar más factores que no se relacionen con la enfermedad (17%) (Fig. 5).

Conclusiones

En México existen políticas que guían las directrices del sector de la salud, sobre todo orientadas a la calidad y la prevención de enfermedades crónicas degenerativas; sin embargo, según los resultados presentados, existe una asociación entre el absentismo y la enfermedad entre las enfermeras, por lo que se cree necesario contar con mayor información sistematizada sobre el estado de salud del personal de enfermería, analizar los factores asociados a la organización del trabajo e implementar estrategias de mejora con la información acumulada hasta estos días.

Con el desarrollo de la enfermería, es importante trascender la investigación descriptiva a estudios multicéntricos y/o comparativos entre departamentos de una organización e identificar el comportamiento por sectores en una misma institución, así como los factores protectores que pudieran fortalecerse entre sí y beneficiar en el primer escalón al propio trabajador de la salud, y con ello trascender la calidad de la atención que se pretende proporcionar a los pacientes, familiares y comunidad.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Reglamento sanitario internacional. 2.ª ed. 2005.
2. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. «Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud». 1.ª ed. 2007.
3. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. México; 2007.
4. Sancinetti TR, Soares AN, Costa Lima AF, et al. Taxa de absentismo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. Rev Esc Enferm. 2011;45(4):1007-12.
5. Silva DM, Marziale MH. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. Rev Latino-Am Enfermagem. 2000;8(5):44-51.
6. Ferreira RC, Griep RH, Fonseca MJM, Rotenberg L. Abordaje multifactorial del absentismo por enfermedad por personal de enfermería. Rev Saúde Pública. 2012;46(2):259-68.
7. Rochefort CM, Ward L, Ritchie JA, Girard N, Tamblyn RM. Registered nurses' job demands in relation to sitter use: nested case-control study. Nurs Res. 2011;60(4):221-30.
8. Lee D, Coustasse A, Sikula A Sr. Transformational leadership and workplace injury and absenteeism: analysis of a National Nursing Assistant Survey. Health Care Manage Rev. 2011;36(4):380-7.
9. Puc-Valdez M, Rojas-Juárez MR, Torres-Alavez MY, López-Sánchez G. Análisis de las causas de absentismo injustificado con un grupo focal de enfermeras. Rev Enferm IMSS. 2005;13(3):141-5.
10. Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis CM, Bültmann U, et al. Predicting return to work in workers with all cause sickness absence greater than 4 weeks: a prospective cohort study. J Occup Rehabil. 2012; 22(1):118-26.
11. Rangel Portilla VE, Barragán Velasquez C, Flores Silva I. Relación entre el absentismo del personal de enfermería y el Síndrome de Burnout. Psiquis México. 2008;17(2):48-56.
12. Guzmán AC, Marino C, Arocha R, Esquijarosa DC. La evaluación económica de incapacidad laboral temporal en una institución de salud. Rev Cub Salud Pública. 2010;36(1):107-18.

13. Costa FM, Vieira MA, Sena RR. Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(1):38-44.
14. Junkes MB, Filgueiras V. El gasto financiero causado por las licencias médicas de profesionales de la salud en los hospitales públicos en Rondonia, Brasil. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2010;18:406-12.
15. Laus AM, Anselmi ML. Ausencias de trabajadores de enfermería en un hospital-escuela. *Rev Esc Enferm USP* [online]. 2008;42(4):681-9.
16. Inoue, KC, Matsuda LM, Silva DMPP, Uchimura TT, Mathias TAF. Absentismo-enfermedad del equipo de enfermería en unidad de terapia intensiva. *Rev Bras Enferm.* [online] 2008;61(2):209-14.
17. Alves D, Godoy SCB, Santana DM. Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência. *Rev Bras Enferm.* 2006;59(2):195-200.
18. Barboza DB, Soler ZA. Nursing absenteeism: experience with workers at a teaching hospital. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2003;11(2):177-83.
19. Martinato MCNB, Severo DF, Marchand EAA, Siqueira HCH. Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010;31(1):160-6.
20. Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Kurcgant P. Ausencias previstas y no previstas del equipo de enfermería en las unidades de internamiento del HU-USP-Brasil. *Rev Esc Enferm.* 2003;37(4):109-17.
21. Magalhães N, Pereira de Farias S, Mauro M, Donato M, Dominos AM. Absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar. *Rev Enferm. UERJ.* 2011;19(2):224-30.
22. Alexopoulos EC, Tanagra D, Detorakis I, et al. Knee and low back complaints in professional hospital nurses: occurrence, chronicity, care seeking and absenteeism. *Work.* 2011;38(4):329-35.
23. Rajbhandary S, Basu K. Working conditions of nurses and absenteeism: is there a relationship? An empirical analysis using National Survey of the Work and Health of Nurses. *Health Policy.* 2010;97(2-3):152-9.
24. Rogenski KE, Fugulin FM. [Technical safety index of a teaching hospitals pediatric unit nursing staff]. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(4):683-9.
25. Alves M, Godoy SCB, Santana DM. Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência. *Rev Bras Enferm.* 2006;59(2):195-200.
26. Campos ALA, Gutierrez, PSG. Assistência preventiva do enfermeiro ao trabalhador de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2005;58(4):458-61.
27. Da Costa FM, Vieira MA, De Sena RR [Disease-related absenteeism among nursing team members in a teaching hospital]. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(1):38-44.
28. Becker SG, Oliveira ML. Study on the absenteeism of nursing professionals in a psychiatric center in Manaus, Brazil. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2008;16(1):109-14.
29. Schreuder JA, Roelen CA, Van Zweeden NF, Jongsma D, Van der Klink JJ, Groothoff JW. Leadership effectiveness and recorded sickness absence among nursing staff: a cross-sectional pilot study. *Nurs Manag.* 2011;19(5):585-95.
30. Blanca Gutiérrez JJ, del Rosal González A, González Ábalos Mde L, Aceituno Herrera A, Martín Afán de Rivera JC, Arjona González A. Effect of the introduction of "on demand" nursing shifts on hours of absenteeism. *Gac Sanit.* 2012;26(5):480-2.
31. Dos Reis RJ, La Rocca Pde F, Silveira AM, López Bonilla IM, Navarro I Gine A, Martín M. [Factors related to sickness absenteeism among nursing personnel]. *Rev. Saude Publica.* 2003;37(5):616-23.
32. Ariza OC. Aportes de la investigación cualitativa a enfermería. *Revista: Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo.* 2005;7(1-2):8-12.

Avatares del proceso de atención de enfermería en México

S. Arroyo Lucas^{1*}, R.A. Ayala Salinas¹, A. Jiménez Méndez¹, M. Martínez Becerril² y M.P. Nájera Ortiz³

¹Departamento de Enseñanza de Posgrado en Enfermería; ²Subdirección de Enfermería; ³Departamento de Enfermería, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, D.F.

Resumen

En este artículo se realiza una revisión de las diferentes formas de nombrar el proceso de atención de enfermería con el objetivo de responder a la propia búsqueda de unificar conceptos y evitar ambigüedades. En la metodología se retoman aspectos históricos de la construcción del término en México, sustentada en una actividad social y no necesariamente individual. Se llega a la conclusión de que las tendencias están enmarcadas por ideas y necesidades de un contexto histórico determinado, con sus respectivos comportamientos sociales y culturales. Sin embargo, es importante rescatar los antecedentes en México y las bases que permiten reconocer la historia y dejar ver que no se ejerce en un vacío, aunque para comprenderlo se requiera la humildad y la discusión epistémica aplicadas a la realidad, es decir, favorecer la generación de modelos mexicanos de atención al proceso salud-enfermedad-atención desde la discusión de conceptos filosóficos, teóricos y epistemológicos.

Palabras clave: Proceso de atención de enfermería. Método enfermero. Contexto histórico de enfermería. Epistemología del proceso de atención de enfermería.

Abstract

This article reviews the different nomenclatures for the Nursing Care Process (SAP), with the goal being to answer our own search for unifying concepts that avoid ambiguity. The methodology keeps historical aspects of the construction of the term in Mexico, keeping in mind that it based on a social activity, not necessarily individual. We conclude that the trends are framed by ideas and needs of a historical context with their social and cultural behavior; however, it is important to highlight the past history of Mexico and the basis for recognizing this history and ensuring that it is not seen in isolation, only to understand that the discussion of knowledge is applied to reality; that is to say, taking into account the Mexican models of the healthcare/disease-care service is necessary when discussing philosophical, theoretical, and epistemological concepts. (Rev Mex Enf. 2014;2:15-8)

Corresponding autor: Silvino Arroyo Lucas, sarroyo76@yahoo.com.mx

Key words: Nursing care process. Method nurse. Nursing historical context. Epistemology nursing care process.

El proceso de atención de enfermería

En este artículo se lleva a cabo una revisión de las diferentes formas de nombrar el proceso de atención de enfermería, término retomado en la fidelidad del uso del concepto de quienes antecedieron a la Organización de Enfermería en México, así como del seguimiento del uso de dicho término en las recomendaciones de las instituciones oficiales y el marco legal

en ese país. Conviene aclarar que con ello no pretendemos aportar nuevas construcciones, sino sólo responder a la propia búsqueda de unificar conceptos para evitar ambigüedades y dar respuesta a un par de controversias en el manejo de definiciones entre estudiantes, docentes, profesionales de enfermería clínica y administrativas, a causa de la diversidad de términos utilizados para hacer referencia al proceso de atención de enfermería.

Correspondencia:

*Silvino Arroyo Lucas

Vasco de Quiroga, 15

Col. Sección XVI, Del. Tlalpan, C.P. 14000, México, D.F.

E-mail: sarroyo76@yahoo.com.mx

Fecha de recepción en versión modificada: 9 de enero de 2014

Fecha de aceptación: 15 de enero de 2014

Si retomamos los aspectos históricos, podemos observar que existe un impulso del desarrollo en enfermería con trabajos que pretenden un lenguaje unificado para sustentar la práctica profesional. Desde su origen, podemos ver en documentos oficiales de formación extranjera importada a países como México que se maneja el concepto de proceso enfermero identificándolo como «una teoría sobre cómo las enfermeras organizan los cuidados de la persona, las familias y las comunidades»¹. Este tipo de conceptos ha impregnado de manera general las instituciones académicas y de salud.

Sin embargo, desde esta revisión nace la preocupación cuando se encuentran textos de finales de la primera década del siglo XXI y se discuten diferencias en las etapas. Por ejemplo, «D. Leslie, et al. señalaron que el proceso enfermero es un sistema compuesto de cuatro pasos: valoración, planeación, ejecución y evaluación»², cuando esta propuesta de la década de 1960 parecía superada a mediados de la década de 1970 al añadir las cinco etapas que se conocen en la actualidad³, a pesar de que, de manera general, no existen diferencias en la conceptualización de estas etapas.

Sin profundizar en esa discusión y continuando con el concepto del que venimos hablando, en términos relativamente homogéneos, en las revistas mexicanas se pueden encontrar diferentes formas de nombrar el proceso de atención de enfermería, como por ejemplo: proceso de atención de enfermería, proceso enfermero, proceso de enfermería, método enfermero y quizá algunos más. Conviene aclarar que es difícil encontrar autores que definan el método enfermero, aunque se utiliza como sinónimo del proceso de atención de enfermería. De un modo general, estos términos hacen alusión al mismo concepto, cuya definición es semejante, como puede verse a continuación:

- «El proceso de enfermería es un método sistemático y racional de planificación y prestación individualizada de los cuidados de enfermería»⁴.
- «El proceso de atención de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica. Es la única herramienta científica válida para brindar cuidado de calidad a los pacientes»⁵.
- «El proceso enfermero es una herramienta que comprende una serie de pasos sistemáticos y ordenados que constituyen la base principal en la formación del profesional de enfermería, y ofrecen una alternativa para la resolución de problemas de manera eficiente e innovadora

con la que el paciente recibe cuidados altamente profesionales e individualizados con sustento científico»².

Al retomar los preceptos históricos y considerar algunos principios científicos mencionados por Descartes desde los planteamientos de Galileo y Platón, se observa que el concepto de proceso de atención de enfermería tiene antecedentes ya en épocas tempranas de la ciencia moderna, de la investigación científica. Sin embargo, a pesar del auge conocido del método científico, éste se mantenía sólo a nivel teorico-filosófico y en pequeños grupos confinados de intelectuales. Sólo cuando el método científico es adoptado por varias profesiones, sobre todo por aquellas que se basaban en la evidencia lógica y la experimentación, es cuando se crean métodos adaptados a sus campos de trabajo, por ejemplo en la administración, la biología y la ética, entre otras⁶.

«Desde mediados de la década de 1950, varias teóricas de la enfermería habían comenzado a formular sus consideraciones acerca del método de actuación profesional de las enfermeras: el proceso de atención de enfermería, el que fue realmente considerado un proceso, fue mencionado por primera vez por Lydia E. Hall, una enfermera norteamericana, en 1955»⁷.

Surge así la inquietud entre docentes y profesionales de la salud por adoptar el método al campo de trabajo acogiendo el término de proceso de resolución de problemas⁸, que se basa en principios de la ciencia y en métodos científicos. Así, en México, la enfermería no dejó de lado esta cuestión y, en la búsqueda de los inicios de un método que sustentara su práctica profesional con el paso del tiempo, se rescatan los conceptos del proceso administrativo y proceso de resolución de problemas al «hacer una adaptación más directa de la terminología al campo de la enfermería con la intención de hacer su aplicación más fácil, llamándolo proceso de atención de enfermería»⁶.

En este sentido, el antecedente histórico por mantener el concepto de proceso de atención de enfermería en México que hemos encontrado al realizar esta revisión es cuando, en 1973, se introduce como materia de enfermería⁹, porque se le consideraba un buen instrumento para brindar cuidados al paciente. «Se compara el proceso de atención de enfermería con el proceso de resolución de problemas y el método científico, sosteniendo que el proceso de resolución de problemas es lo mismo que el método científico simplificado, y el proceso de enfermería es el proceso de resolución de problemas, con los mismos pasos, pero dando a los problemas el nombre de

necesidades»⁹, ya que cada uno corresponde a la respuesta de un método sistemático que aporta soluciones a las necesidades humanas y fisiológicas del individuo.

Entre 1974 y 1975 se organizaron « dieciocho talleres diversos y otros eventos cuyo enfoque ha sido el proceso de atención de enfermería. Estas actividades fueron promovidas por varios organismos e instituciones educativas y de servicio, que se han avocado al problema, especialmente la Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería y la Asociación Nacional de Universidades e Instituto de Enseñanza Superior»¹⁰.

En el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán se tiene como antecedentes el hecho que, en 1975, la Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería, A.C. hizo entrega de un reconocimiento a la enfermera Magdalena Escobar González, que asistió al grupo de trabajo sobre el proceso de atención de enfermería realizado en la Escuela de Enfermería del Instituto Nacional de la Nutrición del 9 al 20 de junio de ese mismo año¹¹; y en ese mismo año la Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería, A.C. editó un documento sobre el proceso de atención de enfermería¹⁰, siendo éste un antecedente importante para sostener la discusión inicial de este artículo, donde se resalta la necesidad de ser fieles al uso de conceptos y al resguardo de los mismos.

En la actualidad se puede observar que la recomendación nacional en México deriva de la primera Jornada Técnica sobre Planes de Cuidados de Enfermería del año 2008, de la Comisión Permanente de Enfermería, en donde asistieron representantes nacionales de los sistemas de salud público y privado del Sistema Nacional de Salud, de instituciones educativas, de la Dirección General de Hospitales de Referencia, del Consejo Mexicano de Acreditación y Certificación de Enfermería, de la Asociación de Bioética en Enfermería y de la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud del D.F., entre otras instituciones, donde se hizo la siguiente propuesta: «se adoptan las siguientes recomendaciones: proceso de atención de enfermería»¹², y donde se menciona el soporte sobre su implementación, entendido como «el método por el que se aplica la fundamentación teórica de los cuidados al ejercicio de la enfermería»¹².

Con ello se observa una recomendación de una organización que tiene representación nacional y un sustento que se mantiene de origen. En lo que respecta al marco legal, aspecto que va más allá de una recomendación y que tiene carácter de obligatoriedad,

en la Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud, se puede leer que «para la prestación de los servicios de enfermería en el ambiente hospitalario y comunitario que conlleve cuidados desde sus respectivas facultades es necesario retomar la aplicación del proceso de atención de enfermería al realizar acciones independientes e interdependientes derivadas del plan»¹³. Es decir, en este marco legal vigente se retoma el concepto mexicano propuesto en su origen institucional.

A consecuencia de la importancia que tiene mantener un término y mejorar la estandarización del proceso de atención de enfermería nace el interés por tratar de entender su significado.

Así, desde un plano «científico» el proceso entendido como una serie de pasos tiene su antecedente en el conocido método científico, donde existe un modo de hacer las cosas, característico de la ciencia, que permite al investigador o enfermera desarrollar su trabajo con orden y racionalidad. Sin embargo, aquí hay que tener las precauciones necesarias para no tomar recetas de acciones a seguir como rutina (pues el cuidado, desde sus diferentes ámbitos de actuación, se centra en aspectos dirigidos a las personas con sus diferentes formas de sentir, ver, pensar, es decir, se está ante un sujeto, y no un objeto, como podría ser en una fábrica de producción), sino que como ciencia «se va desarrollando gracias a la libertad de pensamiento, mediante la crítica, el análisis riguroso, la superación de los errores y la discusión»¹⁴.

Así, se presenta una construcción mediante la cual se obtiene conocimiento científico, es decir, de un tipo particular de conocimiento que se alcanza, como decíamos ya, por medio de una actividad que denominamos «investigación científica». De esta manera, el proceso como método construye pensamiento científico cuando se le ve como proceso creativo; en caso contrario, no avanza, sobre todo cuando se le observa como proceso mecánico. En consecuencia, el método por sí solo no garantiza un pensamiento científico, ya que como método no es una disciplina o ciencia que posea un cuerpo propio de conocimientos¹⁴.

Así pues, el proceso de atención de enfermería encuentra sentido como proceso o método cuando se vincula con el término de enfermería como disciplina, y no como persona enfermera o enfermero, entendiéndose la enfermería como la define la Organización Mundial de la Salud, esto es, «abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas

de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal»¹⁵, o desde la propuesta de la Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud, es decir, « la ciencia y el arte humanístico dedicado al mantenimiento y promoción del bienestar de la salud de las personas ha desarrollado una visión integral de la persona, familia y comunidad y una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones dependientes, independientes o interdependientes»¹³.

Bajo estas consideraciones, es preciso definir la enfermería como una «ciencia» sustentada en una actividad social, y no solamente individual, para no correr el riesgo de imaginar al científico, en este caso en su carácter de enfermera o enfermero, como un ente abstracto.

En este reconocimiento al trabajo tanto científico como filosófico, la propuesta es tratar de nombrar las cosas por su nombre bajo la claridad que no es lo mismo enfermero, enfermera y enfermería, deteniendo discusiones estériles que, como se dijo en un principio, se generan a consecuencia de la aparente ambigüedad de los conceptos, ya que al caer en la adopción de ideas que nacen del modismo, la costumbre o la importación arbitraria, no contribuimos al desarrollo de una profesionalización mexicana.

Conclusiones

Es necesario favorecer la construcción de procesos metacognitivos que permitan tener una mirada propia desde nuestro campo de actuación en donde se discutan temas de fondo aplicados a nuestra realidad, es decir, favorecer la generación de modelos mexicanos de atención al proceso salud-enfermedad-atención. En esto, sin duda desde la discusión de conceptos filosóficos, teórico y epistemológicos, con la convicción de que la enfermería mexicana puede contribuir a la realización de políticas nacionales e internacionales.

Las tendencias están enmarcadas por las ideas y necesidades de un contexto histórico con sus respectivos

comportamientos sociales y culturales; sin embargo, es importante rescatar nuestros antecedentes en México y las bases epistemológicas que nos permitan reconocer nuestra historia y dejar ver que no ejercemos en un vacío, aunque para comprenderlo se requiera la humildad en el reconocimiento de quienes nos antecedieron, que en su momento trabajaron y destacaron elementos hoy conocidos como metodologías propias de la enfermería que coadyuvan al cuidado de la persona.

Uno de los grandes retos que debemos seguir trabajando es la consolidación profesional y científica que, en el uso del proceso de atención de enfermería, a diferencia del método de solución de problemas, es generar un pensamiento crítico que implique hacer más que resolver problemas y adoptar etiquetas, esto es, ver más allá de lo evidente y de lo que adoptamos de modelos internacionales sin el respectivo análisis del origen en sus antecedentes.

Bibliografía

1. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación 2009-2011 Versión en español de la obra en inglés: NANDA-I Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2009-2011. España: Elsevier; 2010.
2. Hernández J, Cárdenas S, Maya A, Reyes JG, Negrete M, Cervantes E. Evaluación de competencias en proceso enfermero durante el servicio social. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2009;17(1):3-9.
3. Arroyo S, Jiménez A, Martínez M, Nájera MP, Estefani MC, Cano MA. Nacimiento, limitaciones y propuesta epistemológica de la aplicación del proceso de atención de enfermería en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. *Rev Mex Enf.* 2013;1:7-12.
4. Morales AD, Morales NL. Epistemología del proceso de enfermería. *Desarrollo Científ Enferm.* 2007;15(2):84-8.
5. Gutiérrez O. Factores que determinan la aplicación del proceso de enfermería en instituciones hospitalarias de Colombia. *Av Enferm.* 2009;XXVII(1):60-8.
6. Moran V. El proceso de atención de enfermería. Documento integrado por un grupo de trabajo convocado por la Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería, A. C. del 24 al 27 de noviembre de 1975 en la ciudad de Oaxaca.
7. Amaro MC. El método científico de enfermería, el proceso de atención y sus implicaciones éticas y bioéticas. *Rev Cubana Enfermer.* 2004;20(1):1-7.
8. González P, Chaves Reyes AM. Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo.* 2009;11(2):47-76. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1452204_80004. Consultado el 9 de diciembre de 2013.
9. García MJ. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson: respuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería. México: Progreso; 2002.
10. Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería, A. C. Documento integrado por un Grupo de Trabajo convocado por la Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería, A. C. del 24 al 27 de noviembre de 1975 en la ciudad de Oaxaca. Estando como presidenta la enfermera Victoria Moran Aguilar.
11. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Subdirección de Enfermería. Programa de Proceso de Atención de Enfermería. 2010.
12. Secretaría de Salud. Dirección General de Calidad y Educación en Salud comisión Permanente de Enfermería. Jornada Técnica Planes de Cuidados de Enfermería (PLACES) Reunión de expertos. 2008. Disponible en: <http://ancam.org.mx/prop/html/docs/enfe/PERSPECTIVAS%20PROYECTO%20PLACE%20COMISION%20PERMANENTE%20ENFERMERIA.pdf>
13. Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
14. Sabino C. El proceso de investigación. Caracas: Ed. Panapo; 1992.
15. Kerchenobich D. Editorial. *Rev Mex Enf.* 2013;1:5.

El tiempo de los cuidadores de personas con discapacidad

S. Hernández Corral^{1*}, A. Fernández Sánchez² y M.G. Ojeda Vargas³

¹Departamento de Enseñanza e Investigación en Enfermería, Instituto Nacional de Rehabilitación, México, D.F.; ²Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Cuernavaca, Mor.; ³Doctora en Enfermería Psiquiátrica, Departamento de Enfermería y Obstetricia, División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Campus Celaya Salvatierra, Universidad de Guanajuato, Guanajuato, Gto.

Resumen

Para esta revisión, se realizó una amplia búsqueda en diversas bases de datos a partir de los descriptores: cuidador, discapacidad, tiempo y rehabilitación, con el fin de profundizar en el tema del tiempo y espacio de los cuidadores de personas con discapacidad motora, por la importancia que éste tiene en el logro de los objetivos de la rehabilitación. Se establecieron dos temas de estudio: tiempo dedicado al cuidado y tiempo que favorece la adaptación. La revisión permite identificar que el tema ha sido estudiado en diferentes países y desde diversas perspectivas: los estudios cuantitativos abordan el tiempo físico, mientras que los cualitativos se enfocan a las experiencias y vivencias de los cuidadores. Los estudios realizados proporcionan elementos de soporte para el desarrollo de investigaciones en esta área, pero en algunos casos los resultados son contradictorios y las metodologías utilizadas pueden ser tomadas en cuenta según los objetivos perseguidos por las personas interesadas en el diseño de estudios relacionados con el tema.

Palabras clave: Cuidadores. Discapacidad. Tiempo.

Abstract

An extensive search was conducted in several databases using the following search terms: caregiver, disability, time, and rehabilitation, in order to pursue the subject of time and space of the caregivers of people with motor disabilities, because of the importance that this subject has on achieving the goals of rehabilitation. Two areas of study were established: the time devoted to care and time favoring the adaptation. This search allowed identifying that the subject of study has been approached from different perspectives in different countries. The quantitative studies address the physical time, while qualitative studies focus on the caregivers' experiences. The studies conducted provide support elements for developing research related to this particular subject; nonetheless, in some cases the results are contradictory, although the methodologies used should be taken into account according to the objectives pursued by those interested in the design of research regarding this topic. (Rev Mex Enf. 2014;2:19-22)

Corresponding autor: Sandra Hernández Corral, shcorral@gmail.com

Key words: Caregiver. Disability. Time.

Introducción

A nivel mundial, en 2010 se estimó que más de 1,000 millones de personas vivían con algún tipo de discapacidad, lo que representaba alrededor del 15% de la población¹. En América Latina y el Caribe, en 2009 había por lo menos 50 millones de personas con algún tipo de discapacidad conforme a lo reportado por el Banco Mundial². En México, existen

5,739,270 personas con alguna discapacidad física o mental para realizar actividades de la vida cotidiana: el 40.7% tiene entre 60 y 84 años de edad, el 32.8% se encuentra en la edad adulta, entre 30 y 59 años, y el porcentaje menor está representado por la población de 85 años y más. Cabe mencionar que dos de cada diez individuos con discapacidad tiene menos de 30 años³. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012⁴ refiere que la discapacidad motora es la

Correspondencia:

*Sandra Hernández Corral
Calzada México-Xochimilco, 289
Col. Arenal de Guadalupe, Del. Tlalpan, C.P. 14389, México, D.F.
E-mail: shcorral@gmail.com

Fecha de recepción en versión modificada: 13 de diciembre de 2013
Fecha de aceptación: 14 de enero de 2014

más frecuente y está presente en 2,442,400 hombres y 3,036,100 mujeres. Estas personas manifestaron tener dificultad para caminar, moverse, subir o bajar escaleras.

En la situación antes mencionada, la mayoría de los familiares proporciona los cuidados; sin embargo, también se les demanda compromiso y dedicación, ya que deberán invertir tiempo para proporcionar unos cuidados encaminados a la satisfacción de las necesidades básicas.

En este sentido, es importante definir la palabra *tiempo*: proviene del latín *tempus* y algunos de sus sinónimos son periodo, lapso y espacio. El vocablo hace referencia a una magnitud de carácter físico que se emplea para realizar la medición de lo que dura algo que es susceptible de cambio⁵. Cuando una cosa pasa de un estado a otro, y dicho cambio es advertido por un observador, ese periodo puede cuantificarse y medirse como tiempo. Asimismo, es un medio en el que los estados de conciencia se suceden discontinuamente de manera que no puedan contarse⁶.

Bajo esta premisa se realizó una búsqueda a partir de los siguientes descriptores: cuidador, discapacidad, tiempo y rehabilitación. Se consultaron bases de datos como PubMed Cuiden, Scielo y Lilacs, y se procedió a la localización y recuperación de los artículos considerados de valor para la orientación de la búsqueda, lo que permitió profundizar en el tema. De acuerdo con la revisión de la literatura acerca del tiempo de cuidado de las personas con discapacidad, se elaboraron dos temas de estudio: tiempo dedicado al cuidado y tiempo que favorece la adaptación.

Tiempo dedicado al cuidado

Respecto a este tema se han realizado diversas investigaciones que abordan el tiempo dedicado al cuidado de las personas con discapacidad. Los cuidadores del programa de postrados en Chile manifestaron dedicar 8 h/día al cuidado y, en relación al tiempo que llevan ejerciendo esta tarea, el 46.8% lo realiza desde hace diez años o más⁷. En este mismo país, en un grupo de cuidadores de personas mayores, Flores, et al.⁸, observan que el 46.3% de los cuidadores dedica de 21 a 24 h al cuidado y el 53% lleva más de cinco años realizando esa tarea. Espinoza y Jofré⁹, en cambio, mencionan que los cuidadores de pacientes dependientes inscritos en el programa de atención domiciliaria realizan esta labor desde hace un promedio de nueve años y dedican 17 h/día a esta tarea, y sólo el 40% de ellos recibe ayuda de otra persona.

En un estudio realizado con madres de niños con necesidades especiales de salud, éstas manifestaron un carácter sobrenatural del cuidado, pues declararon que la cantidad de tiempo y la intensidad de la dedicación a esos niños exigen más allá de la práctica natural de cuidar a un niño¹⁰. Por otro lado, las madres de niños con parálisis cerebral infantil (PCI) invierten en cada comida entre 20 min y 1 h, lo que demanda un promedio de 2-6 h/día. El menor tiempo reportado correspondió a los momentos en que el niño se encontró a gusto con los alimentos que se le ofrecieron y el mayor tiempo a rechazos alimentarios y episodios de enfermedad, aspecto que, según las cuidadoras, se convierte en una carga al emplear una cuarta parte del día sólo al proceso de alimentación¹¹. En los niños con discapacidad, el 91% de los cuidadores refieren que cuidan al niño desde el momento del diagnóstico, y en cuanto al tiempo de experiencia como cuidador, el 78% lleva 37 meses dedicado a su tarea de cuidado y el 61% reporta que dedica las 24 h/día al cuidado del niño¹².

Con pacientes adultos con accidente vascular cerebral (AVC), los cuidadores dedican un promedio de 18.2 h/día a su cuidado, por lo cual manifiestan modificaciones en su rutina diaria. Entre los cambios que mencionan, destacan: falta de tiempo libre para ver la televisión, leer, visitar amigos o parientes y no tener tiempo libre para ir al banco, hacer compras o ir al médico. Las principales actividades que dejaron de hacer por falta de tiempo fueron la alimentación y el baño¹³. Asimismo, el tiempo que los cuidadores han ejercido esta actividad varía de un mes a cuatro años, con una media de dos años y cuatro meses¹⁴.

Los cuidadores consideran que el cuidado de una persona post-AVC demanda tiempo y dedicación, sobre todo porque este cuidado es diferente por tratarse de un adulto. Las cuidadoras comparan al familiar con un niño en sus necesidades de cuidado, y resalta la complejidad de un adulto presentado como un niño en sus limitaciones y necesidades; sin embargo, deja de ser un adulto, ya que se enfrenta a un nuevo modo de vivir y situarse en el mundo. Los cuidadores experimentan las necesidades de adaptación a la nueva rutina, que surge de forma inesperada e intensa, acompañada de otras dificultades, como la económica, las estructurales y la necesidad de ayuda¹⁵.

En España, se ha realizado un estudio en relación al tiempo de cuidado familiar a mayores dependientes. Su autor refiere que quienes cuidan de personas con mayor grado de dependencia dedican más tiempo y lo hacen de manera continua durante el día. Asimismo, los hombres cuidan en mayor proporción

por las mañanas, mientras que el cuidado de las mujeres está presente durante todo el día. Cabe mencionar que algunas discapacidades concretas también requieren dedicación durante la noche: el 8.7% de los cuidadores provee atención entre las 00.00 y 7.00 h, lo cual repercute de manera considerable en su tiempo de descanso. El tiempo en el hogar de quienes cuidan a personas con discapacidad severa es superior al de quienes cuidan de personas con discapacidad moderada (20.2 y 18.7 h, respectivamente) ¹⁶.

Los cuidadores de adultos mayores frágiles refieren que invierten como mínimo 3 h/día a cuidarles; además, en su día a día precisan dividir ese cuidado con los quehaceres domésticos, trabajo, cuidado de los hijos...¹⁷.

En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional sobre el Uso del Tiempo 2002, un total de 1,738,756 personas dedicaron 12 millones de horas a cuidar a enfermos en sus hogares, con un promedio de 6.09 h/persona. Cabe señalar que dos terceras partes de las horas dedicadas a la atención de los enfermos corresponden al cuidado que brindan las mujeres. Otro aspecto a destacar es que en los grupos con menor escolaridad, independientemente del género, es donde se observan los promedios de horas de dedicación semanal más altos ¹⁸.

En el caso de los cuidados brindados a personas con discapacidad, el total de personas que declaran su participación en esas actividades es de 1,496,616 y el número de horas de 12,231,714, con un promedio de 8.17 h/persona, cifra un 34% más alta que el promedio de horas dedicadas por los cuidadores de enfermos. Los promedios de horas de dedicación son más altos para las mujeres en comparación con los hombres, en particular en los grupos con bajo nivel educativo, donde la cifra rebasa las 10 h/día en el caso de las mujeres ¹⁸.

Tiempo y adaptación

Otras investigaciones resaltan la necesidad del paso del tiempo para la adaptación al nuevo rol de los cuidadores. En este sentido, Rodrigues, et al. ¹⁹ mencionan que en el periodo de transición del hospital al domicilio pueden ocurrir una serie de cambios en las relaciones familiares, muchas veces seguida de una reorganización del sistema familiar para responder a ese cuidado. Se describen pocas experiencias de cómo la familia maneja o cuida a una persona mayor con AVC; sin embargo, la experiencia de cuidar de un miembro familiar en casa se obtiene a lo largo del tiempo. Las formas de cuidar cambian de acuerdo con las necesidades del enfermo, el ambiente, la estructura familiar y el conocimiento de cada familia, aunque

se utilizan estrategias como paciencia, amor, unión, deseo de compartir y aprendizaje de lo cotidiano.

En el contexto domiciliario, los cuidadores de ancianos basados en sus vivencias experimentan esa tarea de un modo muy particular. La forma de enfrentar ese cuidado, relacionándose con el anciano y sus necesidades, depende de cómo ellos se enfrentan y respondan a las demandas que se les presentan²⁰. En este sentido, el ser humano es un ente dotado cuya esencia es existir, y su única manera de mostrarse es por medio de sus modos de ser, expresados en un tiempo y espacio propios²¹.

Al principio y durante la mayor parte del tiempo, tenemos diferentes modos de ser, que dependerán de las situaciones que nos tocará vivir en el mundo y de un estado previo de humor también llamado «estado de espíritu». En este estado previo de humor los cuidadores estarán siempre relacionados con sus dificultades o facilidades para la prestación cotidiana de los cuidados, aunque ayudan, entre otros aspectos, los sistemas formales e informales de ayuda, la situación económica y las posibilidades para el ocio²².

Chaparro²¹ señala que cada vez que el cuidador se enfrenta a una nueva crisis reconoce nuevos aprendizajes y avanza hacia una búsqueda intensa para alcanzar algo de estabilidad. Poco a poco aprende a superar las dificultades en medio del camino y reconoce en el otro a un aliado, alguien que en medio de la situación siempre está allí, conviviendo y acompañando a su compañero en esta experiencia de vivir o cuidar en la discapacidad, lo que genera un vínculo especial. Y éste no es estático, pues al principio de la relación se insinúa de manera tímida como una mera posibilidad, pero se va reconociendo en la rutina y se manifiesta casi con furor en las crisis, cuando la pérdida y el riesgo están presentes. Muchas veces, su papel es tan prioritario que inhabilita, genera dependencia y es difícil de manejar, pero con el tiempo este vínculo madura, se desarrolla y ayuda a aprender.

Cada día y cada paso en medio de la dificultad parecen fortalecer el vínculo que caracteriza la experiencia del cuidado. Antes de que aparezca la diada, hace tareas, asume responsabilidades; pero con el tiempo, cuando el vínculo se identifica, la diada vive el cuidado, aprende de manera progresiva y se fortalece de modo que se torna complejo comprender quién cuida a quién. El vínculo complementa a los miembros de la diada, los deja sentirse acompañados, los cobija en su dolor y, al no estar solos, aquello que parecía imposible de vivir se va superando día a día ²³. La conformación del vínculo es un proceso dependiente

de la temporalidad y del tipo de relación previa que se tenga, y a la relación interpersonal puede contribuir un concepto particular de cuidado²³.

Machado, et al.²⁴ señalan que el cuidador establece un nuevo papel y analiza qué está aprendiendo y haciendo para identificarse a sí mismo: quién es y qué hace. Esos cambios son notables para el cuidador y llegan inesperadamente, por eso requieren de tiempo para la adaptación de los sujetos. Los mecanismos o estrategias elaboradas por los cuidadores representan su sobrevivencia ante la situación que se presenta en sus vidas de repente. Con el paso del tiempo, van adquiriendo práctica en su quehacer y sabiduría para enfrentar la situación sin sobresaltos, y al final de ese proceso consiguen relajarse un poco y extraer lecciones vitales a partir de lo experimentado.

La experiencia del cuidado por parte del cuidador familiar de pacientes en situación de enfermedad crónica se evidencia a través de tres fases: al principio, exploración y contacto; a continuación, situación de comprensión y progreso, y finalmente, cambios y nuevos retos que emprender. Estas fases permiten que el cuidador familiar se descubra a sí mismo ante su nuevo rol, experimente y reconozca que el cuidarse a sí mismo implica dar un mejor cuidado, el cual se verá reflejado en el bienestar de su ser querido²⁵.

Conclusiones

El tiempo dedicado al cuidado de las personas con discapacidad por parte de los cuidadores ha sido abordado desde los enfoques cuantitativo y cualitativo. En el primero, el tiempo es medido desde el punto de vista físico, por lo que resaltan las horas al día, los meses y años dedicados al desempeño de dicha tarea, originando una sobrecarga en los cuidadores; en el segundo, en cambio, el tiempo rescata las vivencias, experiencias y formas en las que se establece el vínculo entre la persona con discapacidad y su cuidador. De manera general, ambos enfoques coinciden en que el cuidado de una persona con discapacidad implica una dedicación casi permanente, lo que obliga a la familia a reestructurar completamente sus actividades cotidianas para atender a un enfermo que requiere vigilancia permanente. Por ello, los profesionales de la enfermería pueden considerar los resultados de los estudios cuantitativos en el momento de planear estrategias encaminadas a prevenir el cansancio del cuidador; sin embargo, los estudios cualitativos les permitirán comprender lo que significa cuidar a otra persona, rescatar las experiencias y

estrategias implementadas por los cuidadores, que en un futuro podrán ser transmitidas a otros cuidadores con la finalidad de facilitar la tarea que desempeñan.

Bibliografía

1. Banco Mundial. Informe Mundial sobre la Discapacidad 2011. Consultado el 10 de julio de 2012. Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/accessible_es.pdf
2. Banco Mundial. Discapacidad y Desarrollo Inclusivo en América Latina y el Caribe 2009. Consultado el 14 de julio 2012. Disponible en: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALPROTECTION/EXTDISABILITY/0,,contentMDK:20286156~pagePK:210058~piPK:210062~theSitePK:282699,00.html>
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Principales resultados del Censo de Población y Vivienda. México: INEGI; 2010.
4. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX); 2012.
5. Real Academia Española. Diccionario de la lengua Española. Consultado el 10 de diciembre de 2012. Disponible en: <http://rae.es/>
6. Bergson H. Ensayos sobre los datos inmediatos de la conciencia. Salamanca: Ediciones Sígueme; 1999.
7. Jofré AV, Sanhueza AO. Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras/es informales. Ciencia y Enfermería. 2010;XVI(3):111-20.
8. Flores GE, Rivas RE, Seguel PF. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. Ciencia y Enfermería. 2012;XVIII(1):29-41.
9. Espinoza MK, Jofré AV. Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. Ciencia y Enfermería. 2012;XVIII(2):23-30.
10. Neves ET, Cabral IE. Cuidar de crianças com necessidades especiais de saúde: desafios para as famílias e enfermagem pediátrica. Rev Eletr Enf. 2009;11(3):527-38. [Internet]. Consultado el 15 de diciembre de 2012. Disponible en: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3ao9.htm>
11. García LF, Restrepo SL. Alimentar y nutrir a un niño con parálisis cerebral. Una mirada desde las percepciones. Invest Educ Enferm. 2011;29(1):28-39.
12. Montalvo-Prieto A, Flórez-Torres EA, Vega DS. Cuidando a cuidadores familiares de niños en situación de discapacidad. Aquichan. 2008;8(2):197-211.
13. Morais HCC, Soares AMG, Oliveira ARS, Carvalho CML, Silva MJ, Araujo TL. Sobrecarga y las modificaciones de vida en la perspectiva de los cuidadores de pacientes dependientes con accidente vascular cerebral. Rev Latino-Am Enfermagem. 2012;20(5). [Internet]. Consultado el 10 de diciembre de 2012. Disponible en: <http://www.eerp.usp.br/rlae>
14. Fonseca NR, Penna AFG. Perfil do cuidador familiar do paciente com seqüela de acidente vascular encefálico. Ciência & Saúde Coletiva. 2008;13(4):1175-80.
15. Oliveira BC, Garanhani LM, Garanhani MR. Cuidador de pessoa com acidente vascular encefálico-necessidades, sentimentos e orientações recebidas. Acta Paul Enferm. 2011;24(1):43-9.
16. Rogero-García J. El tiempo de cuidado familiar a mayores dependientes en España: entre la donación y la expropiación del tiempo. EKAINA. 2011. Consultado el 16 de marzo de 2013. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5569/1134-7147.49.03>
17. Gonçalves LHT, Alvarez AM, Sena ELS, Santana LWS, Vicente FR. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis-SC. Texto Contexto Enferm. 2006;15(4):570-7.
18. Nigenda G, López-Ortega M, Matarazzo C, Juárez-Ramírez, C. La atención de los enfermos y discapacitados en el hogar. Retos para el sistema de salud mexicano. Salud Pública Mex. 2007;49(4):286-94.
19. Rodrigues RAP, Kusumota S, Santos EB, Fhon JRS, Fabricio-Whebe SCC. Transição do cuidado como o idoso após acidente vascular cerebral do hospital para casa. Rev Latino-Am Enfermagem. 2013;21(Spec). [Internet]. Consultado el 12 de mayo de 2013. Disponible en: <http://www.eerp.usp.br/rlae>
20. Nogueira PC, Rabeh SAN, Caliri MHL, Dantas RAS, Haas VJ. Sobrecarga do cuidado e impacto na qualidade de vida relacionada à saúde de cuidadores de indivíduos com lesão medular. Rev Latino-Am Enfermagem. 2012;20(6). [Internet]. Consultado el 14 de enero de 2013. Disponible en: <http://www.eerp.usp.br/rlae>
21. Oliveira AMS, Pedreira LC. Ser idoso com incapacidade e seus cuidadores familiares. Acta Paul Enferm. 2012;25(Número Especial):143-9.
22. Chaparro L. El vínculo especial de cuidado: construcción de una teoría fundamentada. Av Enferm. 2010;XXVIII(2):123-33.
23. Chaparro L. Cómo se construye el "vínculo especial" de cuidado entre la persona con enfermedad crónica y el cuidador familiar. Aquichan. 2011;11(1):7-22.
24. Machado ALG, Jorge MSB, Freitas CHA. A vivência do cuidador familiar vítima de Acidente Vascular Encefálico: uma abordagem interacionista. Rev Bras Enferm. 2009;62(2):246-51.
25. Alvarado GAM. Adquiriendo habilidad en el cuidado: "De la incertidumbre al nuevo compromiso". Aquichan. 2007;7(1):25-36.

Punción lumbar: intervenciones de enfermería en la Unidad de Radio Oncología del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

J. Salinas Cruz*, J. Angel López y L. Arias Barrera

Unidad de Radio Oncología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, D.F.

Resumen

La punción lumbar es un procedimiento médico invasivo donde se extrae una muestra de líquido cefalorraquídeo (LCR), generalmente de las zonas L3-L5 del espacio subaracnoideo, con fines analíticos, diagnósticos y terapéuticos. Considerando que los procedimientos técnicos de enfermería se deben ejercer sustentados en conocimientos científicos y vinculados a las políticas nacionales e internacionales, este artículo tiene como objetivo socializar la técnica del equipo de enfermería adscrito a la Unidad de Radio Oncología del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), donde se pretende un trabajo integral con la intención de adaptar las circunstancias a un modelo funcional en las instituciones de salud. Se concluye que una fuente formal y permanente de información y orientación sobre la forma de ejecutar una actividad determinada, con apego a las normas, políticas vigentes y con una visión integral del funcionamiento y operación permite la optimización de tiempos y recursos en la atención al paciente.

Palabras clave: Punción lumbar. Cuidados de enfermería. Intervenciones de enfermería.

Abstract

Lumbar puncture is an invasive medical procedure, where a sample of cerebrospinal fluid (CSF), usually L3-L5 of the subarachnoid space areas, is extracted for analysis, diagnostics, and therapeutics. Whereas technical nursing procedures should be supported by scientific knowledge and linked to national and international policy, this article aims to nationalize the techniques of the nursing team attached to the Unit Radiation Oncology at the National Institute of Nutrition, where a comprehensive work, with the intention of adapting circumstances to a functional model in health institutions, is being sought. We conclude that a formal and permanent source of information and guidance on how to perform a particular activity, subject to the rules, policies in force, and with a comprehensive view of the performance and operation, allows the optimization of time and resources in the care of patients. (Rev Mex Enf. 2014;2:23-33)

Corresponding autor: Jorge Salinas Cruz, salinascruz29@yahoo.com.mx

Key words: Lumbar puncture. Nursing care. Nursing interventions.

Introducción

La punción lumbar es un procedimiento médico invasivo que se utiliza para extraer una muestra de LCR mediante una punción con aguja, usualmente entre los espacios L3-L5 dentro del espacio subaracnoideo, se usa para análisis bioquímicos, microbiológicos y

citoquímicos¹ y sirve de apoyo en el diagnóstico de los procesos infecciosos, inflamatorios, oncológicos y metabólicos. También tiene indicaciones terapéuticas que incluyen la administración de quimioterapia, antibióticos y agentes anestésicos². Este tipo de procedimientos tiene su implicación en la gestión del cuidado como técnica institucional y su propósito es

Correspondencia:

*Jorge Salinas Cruz

Vasco de Quiroga, 15

Col. Sección XVI, Tlalpan. C.P. 14000, México, D.F.

E-mail: salinascruz29@yahoo.com.mx

Fecha de recepción en versión modificada: 23 de diciembre de 2013

Fecha de aceptación: 22 de enero de 2014

Tabla 1.

R	A	DA	Sustento	Estándares para la certificación de hospitales
E	1	Se informa al paciente y familia del procedimiento	La comunicación eficaz sobre el procedimiento puede ser útil para aliviar la ansiedad del paciente ¹	MISP 1: identificar correctamente a los pacientes MISP 2: mejorar la comunicación efectiva Estándar PFR.6.1: los pacientes y familiares reciben información adecuada acerca de la enfermedad, los tratamientos propuestos y los prestadores de atención para que puedan tomar decisiones sobre su atención
E	2	Se comprueba que el paciente recibió la información médica del procedimiento a realizar (consentimiento informado)	El paciente debe ser informado acerca de por qué la punción lumbar es necesaria, así como los riesgos y beneficios asociados con el procedimiento ¹	MISP 2: mejorar la comunicación efectiva Estándar PFR.6: el consentimiento informado del paciente se obtiene mediante un proceso definido en el establecimiento y lo lleva a cabo personal capacitado Estándar PFR.6.3: el consentimiento informado que se obtiene en el ingreso de los pacientes a hospitalización y atención ambulatoria es claro en cuanto a su alcance y sus límites
E	3	Se pregunta sobre alergias	Con el nombre de alergia o droga, hipersensibilidad o sensibilización, se designa a una respuesta extraordinaria anormal completamente diferente de la acción farmacológica y que tiene como mecanismo una reacción inmunológica de antígeno-anticuerpo ⁴	Estándar MMU.1: el manejo y uso de medicamentos en el establecimiento cumple con las leyes y reglamentaciones correspondientes, y está organizado de manera eficiente a fin de cubrir las necesidades del paciente
E	4	Se valora que el paciente no sufra alguna contraindicación para que se le realice la punción lumbar	Las contraindicaciones para este procedimiento son: <ul style="list-style-type: none"> - compromiso cardiorrespiratorio - trombocitopenia - signos de herniación cerebral - hipertensión intracraneal - signos neurológicos focales - coagulopatía - moderada-severa discapacidad cognitiva: reducido o fluctuante índice de Glasgow < 13 o > 2 - postura anormal - papiledema - después de convulsionar aun estabilizado - bradicardia con hipertensión - reflejo oculocefálico (ojos de muñeca) - inmunosupresión - SIRS - infección en el sitio de la punción - sospecha de septicemia meningocócica^{2,3} 	Estándar AOP.1.3: las necesidades médicas y de enfermería del paciente se identifican a partir de la evaluación inicial

(Continúa)

Tabla 1. (Continúa)

R	A	DA	Sustento	Estándares para la certificación de hospitales
E	5	<p>Se pide al paciente que se despoje de su ropa exterior y se coloque una bata con abertura hacia atrás</p> <p>Se inicia el llenado de la «lista de verificación de procedimientos hematológicos invasivos»</p>	<p>La intimidad del paciente es un derecho inalienable de las personas que en todo momento debe ser salvaguardado⁵</p>	<p>Estándar PFR.1.2: la atención médica respeta la necesidad de privacidad del paciente</p> <p>MISP 4: garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento adecuado y al paciente apropiado</p>
E	6	<p>Se reúne el equipo y el material necesario para la punción lumbar, que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> - equipo de punción estéril, que contiene: un campo hendido, una bata de algodón estéril, una charola metálica, unas pinzas Kelly y cinco gasas - dos cubrebocas - dos gorros - googles - dos guantes en bolsa individual estériles - clorhexidina solución al 2% - una jeringa de 10 ml - xilocaína simple al 2% - aguja hipodérmica 25 G x 5/8" - aguja para punción lumbar calibre 22 G x 3 1/2" - tubo para recolección de LCR estéril - tela Micropore® - tijeras - solicitud de laboratorio 	<p>Actualmente, este material se emplea en el área de procedimientos de la Unidad de Radio Oncología del INCMNSZ⁶</p>	<p>Estándar PCI.7.1: el establecimiento reduce el riesgo de infecciones y asegura la higiene y esterilización adecuada del equipo</p>
EM	7	<p>Higiene de manos del médico y enfermera</p>	<p>La higiene de manos es la medida primaria para reducir infecciones⁷</p>	<p>MISP 5: reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica</p> <p>Estándar PCI.9: el establecimiento cuenta con la infraestructura y recursos necesarios para aplicar correctamente las medidas de protección universales y llevar a cabo la higiene de manos</p>
E	8	<p>Se valoran los signos vitales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - temperatura - pulso, presión arterial - saturación de oxígeno - frecuencia respiratoria - escala de coma de Glasgow 	<p>La presencia de bradicardia, hipertensión, dificultad respiratoria y un índice de Glasgow < 13 son contraindicaciones para el procedimiento¹</p>	<p>Estándar AOP.1.3: las necesidades médicas y de enfermería se identifican a partir de la evaluación inicial</p>

(Continúa)

Tabla 1. (Continúa)

R	A	DA	Sustento	Estándares para la certificación de hospitales
E	9	Se valora el dolor con la escala analógica visual (EVA) para la toma de decisiones entre el equipo de salud sobre la administración de analgesia	El dolor en el sitio de punción puede ser mínimo, pero se pueden prescribir analgésicos si es necesario. Generalmente se emplean los antiinflamatorios no esteroideos. Si estos no fueran efectivos, pueden prescribirse bajas dosis de opioides, como el fosfato de codeína. Sin embargo, se debe hacer lo posible por evitar medicamentos con efectos sedantes, pues la intención es resolver el dolor, no sedar al paciente ⁸	MISP 2: mejorar la comunicación efectiva Estándar MMU.1: el manejo y uso de medicamentos en el establecimiento cumple con las leyes y reglamentaciones correspondientes, y está organizado de manera eficiente a fin de cubrir las necesidades del paciente Estándar MMU.6: el establecimiento identifica al personal calificado que tiene autorización para administrar medicamentos
E	10	Se coloca al paciente en posición decúbito lateral izquierdo o derecho, en el borde de la mesa de exploración. Se le flexiona el cuello y se pega el mentón al pecho, a la vez que flexiona las rodillas sobre el abdomen y las sujeta con los brazos (posición fetal), descubriendo la zona de las vértebras lumbares	Idealmente, el paciente debe estar recostado en decúbito lateral izquierdo, con las rodillas hacia el pecho, para permitir una máxima extensión del espacio subaracnoideo y, por lo tanto, facilitar el acceso a esta área. Sin embargo, ocasionalmente el médico puede cambiar el procedimiento recostado hacia el lado derecho, por ejemplo si la persona tiene problemas de movilidad que afecten el lado izquierdo ⁸	MISP 6: reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas
M	11	El médico identifica la zona de punción (L3-L4 o L4-L5)	La aguja espinal se inserta entre la L3-L4 o L4-L5. La médula espinal termina en la L1-L2, por lo que insertar la aguja debajo de este nivel reduce el riesgo de perforar la médula espinal ³	Estándar QPS.2.1: se utilizan guías de práctica clínica y protocolos de atención para proporcionar la atención clínica
EM	12	El médico se coloca el gorro, cubreboca y googles, y la enfermera, el gorro y cubreboca	El equipo de protección personal se refiere a una variedad de barreras usadas solas o en combinación para proteger las membranas mucosas, vías respiratorias, piel y ropa del contacto con agentes infecciosos. La selección del equipo de protección personal se basa en la naturaleza del paciente y la interacción con él ⁹	MISP 5: reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica Estándar PCI.9: el establecimiento cuenta con la infraestructura y recursos necesarios para aplicar correctamente las medidas de protección universales y llevar a cabo la higiene de manos
E	13	Se abre el equipo de punción estéril frente al médico para que tome su bata y se la coloque con técnica estéril, así como los guantes	Hay pacientes a los que, debido a sus condiciones específicas, como por ejemplo la inmunosupresión, se les deben practicar las técnicas con rigurosa asepsia. Los llamados procedimientos invasivos ponen en contacto el medio interno con el externo del paciente y requieren una técnica aséptica para evitar que éste adquiera una infección relacionada con la asistencia sanitaria ¹⁰	MISP 5: reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica Estándar PCI.9: el establecimiento cuenta con la infraestructura y recursos necesarios para aplicar correctamente las medidas de protección universales y llevar a cabo la higiene de manos

(Continúa)

Tabla 1. (Continúa)

R	A	DA	Sustento	Estándares para la certificación de hospitales
E	14	Con técnica estéril, se le proporciona al médico la jeringa, la aguja hipodérmica y de raquia, los guantes y el tubo para la recolección de la muestra	Los llamados procedimientos invasivos ponen en contacto el medio interno con el externo del paciente y requieren de una técnica aséptica para evitar que el paciente adquiera una infección relacionada con la asistencia sanitaria ¹⁰	MISP 5: reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica
M	15	El médico toma tres gasas estériles del equipo de médula y se las coloca entre los dedos de su mano no dominante para que la enfermera vierta en ellas clorhexidina solución al 2%	La clorhexidina es ampliamente activa contra bacterias grampositivas, gramnegativas, anaerobias facultativas y aerobias y, en menor medida, contra hongos y levaduras. Tiene escasa actividad contra <i>Mycobacterium tuberculosis</i> y no es esporicida. Una de sus características más sobresalientes es su actividad <i>in vitro</i> contra virus encapsulados, aunque presenta menor actividad contra virus no encapsulados Presenta actividad residual de hasta 6 h y su actividad antimicrobiana se ve mínimamente afectada por material orgánico, como la sangre En diferentes estudios se han presentado datos sobre el uso de productos a base de clorhexidina para la antisepsia y desinfección en diferentes áreas. En la mayoría se ha encontrado superioridad de este compuesto, al compararlo con otros antisépticos, en la prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud ¹¹	MISP 5: reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica
M	16	El médico toma la pinza Kelly y una de las gasas impregnadas de clorhexidina para realizar la asepsia de la zona lumbar, previamente identificada con movimientos circulares de dentro hacia fuera unos 40 cm de diámetro (un tiempo por cada gasa) y se deja secar durante unos 3 min	Según la experiencia institucional, se recomienda hacer la asepsia de la zona a puncionar en un área aproximada de 40 cm de diámetro, cubriendo con ello el espacio de abertura del campo hendido	MISP 5: reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica
M E	17	El médico toma el campo hendido y lo coloca en la zona lumbar previamente desinfectada La enfermera continúa con el llenado de la «lista de verificación de procedimientos hematológicos invasivos»	La preparación del campo estéril se puede realizar de diferentes maneras, dependiendo de las características del procedimiento. Se pueden diferenciar dos situaciones: delimitar una zona corporal del paciente para hacer un procedimiento que requiera esterilidad — conviene destacar la importancia de la antisepsia de la piel del paciente antes de montar el campo estéril sobre la zona— o preparar un campo estéril sobre una superficie plana ¹⁰	MISP 5: reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica

(Continúa)

Tabla 1. (Continúa)

R	A	DA	Sustento	Estándares para la certificación de hospitales
M	18	El médico toma la jeringa y la enfermera le proporciona lidocaína	La experiencia institucional ha demostrado que la comunicación entre profesionales pares (medico-enfermera) que cuenten con conocimientos de una misma especialidad favorece la coordinación	MISP 2: mejorar la comunicación efectiva
M	19	El médico toma la aguja hipodérmica de 25 G y la cambia por la aguja que trae la jeringa para infiltrar la anestesia al paciente; si es necesario, infiltrar con la aguja de la jeringa (22 G) para una anestesia local más profunda	Dentro de sus propiedades, la lidocaína es un anestésico local, pues bloquea la propagación del impulso nervioso impidiendo la entrada de iones Na ⁺ a través de la membrana nerviosa ¹²	Estándar MMU.6: el establecimiento identifica al personal calificado que tiene autorización para administrar medicamentos
M	20	El médico toma la aguja para punción lumbar (22 G) y la inserta en la cara superior de la apófisis espinosa inferior en la línea media a 15 grados (Actualmente, en el centro no hay agujas para punción lumbar del calibre 24-27)	Si se coloca correctamente, la aguja debe atravesar la piel y el tejido celular subcutáneo, el ligamento supraespinoso, el ligamento interespinoso entre la apófisis espinosa de las vértebras, el ligamento amarillo, el espacio epidural vertebral, incluyendo el plexo interno venoso, la duramadre, las aracnoides y el espacio subaracnoideo entre las raíces de los nervios de la cauda equina. A medida que la aguja pasa a través de los ligamentos, se puede experimentar una sensación de ruptura a través del tejido. Después de este punto, conviene retirar el estilete 2 mm para evaluar intervalos de flujo del LCR. Si la punción fue traumática, el LCR puede teñirse de sangre. En ocasiones, con dejar correr tres o cuatro gotas el LCR se aclara y puede tomarse la muestra. Cuando lo que se observa es una hemorragia franca, debe de retirarse la aguja y redirigirse la punción. Si el flujo es pobre, se pueden girar 90 grados las agujas, ya que un nervio puede estar obstruyendo la abertura El uso de agujas con un diámetro pequeño produce un desgarro menor en la duramadre, disminuyendo el riesgo de fuga del LCR y, por lo tanto, es menor la incidencia de cefalea después de la punción lumbar. La incidencia de cefalea es del 70% si el calibre de la aguja está entre 16-19 G, del 40% si está comprendido entre 20-22 G y del 12% si se encuentra entre 24-27 G. El volumen del LCR extraído no es un factor de riesgo para la aparición de cefalea después de la punción lumbar ² La presencia de células rojas (eritrocitos) puede sugerir hemorragia o punción lumbar traumática ¹	Estándar QPS.2.1: se utilizan guías de práctica clínica y protocolos de atención para proporcionar la atención clínica

(Continúa)

Tabla 1. (Continúa)

R	A	DA	Sustento	Estándares para la certificación de hospitales
E	21	Se observa si el paciente presenta alguna reacción adversa como palidez, sudoración fría, hormigueo, cambios en el nivel de conciencia...	<p>Aunque la aguja espinal se inserte en el sitio correcto, ocasionalmente puede tener contacto con nervios locales, los cuales pueden provocar un pequeño hormigueo de corta duración en las piernas. La enfermera debe tranquilizar al paciente, decirle que esa sensación pasará e intentar que permanezca quieto durante el procedimiento¹</p> <p>Las complicaciones potencialmente mortales que pueden ocurrir después de la punción lumbar incluyen: absceso espinal, meningitis, hematoma subdural y herniación de la amígdala cerebelosa²</p>	Estándar AOP.2: se revalora a todos los pacientes a intervalos adecuados para determinar su respuesta al procedimiento y planear el tratamiento o el alta
M	22	El LCR ha de caer en los tubos de recolección, nunca debe ser aspirado, porque incluso una pequeña cantidad de presión negativa puede precipitar una hemorragia. El volumen usual de muestra es de 3-4 ml	<p>Si la tensión es normal, el LCR fluye gota a gota</p> <p>El aspecto normal es limpio e incoloro (como «agua de cristal de roca»), no precipita, ni coagula¹³</p>	Estándar SAD.1.6: se siguen los procedimientos para recolectar, identificar, manipular, transportar de forma segura y desechar las muestras
M	23	Al terminar de recolectar la muestra, se retira la aguja, el médico toma una gasa limpia para hacer presión en el sitio de la punción y se deja fija con un poco de tela Micropore®	El sitio de punción debe vigilarse por posible sangrado y cubrirse con un pequeño apósito adhesivo. Puede aplicarse presión en el lugar de la punción para prevenir fuga excesiva de LCR ¹	MISP 5: reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica
M	24	Se retiran los campos, el médico tira en el contenedor rojo de residuos peligrosos biológicoinfecciosos (RPBI) los punzocortantes y en la basura municipal el resto de los desechos Se continúa con el llenado de la «lista de verificación de procedimientos hematológicos invasivos»	<p>Se habla de RPBI ante cualquier organismo que sea capaz de producir enfermedad. Para ello, se requiere que el microorganismo tenga capacidad de producir daño, esté en una concentración suficiente y en un ambiente propicio, tenga una vía de entrada y esté en contacto con una persona susceptible</p> <p>Punzocortante es el objeto que ha estado en contacto con humanos o animales o sus muestras biológicas durante el diagnóstico y tratamiento; son: tubos capilares, navajas, lancetas, agujas de jeringas desechables, agujas hipodérmicas, de sutura, de acupuntura y para tatuaje, bisturís y estiletes de catéter, excepto todo material de vidrio roto utilizado en el laboratorio, el cual se debe desinfectar o esterilizar antes de ser dispuesto como residuo municipal¹⁴</p>	Estándar PCI.7.3: el centro cuenta con una política y un procedimiento para desechar objetos punzocortantes y agujas

(Continúa)

Tabla 1. (Continúa)

R	A	DA	Sustento	Estándares para la certificación de hospitales
E	25	Se coloca al paciente en posición cómoda y se le deja reposar 10 min	No hay evidencias que demuestren que el reposo en cama reduzca la incidencia de dolor de cabeza y, de hecho, el descanso en cama causa más cefalea. Así pues, debe abandonarse dicha práctica como cuidado rutinario de los pacientes después de la punción ²	MISP 6: reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas
EM	26	Higiene de manos del médico y enfermera	La higiene de manos es la medida primaria para reducir infecciones ⁷	MISP 5: reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica
E	27	El tubo de la muestra se etiqueta con los datos del paciente y se llena la solicitud de laboratorio adecuadamente	Todas las muestras deben considerarse como potencialmente infecciosas, por lo que hay que utilizar guantes cuando se extraen y manejan. Además, hay que lavarse las manos antes y después de su recogida ¹⁵	Estándar SAD.1.6: se siguen procedimientos para recolectar, identificar, manipular, transportar de forma segura y desechar las muestras
AU	28	Se lleva al laboratorio de Hematología la muestra con la correspondiente solicitud para su procesamiento	Todas las muestras deben considerarse como potencialmente infecciosas, por lo que hay que utilizar guantes cuando se extraen y manejan. Además, hay que lavarse las manos antes y después de su recogida ¹⁵	Estándar SAD.1.6: se siguen procedimientos para recolectar, identificar, manipular, transportar de forma segura y desechar las muestras
E	29	Se pide al paciente que se cambie la bata por su ropa e informe sobre posibles cefaleas y/o dolor en el sitio de la punción, y se le explican los posibles efectos secundarios del procedimiento y signos de alarma	Después de la punción lumbar el paciente debe ser monitoreado por cefalea. Las enfermeras han de ser conscientes de la necesidad de evaluar debilidad en las piernas, entumecimiento, hormigueo y problemas vesicales e intestinales después de la punción, lo cual puede indicar lesión de la médula espinal como consecuencia de la expansión de un hematoma postraumático ¹	Estándar PFE.6: los profesionales de la salud que atienden al paciente colaboran en su educación Estándar ACC.3.3: los pacientes, y si es necesario, los familiares, reciben instrucciones comprensibles sobre el seguimiento en el momento de referencia o del alta
M	30	El médico realiza los registros en el expediente clínico y la enfermera, en la lista de verificación de procedimientos hematológicos invasivos	Las notas médicas, reportes y otros documentos deben apegarse a las disposiciones jurídicas que resulten aplicables, relacionadas con la prestación de servicios de atención médica cuando sea el caso Las notas médicas y reportes deben contener: nombre completo del paciente, edad, sexo y, en su caso, número de cama o expediente. Todas las notas en el expediente clínico han de contener la fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso. Las notas en el expediente tienen que efectuarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado ¹⁶	MISP 4: garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento adecuado y al paciente apropiado

(Continúa)

Tabla 1. (Continúa)

R	A	DA	Sustento	Estándares para la certificación de hospitales
A	31	El afanador limpia el área y la mesa de exploración de acuerdo a los lineamientos establecidos	<p>Hay un énfasis cada vez mayor en el uso de desinfectantes para la descontaminación del medio ambiente y es, en cierta medida, la consecuencia en todo el mundo de la aparición de microorganismos multirresistentes a los agentes antimicrobianos asociados a altas tasas de infecciones nosocomiales. Además, numerosos estudios científicos han aportado pruebas para la transferencia de los microorganismos entre las superficies y los pacientes</p> <p><i>La American Journal of Infection Control</i>, en su texto «Beneficios de la desinfección de superficies», concluye que es razonable el uso de desinfectantes en superficies no críticas para el cuidado de pacientes, incluyendo superficies del equipo para los pacientes y equipos de limpieza¹⁷</p>	Estándar PCI. 7.1: el establecimiento reduce el riesgo de infecciones y asegura la higiene y esterilización adecuadas del equipo, así como el debido manejo de la ropa sucia y la de cama

R: responsable; A: actividad; E: enfermera; DA: descripción de la actividad; M: médico; EM: equipo multidisciplinario; AU: apoyo universal; A: afanador.

servir como instrumento de apoyo en el funcionamiento de la Unidad de Radio Oncología del INCMNSZ, al conjuntar de forma sencilla, objetiva, ordenada y fundamentada las operaciones realizadas por el profesional de enfermería y médico del centro.

Para la ejecución de este procedimiento y como estrategia para la seguridad del paciente, se recomienda atender a las siguientes contraindicaciones: compromiso cardiorrespiratorio, trombocitopenia, signos de herniación cerebral, hipertensión intracraneal, signos neurológicos focales, coagulopatía², moderada-severa discapacidad cognitiva, reducido o fluctuante índice de Glasgow < 13 o > 2, postura anormal, papiledema, después de convulsionar aun cuando ya haya recibido tratamiento y/o este estable, bradicardia con hipertensión, reflejo oculocefálico (ojos de muñeca), inmunosupresión, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS), infección en el sitio de punción y sospecha de septicemia meningocócica³.

Considerando que los procedimientos técnicos de enfermería se deben ejercer sustentados en conocimientos científicos y vinculados a las políticas mundiales y nacionales, este trabajo se presenta, con la respectiva

aclaración, de que dadas las diferentes condiciones de México, en sus aspectos económicos y culturales en el interior del propio país, se deben considerar los aspectos que interfieren en la homologación de los procesos; sin embargo, se socializa con la intención de adaptar las circunstancias a un modelo funcional en las instituciones de salud.

A continuación, se describe la participación de enfermería en la técnica de punción lumbar, vinculada al sustento científico y los estándares para la certificación de hospitales (Tabla 1).

En esta participación de la enfermera profesional en el procedimiento de punción lumbar, se recomienda la incorporación del proceso de atención de enfermería en los registros clínicos de enfermería y considerar, entre otras, las siguientes interrelaciones (Tablas 2, 3 y 4):

Conclusiones

Posterior al inicio de la enfermería moderna, con más de un siglo de intentos por consolidar y legitimar la enfermería en México, aún se realizan procedimientos sin un sustento científico consciente. En este

Tabla 2. Diagnóstico (*North American Nursing Diagnosis Association [NANDA]*). (00132) Dolor agudo

Resultados (NOC)	Intervenciones (NIC)
Nivel del dolor (2102)	Intervenciones
Indicadores	- 1400 Manejo del dolor
- 210201 Dolor referido	- 2210 Administración de analgésicos
- 210206 Expresiones faciales de dolor	

NOC: *nursing outcomes classification*; NIC: *nursing interventions classification*.

Tabla 3. Diagnóstico (*North American Nursing Diagnosis Association [NANDA]*). (00035) Riesgo de lesión

Resultados (NOC)	Intervenciones (NIC)
Preparación antes del procedimiento (1921)	Intervenciones
Indicadores	- 6610 Identificación de riesgos
- 192101 Conocimiento del procedimiento	- 6650 Vigilancia
- 192104 Conocimiento de los posibles riesgos y complicaciones	
- 192120 Participación en la lista de comprobación antes del procedimiento	

NOC: *nursing outcomes classification*; NIC: *nursing interventions classification*.

Tabla 4. Diagnóstico (*North American Nursing Diagnosis Association [NANDA]*). (00213) Riesgo de traumatismo vascular

Resultados (NOC)	Intervenciones (NIC)
1902 Control del riesgo	6610 Identificación de riesgos
1913 Severidad de la lesión física	6650 Vigilancia

NOC: *nursing outcomes classification*; NIC: *nursing interventions classification*.

sentido, es importante seguir construyendo y compartiéndola experiencia sustentada que se aplica en el cuidado de enfermería desde las instituciones de salud.

Trascender la información de un manual institucional a un espacio de divulgación científica constituye una fuente formal que orienta en la forma de ejecutar una actividad determinada, con apego a las normas y políticas vigentes, con una visión integral del funcionamiento y operación del servicio; permite la optimización del tiempo en la atención del paciente, y funciona como mecanismo de inducción y orientación al profesional que tiene acceso al área

de procedimientos, aspectos que facilitan la incorporación de profesionales de enfermería y médicos a las unidades de hematooncología, permitiendo, con ello, una adecuada coordinación en la atención de calidad y seguridad del paciente.

Bibliografía

1. Matata C, Michael B, Garner V, Solomon T. Lumbar puncture: diagnosing acute central nervous system infections. *Nurs Stand.* 2012;27(8):49-56.
2. Florez A, Galvan L, Romero B, Valero C. Colaboración y cuidados en la punción lumbar. *Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería.* Hospital Universitario Reina Sofía. Septiembre 2010.
3. Solomon T, Michael BD, Smith PE, et al. Management of suspected viral encephalitis in adults – Association of British Neurologists and British Infection Association National Guidelines. *J Infect.* 2012;64(4):347-73.

4. Lazo Salazar, M. Alergia medicamentosa. *Revista de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil*. 2012;15(2).
5. López Espuela F, Moreno Monforte ME, Pulido Maestre ML, Rodríguez Ramos M, Bermejo Serradilla B, Grande Gutiérrez J. La intimidad de los pacientes percibida por los profesionales de enfermería. *NURE Inv*. [Internet] 2010 May-Jun. [fecha de acceso]; 7(46);[aprox. 10 pant].
6. Salinas J, Ángel J. Manual de procedimientos técnicos de enfermería. Unidad de Radio Oncología. INCMNSZ, 2013.
7. Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS sobre higiene de manos en la atención de la salud, 2009.
8. Michael BD, Stewart A. Lumbar puncture patient leaflet. The Encephalitis Society, Meningitis UK, Neurosupport Centre Liverpool; 2012; The Royal Liverpool and Broadgreen University Hospitals NHS Trust, Liverpool.
9. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L; Health Care Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in health care settings. *Am J Infect Control*. 2007;35(10 Suppl 2):S65-164.
10. Aranzazu FJ, Brando C, Edo Montserrat, et al. Manual de procedimientos de enfermería II. Programa de prácticas de simulación. Universidad Autónoma de Barcelona. Servei de Publicacions Bellaterra, 2013.
11. Maya JJ, Ruiz SJ, Pacheco R, Valderrama SL, Villegas MV. Papel de la clorhexidina en la prevención de las infecciones asociadas a la atención en salud. *Infectio*. 2011;15(2):98-107.
12. Vademecum Internacional, edición 2013 (serial online). España. Disponible en: <http://www.vademecum.es/principios-activos-lidoca%EDna+anest%E9sico+local-n01bb02>
13. García S, Pérez C, Gutiérrez C. Alteraciones del líquido cefalorraquídeo y de su circulación: hidrocefalia, pseudotumor cerebral y síndrome de presión baja. *Medicine*. 2011;10(71):4814-24.
14. Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002. Residuos peligrosos biológico-infecciosos – Clasificación y especificaciones de manejo. Diario Oficial de la Federación. 2006.
15. Aznar J, Lepe J, Baños G, et al. Manual de obtención y manejo de muestras para el laboratorio clínico 2009. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. ISBN: 978-84-692-5514-8.
16. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico. Diario Oficial de la Federación. 2012.
17. Gebel J, Exner M, French G, et al. The role of surface disinfection in infection prevention. *GMS Hyg Infect Control*. 2013;8(1):Doc10. doi: 10.3205/dgkh000210.



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN / INCMNSZ



INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

La *Revista Mexicana de Enfermería* del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) abre sus espacios tanto a los académicos como a todo miembro de la comunidad de la salud que manifieste interés por utilizar este foro para publicar sus trabajos sobre enfermería, cumpliendo con las políticas editoriales que a continuación se detallan.

La *Revista Mexicana de Enfermería* del INCMNSZ se publica tres veces al año y recibe manuscritos originales que, de ser aceptados por el Comité Editorial, no podrán ser publicados ni parcial ni totalmente en otra parte sin el consentimiento de la *Revista Mexicana de Enfermería* del INCMNSZ. Todos los trabajos enviados deberán apegarse a los formatos que se describen a continuación y serán revisados por expertos y por el Comité Editorial, que dictaminarán su aceptación.

El propósito principal de la *Revista Mexicana de Enfermería* del INCMNSZ es publicar trabajos del campo de la enfermería. Con este objetivo, la *Revista Mexicana de Enfermería* del INCMNSZ considerará las contribuciones a las siguientes secciones:

- Artículos de revisión o de investigación.
- Experiencia clínica: enfermería basada en evidencia.

ARTÍCULOS DE REVISIÓN O DE INVESTIGACIÓN

Serán sobre un tema de actualidad y de relevancia en el campo de la enfermería. El autor principal o el correspondiente deberán tener experiencia en el área o tema que se revise. Las secciones y subtítulos dependerán del criterio del autor. Sin embargo, se deberá incluir un resumen (máximo de 200 palabras), en formato libre y en español e inglés. La extensión máxima del artículo de revisión será de 12 cuartillas (incluidas las ilustraciones y las referencias bibliográficas). Las ilustraciones deberán ser las estrictamente necesarias, y nunca más de seis, y la bibliografía deberá ser suficiente y adecuada, y se presentará de la forma descrita más adelante; se recomienda que el número de referencias no sea menor de 25 citas.

Asimismo, los artículos de revisión deberán contener: el título, conciso e informativo del trabajo; el nombre y apellido(s) de cada autor; los departamentos institucionales en los cuales se haya realizado el trabajo; el nombre y la dirección actual del autor responsable de la correspondencia; el nombre y la dirección del autor a quien se solicitarán los reimpresos; en su caso, la mención de las fuentes del financiamiento de la investigación; un título corto de no más de 40 caracteres (contando espacios y letras), y las palabras clave para facilitar la inclusión del trabajo en índices internacionales. Se sugiere consultar la página de los Requisitos Uniformes para los Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas (Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas) (<http://www.wame.org/urmspan.htm>) para obtener mayor información sobre la preparación de los manuscritos.

RESUMEN EN ESPAÑOL

Con un máximo de 200 palabras, explicará el propósito de la revisión, así como las conclusiones relevantes. En el caso de los artículos de investigación, el resumen deberá contener el propósito de la investigación, los procedimientos básicos, los hallazgos principales y las conclusiones relevantes. Al final se anotarán de tres a seis palabras clave, para facilitar la inclusión en índices internacionales.

RESUMEN EN INGLÉS

Con un máximo de 200 palabras, presentará las mismas características que el resumen en español. Se iniciará con una versión del título del trabajo en lengua inglesa. También se señalarán de tres a seis palabras clave (*key words*).

AGRADECIMIENTOS

En esta sección se describirán los agradecimientos a personas e instituciones, así como los financiamientos.

REFERENCIAS

Se sugiere un mínimo de 25 citas. Se presentarán siguiendo los Requisitos Uniformes para los Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas (Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas) que se encuentran en la página de Internet <http://www.wame.org/urmspan.htm>. Las referencias se indicarán con números arábigos de forma consecutiva y en el orden en que aparezcan por primera vez dentro del texto. Se referirán en el texto, los cuadros y los pies de figura con los números correspondientes.

En las citas con múltiples autores (más de seis), se incluirán únicamente los seis primeros autores del trabajo, poniendo «et al.» después de la abreviatura del nombre, o nombres, del sexto autor. En el caso de seis o menos autores, se incluirán todos en la cita.

Los artículos publicados en revistas periódicas deberán aparecer de la siguiente forma:

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, la ciudad y país de la publicación y el año de publicación, de la siguiente manera:

Aréchiga H, Somolinos J. Contribuciones mexicanas a la medicina moderna. Fondo de Cultura Económica. México, D.F., México, 1994.

Las referencias a capítulos de libros deberán aparecer de la siguiente forma:

Pasternak RC, Braunwald E. Acute myocardial infarction. En: Harrison's Principles of Internal Medicine. Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, Kasper DL (Eds.) McGraw-Hill Inc. 12.^a edición, New York, EUA, 1994, p. 1066-77.

CUADROS

Deberán presentarse a doble espacio, numerados de forma consecutiva con números romanos en el orden citado dentro del texto, con el título en la parte superior y el significado de las abreviaturas y 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. En el texto las figuras se referenciarán por orden. Respecto a la calidad, los gráficos, trazados y dibujos se generarán con programas de gráficos de alta resolución (JPG, TIFF, EPS, PowerPoint o Illustrator). Toda la iconografía debe ser original; en caso contrario, ha de citarse 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 y los datos del paciente no constarán en las figuras. El costo de las ilustraciones a color será cubierto por el autor correspondiente.

EXPERIENCIA CLÍNICA

Deberá constar de resumen en español e inglés (máximo de 100 palabras) en formato libre, introducción, presentación del caso, discusión, ilustraciones y bibliografía, con una extensión máxima de 10 cuartillas (incluidas las ilustraciones y referencias bibliográficas) y siguiendo las instrucciones para los autores.

PRESENTACIÓN DEL MANUSCRITO

Los trabajos enviados deberán acompañarse de una carta firmada por todos los autores del trabajo en la que se haga constar que este no ha sido publicado con anterioridad, ni se ha enviado simultáneamente a otra revista, que no existe conflicto de intereses y que, en caso de ser aceptado, se ceden los derechos de autor a la *Revista Mexicana de Enfermería* del INCMNSZ. Los trabajos se aceptarán para su publicación después de ser revisados por el Consejo Editorial. Las opiniones contenidas en el artículo son responsabilidad de los autores. Todos los artículos deberán incluir sin excepción el texto completo, las tablas y las figuras. Los textos deberán estar escritos con el procesador de palabras Word. En la hoja frontal deberán aparecer el título del trabajo, los nombres de los autores, su institución de adscripción sin incluir el nombramiento institucional ni los grados académicos, la dirección de correo electrónico del autor correspondiente y un título corto de no más de 40 caracteres. Deberán estar escritos correctamente en lengua española (castellano). El texto deberá escribirse a doble espacio. Se numerarán las páginas de forma consecutiva comenzando por la página frontal.

CESIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDAD SOBRE LOS CONTENIDOS

Con el envío del texto, el autor o autores ceden a la *Revista Mexicana de Enfermería* del INCMNSZ los derechos de 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, 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.

Las opiniones expresadas por los autores son exclusivamente suyas. Permanyer México, S.A. de CV y la *Revista Mexicana de Enfermería* del INCMNSZ, en consecuencia, declinan cualquier responsabilidad sobre las mismas.

Los trabajos deberán ser enviados, en versión electrónica, a la siguiente dirección de correo electrónico:

autores@revistamexicanadeenfermeria.com

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

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



www.incmnsz.mx

REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN / INCMNSZ



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

Nombre: _____

Dirección donde deseo recibir la revista: _____

E-mail: _____ Teléfono: _____

Centro de Trabajo: _____

Especialidad: _____

*Edición cuatrimestral

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

Firmado:

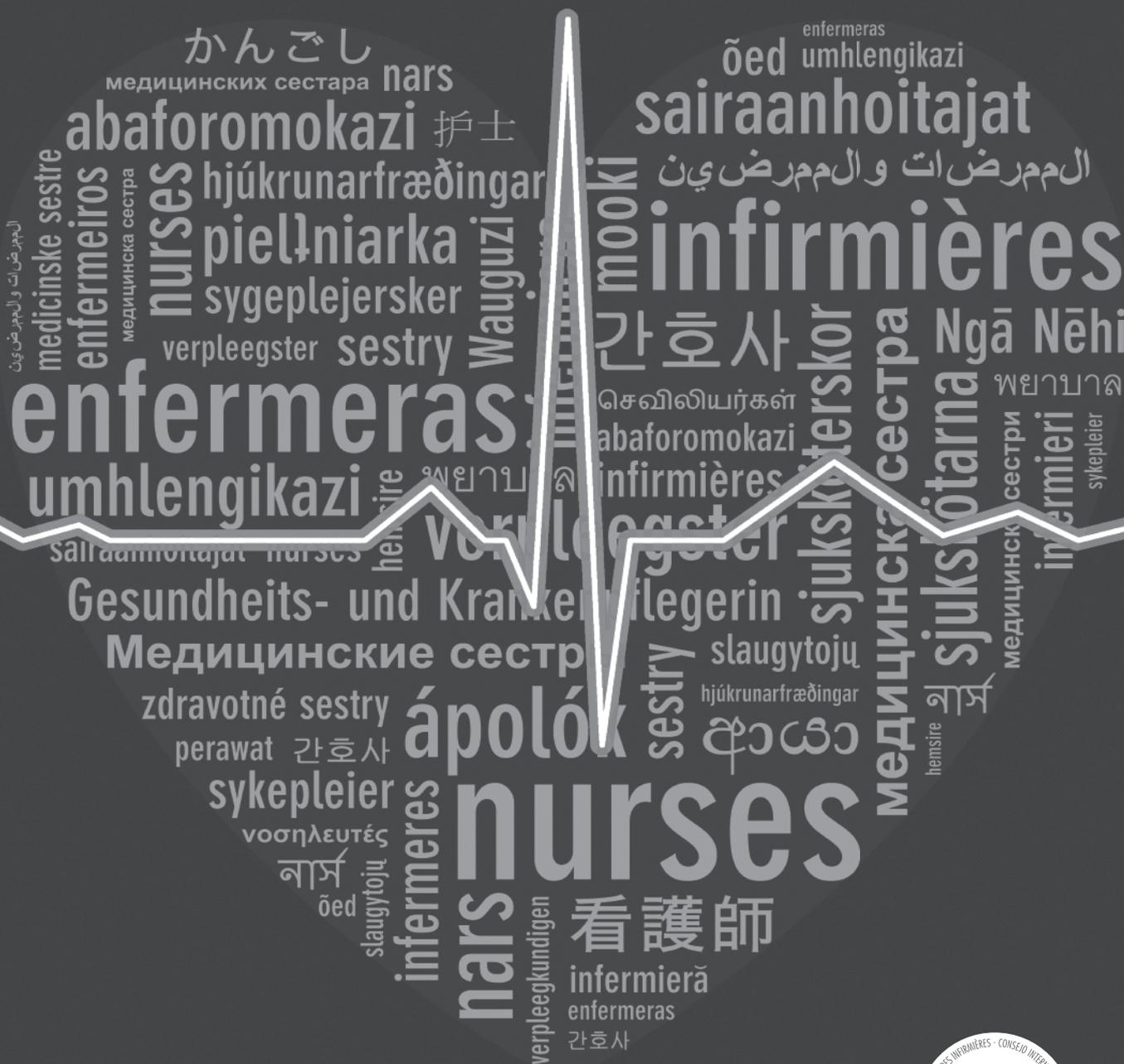
El interesado

Por favor, envíe su cupón escaneado a: suscripciones@revistamexicanadeenfermeria.com

Consejo internacional de enfermeras

LAS ENFERMERAS: UNA FUERZA PARA EL CAMBIO

Un recurso vital para la salud



12 de mayo de 2014

Día internacional de la enfermera

