

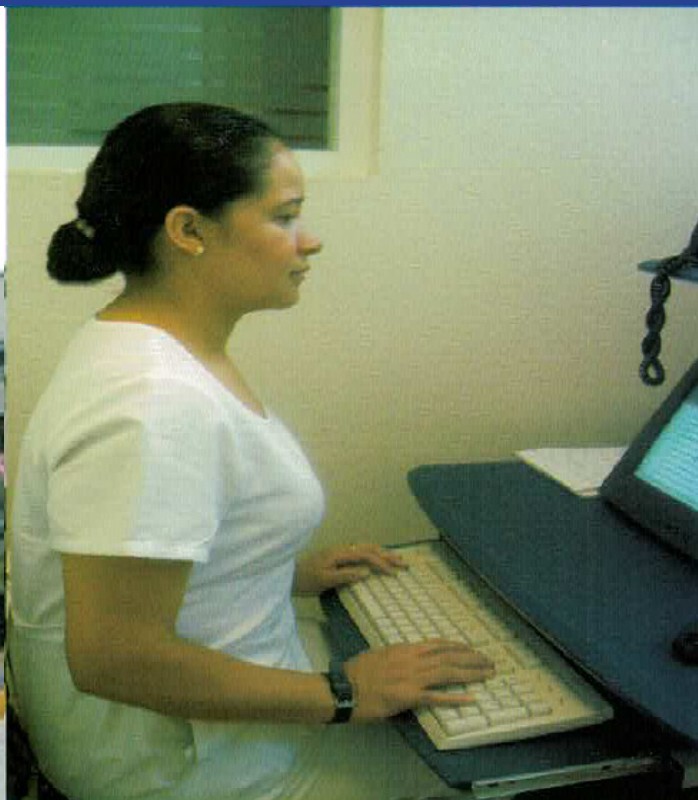
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
Manuel Velasco Suárez



Revista de Enfermería Neurológica

Volumen 9, No. 2 mayo - agosto 2010

ISSN - 1870-6592



**Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
Manuel Velasco Suárez**

Enfermería Neurológica



CONSEJO

Dr. Julio Sotelo
Presidente Emérito

EDITOR

MRN. Rocio Valdez Labastida

FUNDADORA DE LA REVISTA

Hortensia Loza Vidal

EDITORES ASOCIADOS

Dra. Teresa Corona Vázquez
Dr. Humberto Mateos Gómez

CONSEJO EDITORIAL

Miguel Ángel Celis López
Ricardo Colin Piana
Ma. Lucinda Aguirre Cruz
Araceli Sánchez Ramos
Ma. Guadalupe Nava Galán

DISEÑO Y FORMACIÓN EDITORIAL

Lic. Yazmín Reyes Rodríguez
Rosa Linda Pérez Hernández

Comité Editorial

Magdalena Castillo Pérez
(INNN)

Sofía Cheverría Rivera
(San Luis Potosí)

Dora Lucía Gavira Noreña
(Colombia)

María Elsa Rodríguez Padilla
(San Luis Potosí)

Severino Rubio Domínguez
(ENEO-UNAM)

Irene Quiza Tomich
(INNN)

Rosa A. Zárate
(ENEO-UNAM)

Lasty Balseiro Almarino
(ENEO-UNAM)

Klara Stensing
(Suecia)

Isabel Silva Quiroga
(Uruguay)

Mtra. Sandra Hernández Corral
(Instituto Nacional de Rehabilitación)

La Revista de Enfermería Neurológica (México) 2009, en su octava publicación presenta material científico que deriva de la investigación relacionada con las neurociencias en enfermería. Esta revista inicia en enero 2002.

Los manuscritos para publicación, correspondencia relativa al material editorial y cartas al editor, se enviarán a la Subdirección de Enfermería a la enfermera: Araceli Sánchez Ramos, en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, con domicilio en: Av. Insurgentes Sur # 3877, Col. La Fama. 14269 México, D.F. Tel. 56.06.38.22, exts. 1062, 1063 y 5031. Todos los artículos recibidos son propiedad de la Revista de Enfermería Neurológica no significa compromiso de ésta para con los productos o servicios descritos en el anuncio o cualquier información hecha por el anunciante con respecto a su producto. Queda prohibida su reproducción parcial o total, sin autorización del titular por escrito.

Todas las afirmaciones y opiniones expresadas en la revista son responsabilidad única y exclusiva de los autores, así como las fotografías que aparecen en cada uno de los artículos. Licitud de título 04-2004-051117043800-102, de control ante la Dirección General de Derechos de Autor, SEP. subdireccionenfermeriainnn@yahoo.com.mx

REVISTA DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ



CONTENIDO

Editorial

Aspectos neuroquirúrgicos <i>Humberto Mateos Gómez</i>	I
Efectividad en el aprendizaje del proceso enfermero en el área hospitalaria <i>Rosa María Pecina Leyva</i>	61
Una propuesta de plan estratégico para el Departamento de Ciencias Médicas doctor Salvador Allende La Habana Cuba <i>María Luisa Machado Marquetti</i>	67
Diagnóstico de estilos de liderazgo situacional ejercicios por personal directiva de enfermería en hospitales generales Distrito Federal, Ciudad de México <i>María Alberta García Jiménez, Gabriel Moreno Farías</i>	70
Incidencia de reacciones adversas a la donación de sangre 2006 a 2009 <i>Lucía Luna Mendoza, Lucila Rojas Saldaña, Lidia Cruz Rodríguez, María Luisa Suaste Mendoza, Ana María Mejía Domínguez</i>	76
Investigación formativa. Una búsqueda permanente en el pensamiento crítico y enseñanza por investigación <i>Maritza García Núñez</i>	81
La práctica docente de enfermería en “educación para la salud” <i>Araceli Sánchez Ramos</i>	83
Los insectos de Xochimilco alimento de alto contenido en proteínas <i>Virginia Melo Ruiz, Maritza García Núñez, María Luisa Machado Marquetti, Héctor Daniel Jiménez Aguirre</i>	86
Factores de riesgo cardiovascular en enfermos adultos con evento vascular cerebral <i>Sandra Rodríguez Duarte</i>	90
Estudio de caso con utilización del instrumento de Katharine Kolcaba teoría de rango medio del confort <i>Ma. Guadalupe Nava Galán</i>	94
Guías clínicas de enfermería neurológica y planes de cuidados de enfermería neurológica, neurocirugía y neuropsiquiatría <i>Ma. Guadalupe Nava Galán</i>	105

REVISTA DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ



CONTENIDO

Editorial	
Neurosurgery topics <i>Humberto Mateos Gómez</i>	I
Effectiveness in learning nursing process in a hospital area <i>Rosa María Pecina Leyva</i>	61
A proposal for a strategic plan for the Department of Science Medical “Science Medical Dr. Salvador Allende” Habana Cuba <i>María Luisa Machado Marquetti</i>	67
Diagnostic of situational leadership performed by nursing executives in Mexico City general hospitals <i>María Alberta García Jiménez, Gabriel Moreno Farías</i>	70
Incidence of adverse reactions to blood donation 2006-2009 <i>Lucía Luna Mendoza, Lucila Rojas Saldaña, Lidia Cruz Rodríguez, María Luisa Suaste Mendoza, Ana María Mejía Domínguez</i>	76
Formative research. The development of the intellectual capacities and teaching for research <i>Maritza García Núñez</i>	81
Teaching nursing practice in “health education” <i>Araceli Sánchez Ramos</i>	83
Xochimilco bugs food with high protein content <i>Virginia Melo Ruiz, Maritza García Núñez, María Luisa Machado Marquetti, Héctor Daniel Jiménez Aguirre</i>	86
Risk factor cardiovascular in patients adult with cerebral vascular event <i>Sandra Rodríguez Duarte</i>	90
Case study on the use of instrument of Katherine Kolcaba middle range theory: from comfort <i>Ma. Guadalupe Nava Galán</i>	94
Clinical guidelines for neurological nursing and care plans for neurological nursing, neurosurgery and neuropsychiatry <i>Ma. Guadalupe Nava Galán</i>	105

Editorial

Aspectos neuroquirúrgicos

La neuroepidemiología es el estudio de la distribución de las enfermedades neurológicas en la población y de los posibles factores que las causan. Respondiendo a diversos cuestionamientos entre ellos porqué afecta determinado grupo o sexo sin importar ocupación o edad o si la enfermedad está disminuyendo o aumentando. Lo cual permite formular algunas hipótesis sobre la etiología.

Existen factores de error en estas investigaciones siendo el principal la educación de los pacientes potenciales para los cuales la aparición de un síntoma puede tener distintos significados y la preparación de los médicos de primer contacto que pueden o no diagnosticar la enfermedad y referir al paciente a un centro adecuado o no hacerlo hasta que lo avanzado de los síntomas lo haga evidente a través de una incapacidad física como la ceguera o la parálisis. Por último, existe el factor económico y social que le permita al enfermo acudir a un centro especializado donde pueda recibir el tratamiento adecuado.

Otro aspecto importante es que, a diferencia de los tumores de otras localizaciones, las manifestaciones clínicas de los tumores del sistema nervioso central no necesariamente se expresan por los términos maligno o benigno dado que el mismo término desde el punto de vista histológico puede ser lo uno o lo otro dependiente de su localización topográfica.

Un tumor benigno de la hipófisis puede en poco tiempo dejar ciego a un paciente mientras un glioma maligno en una zona no elocuente puede pasar desapercibido por mucho tiempo dado que su sintomatología puede ser mínima o atribuida a otras causas como es el caso de un tumor frontal en una persona de la llamada tercera edad.

Los tumores del sistema nervioso central rara vez metastatizan extracraneal o extraespinalmente, aunque sí puede haber siembra en estos lugares de los tumores propios como el ependimoma o tumores de otros órganos, como los carcinomas del pulmón o mama al cerebro.

Asimismo, los tumores de zonas contiguas como los senos paranasales o nasofaringe pueden por extensión directa invadir la cavidad craneal. Por otro lado, las enfermedades sistémicas como la tuberculosis o parasitarias como la cisticercosis pueden lesionar al sistema nervioso y producir síntomas similares a las neoplasias. Debido a esas consideraciones los tratamientos son variados y como muchas otras terapias se han modificado a través de los años en lo que han influido también el impacto favorable que han tenido otras disciplinas científicas en la medicina general y terapia en especial son los mejores sistemas de iluminación, microscopio y de coagulación como el rayo láser, además se han abierto otras posibilidades terapéuticas como la quimioterapia y radioterapia en sus distintas modalidades o la terapia médica como el caso de la bromocriptina en los adenomas de hipófisis.

Además, las técnicas quirúrgicas se han perfeccionado al abrirse diferentes vías de acceso en las cuales se pueden atacar lesiones sin afectar al tejido nervioso y es posible respetar o sustituir el sistema circulatorio estableciendo puentes vasculares para ello. Los avances importantes en la anestesia han permitido que se puedan llevar a cabo grandes intervenciones quirúrgicas desde la etapa intrauterina hasta la vejez.

Dr. Humberto Mateos Gómez
Editor asociado

Efectividad en el aprendizaje del proceso enfermero en el área hospitalaria

Rosa María Pecina Leyva

RESUMEN

El proceso enfermero (PE) permite fundamentar conocimientos teórico-prácticos que adquieren los alumnos durante su formación. *Material y métodos:* se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, y transversal. Con una muestra a conveniencia de 54 alumnos del tercer año de la carrera de licenciatura en enfermería. Se aplicó un cuestionario con una confiabilidad de 0.87. El análisis de los datos se realizó mediante la prueba de estadística descriptiva. *Resultados:* el 64% de la muestra cuenta con un nivel de conocimientos suficientes sobre el PE y la media de calificación fue de 8.3 referente a la percepción de autoeficacia; en la aplicación del PE los alumnos refieren que se sienten seguros de aplicarlo ante situaciones reales según el 72% y completamente seguros el 22%. En el área hospitalaria el 67% de los alumnos expresan que los docentes facilitaron el aprendizaje del PE, un 31% opinan que los compañeros y un 2% manifiesta que los profesionales de enfermería contribuyeron en la enseñanza del PE. *Conclusiones:* el nivel de conocimientos del alumno sobre el PE es suficiente, en relación a la percepción de autoeficacia para la aplicación del PE; los profesores sí contribuyen en el aprendizaje de esta herramienta en el área hospitalaria, pero existen diversos factores que limitan su aplicación en los ámbitos hospitalarios, entre ellos se encuentran el exceso de pacientes y la falta de tiempo. Se deduce que la efectividad en el aprendizaje del PE aún no logra el efecto esperado en las áreas hospitalarias.

Palabras clave: efectividad, proceso enfermero, aprendizaje del alumno.

Effectiveness in learning nursing process in a hospital area

ABSTRACT

The nursing process allows substantiating theoretical-practical knowledge acquired by students during their training in order to become nursing professionals. Therefore, a descriptive, retrospective, and transversal study was conducted, with a convenience sample of 54 students in the third year of their bachelor degree in nursing. A questionnaire was applied with a reliability of 0.87. The data analysis was performed using descriptive statistics. *Results:* 64% of the sample have sufficient level of knowledge about the nursing process, and the average score was 8.3. Perception of self-efficacy implementing nursing process, students report they feel safe applying it in the hospital area by 72%, and 22% reported that they feel completely secure in its implementation. In hospital area, 67% of the students expressed that teachers facilitated the learning of nursing process, while 31% express that comrades facilitated this learning, and only 2% stated that nurses contribute to teaching nursing process. *Conclusions:* the level of knowledge in students is enough in regard to nursing process, and perception of self-efficacy implementing nursing process, students feel safe, they say that teachers help in learning this tool in hospitals, but several factors limit the application of nursing process in hospital settings, among this factors are: an excess in the number of patients, and the lack of time.

Key words: effectiveness, nursing process, student learning.

Correspondencia: Rosa María Pecina Leyva M.A. Universidad Autónoma de San Luis Potosí, S.L.P. México. Tel. 4448 262324 Facultad de Enfermería E-mail: rosypecina@yahoo.com.mx

Las escuelas y facultades en mayor o menor escala han iniciado esfuerzos con la característica especial, de integrar la educación a los procesos productivos y servicios¹. Con el objetivo de lograr lo anterior en los últimos años las universidades de muchos países, se han encaminado a elevar la calidad de formación y superación de los recursos humanos¹.

Los programas educativos en las áreas de enfermería contemplan la práctica como un espacio de aplicación de conocimientos, en el que el alumno aprende actividades profesionales, a través de la ejecución de acciones concretas en cuya realización se pretende que el alumno integre los conocimientos teóricos.

Para la formación de profesionales de enfermería se cuenta con un método científico que permite fundamentar los conocimientos teórico-prácticos que adquieren los alumnos durante su formación, esta herramienta fundamental se llama proceso enfermero (PE) y con ella los profesionales se incorporan a una nueva dimensión en la actividad de cuidar.

Aplicar el PE, nos permitirá identificar la trascendencia de los contenidos teóricos o técnico-instrumentales en la profesión de enfermería para proporcionar cuidado de calidad. Por lo tanto; la aplicación de este método científico en la práctica asistencial enfermera, permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, Iyer expresa que *la aplicación del proceso del cuidado es útil en la práctica enfermera porque tiene repercusiones en 3 niveles: a nivel profesional sobre el cuidado del paciente y sobre la profesión*².

Para la Asociación Americana de Enfermería el proceso es considerado como estándar para la práctica de esta profesión, su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica y ha incrementado la calidad en la atención del paciente, familia y comunidad².

OBJETIVO

El presente estudio tiene como propósito determinar los factores que influyen en la efectividad del aprendizaje del PE en las áreas hospitalarias, con el fin de resolver las dificultades que los alumnos presentan en esta herramienta metodológica, para plantear estrategias tanto en el ámbito educativo como en el asistencial, y así elevar la calidad de los cuidados de enfermería.

MARCO TEÓRICO

La educación es parte importante de las actividades de aprendizaje que se realizan comúnmente. Los retos de la

educación superior para el Siglo XXI; plantean la necesidad de un nuevo proceso educativo fundamentado en los principios de excelencia, calidad y pertinencia¹.

Este proceso ha sido vinculado directamente a cambios políticos, económicos y sociales; que se han generado en los diferentes países donde el desarrollo social de la ciencia, técnica, práctica e investigación han obligado a aplicarlo no tan sólo en el discurso, sino en la práctica efectiva, en donde están visibles los conceptos de eficiencia, calidad y exigencia en los procesos educativos que realizan las universidades cada vez más comprometidas y en interacción con la sociedad¹.

Ramón S. Salas; define cuatro conceptos diferentes de la calidad. **1.** Excepcional el que ha sido el concepto académico tradicional. **2.** Se fundamenta en la relación de la consistencia de un producto que es la conceptualización propia de la producción industrial en el cumplimiento de una misión en el concepto gerencial. **3.** Es aquel donde se enmarca el análisis de eficiencia y eficacia del cumplimiento de una tarea o misión en la satisfacción de las necesidades del usuario. **4.** Es la transformación del hombre en el concepto educacional o pedagógico contemporáneo de formación de los individuos y grupos sociales¹.

De esta manera la calidad pasó a ser un elemento esencial, que sirve para evaluar eficiencia, efectividad y eficacia de los servicios.

Stephen Covey define *la efectividad como el equilibrio entre eficacia y eficiencia*, entre producción y capacidad de producción. El término efectividad es la capacidad de lograr un efecto deseado, esperado o anhelado³.

La eficacia para Koontz y Weihrich es *el cumplimiento de objetivos*⁴, y para Robbins y Coulter; *es hacer las cosas correctas, es decir las actividades de trabajo con las que la organización alcanza sus objetivos*⁵.

Para el presente estudio la conceptualización de la efectividad pedagógica hace referencia al hecho de como aprende el alumno, el papel del docente en el manejo de los contenidos incluidos en la propuesta didáctica en el currículo y la relación enseñanza-aprendizaje. Es decir; tiene relación con la articulación teórica con las instancias prácticas.

La educación en enfermería es importante para evaluar la eficacia del aprendizaje, conocer si lo planteado dentro del currículo enfermero y los programas educativos, en enfermería que lo operacionalizan, logran los objetivos educativos, de ahí la importancia de contar con elementos o instrumentos de evaluación que evidencien si son efectivos o no en el aprendizaje del alumno.

En consecuencia, el nivel de aprendizaje se observa desde diferentes aspectos que favorecen a los alumnos para que puedan explicar los conceptos y aplicarlos, o bien relacionarlos entre sí de diferentes formas donde puedan retroalimentar lo aprendido.

La enfermería requiere de aplicación del conocimiento y habilidades específicas de la disciplina enfermera porque nos permitirá identificar claramente el objeto de acción de enfermería, así como competencias y obligaciones en la atención del paciente.

El PE adquiere cada día mayor relevancia en la formación de enfermeras (os), porque es un método que facilita la ejecución de los cuidados de enfermería.

Actualmente; existe gran cantidad de literatura sobre el PE que comprueba su efectividad para proporcionar asistencia de calidad e investigaciones que se publican continuamente y que se han realizado en diferentes ámbitos. A su vez existe abundante literatura de investigación sobre el éxito del PE en el cuidado de pacientes en diferentes etapas del ciclo vital, con diferentes patologías y donde se refleja exitosamente la aplicación de esta herramienta metodológica.

Aplicar el PE en el cuidado enfermero, nos permite identificar la trascendencia de los contenidos teóricos o técnico-instrumentales en la profesión de enfermería para proporcionar cuidado de calidad. En México algunas investigaciones apoyan la importancia del PE en la profesión de enfermería.

Al respecto la educación en enfermería en México y el PE parecieran un contenido común en las escuelas y Facultades de Enfermería; pero no es así, pueden enseñarlo pero no se aplican en la práctica clínica Hdz V expresa que la formación de Enfermería en México, como en el mundo es desigual en dos aspectos, uno de ellos en la concepción teórica del Proceso de Enfermería y en su implementación en el plano clínico⁶, confirmando este hecho Ledesma D⁷, opina que el PE se ha incorporado como eje metodológico que guía la enseñanza teórica/práctica de estudiantes en la mayoría de las escuelas y Facultades de Enfermería en México.

Ledesma D, realizó un estudio de investigación donde reporta que sólo el 78% de los estudiantes tienen conocimiento del PE pero sólo el 66.5% lo aplican. La etapa de evaluación representa el menor porcentaje de conocimiento (68.5%), y la etapa de menor aplicación es la de planeación (54.3%) lo que explica que los factores que influyen en estas dos variables son poco tiempo de práctica y permanencia en los servicios clínicos, lo que reduce la implementación del proceso en los ámbitos de práctica asistencial, sin perder de vista que existe también una gran diversidad de criterios para la enseñanza-evaluación del

PE y la resistencia del estudiante para utilizarlo en sus actividades del área clínica⁷.

Por lo tanto, los programas de enfermería contemplan el PE, como método fundamental para desarrollar los contenidos teóricos y prácticos. Aún cuando el PE es un contenido invariante dentro de la currícula de enfermería los egresados de enfermería presentan dificultades para aplicar este conocimiento adquirido durante su formación, el cual se evidencia al ingresar como trabajadores a las instituciones de salud donde lo aplican escasas veces en la atención del paciente.

Hoy las instituciones de salud pública y privadas están respondiendo a las exigencias sociales y haciendo esfuerzos por aplicar el PE en sus actividades diarias. Pero la brecha entre demandas ideales de los servicios de salud y la realidad dentro de la rutina de la atención de enfermería es muy distinta.

Por lo anterior nos da una visión general sobre la trascendencia de esta metodología científica y su relevancia en el cuidado del paciente en los ámbitos de actuación de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, y transversal. Las variables de estudio fueron: nivel de conocimientos respecto al PE, percepción de autoeficacia en la aplicación del PE y el papel del profesor en la enseñanza del PE.

Se selecciono una muestra a conveniencia de los alumnos del tercer año de la carrera de Licenciatura en Enfermería.

La muestra piloto se aplicó a cinco alumnos que cursaron el tercer año de la carrera de licenciatura en enfermería con la finalidad de aumentar la confiabilidad al instrumento donde se hicieron las modificaciones sugeridas en relación a redacción de algunos ítems.

Se utilizó un cuestionario para medir el nivel de conocimientos acerca de la aplicación del PE y percepción de autoeficacia, elaborado por Bernal Martha y Ponce Gandhi⁹, con una confiabilidad 0.87. Conformado por preguntas abiertas y cerradas, que consta de 3 partes: la primera solicita datos sociodemográficos, que incluye edad, sexo, promedio general, semestre que cursa y condición laboral; la segunda identifica el nivel de conocimientos del PE a través de 15 preguntas de opción múltiple y la tercera identifica a través de 28 preguntas tipo *likert*, con valores de 5 a 1, que miden su eficacia para la aplicación del PE. Para este estudio, se realizó el análisis e interpretación de los datos, utilizando programas como SPSS para el manejo de estadística descriptiva.

RESULTADOS

El grupo de investigación incluyó 54 alumnos del VI semestre de licenciatura en enfermería, donde la media de la edad se encuentra en 21 años. De los cuales el 75.9% de la población estudiada no trabaja y un 92.6% es del género femenino.

El 64.8% de la muestra cuenta con un nivel de conocimientos suficientes sobre el PE de los cuales la media fue calificación fue de 8.3.

En la revisión teórica del PE en el aula el 25.9% de los alumnos expresan que presentaron dificultad en la etapa de planeación, un 24.0 % en la valoración, otro porcentaje similar (24.0%) en la fase diagnóstica, el 7.4% en la ejecución y un 5.5% en todas las etapas del PE.

En relación a la aplicación del PE en la práctica clínica, el 24.0 % de los alumnos presentaron dificultades en la etapa de planeación, un 22.2 % de los alumnos en evaluación, 16.6% en la ejecución, un 14.8% en la valoración, y un 9.2% en la fase diagnóstica.

El 63% de los alumnos expresan que los docentes facilitaron el aprendizaje del PE y el 35.2% refiere que requirió ayuda de un compañero para aplicar el PE en el área hospitalaria.

Los alumnos consideran que una estrategia eficaz para aprender el PE es a través de casos 48.1%, mientras que el 27.8 comenta que a través de la práctica con el paciente, el 16.7% es con ayuda de sus compañeros como monitores y sólo un 2% manifiesta que el personal de enfermería contribuyo en la enseñanza del PE.

El 40.7 de los alumnos comentan que siempre aplicaron el PE en la práctica hospitalaria mientras que el 37% casi siempre lo aplicaron y el 16.7% algunas veces.

El 81.4% de los alumnos comenta que aplicaron el PE en uno a dos pacientes por día, mientras que el 9.2% lo aplicaron en tres o cuatro pacientes durante el día y otro 9.2% no contestó este cuestionamiento.

Los factores principales que obstaculizan la aplicación del PE fueron según el 53.7%, falta de tiempo para realizar esta metodología en los ámbitos de práctica hospitalaria, el 20.3% expresa que es por exceso de pacientes y falta de tiempo, el 9.2% refiere es por la falta de conocimiento, y el 5.5% menciona que fue por falta de tiempo y conocimientos y un porcentaje similar expreso que es por exceso de pacientes (5.5%).

En relación a la autoeficacia para aplicar el PE el 50% de los alumnos expresan que se sienten seguros de aplicarlo mientras que el 38.9% esta relativamente seguro.

El 50% de los alumnos opinan que están seguros que el PE les permite resolver problemas del paciente; en tanto el 20.4% dicen estar completamente seguros y 20.4% están relativamente seguros.

El 77.8% de los alumnos expresan que siempre les ayuda ver al profesor realizar el PE en el área hospitalaria; mientras que un 16.7% dice que casi siempre. Por lo tanto, el 77.8% de los alumnos refiere que el profesor hace énfasis con frecuencia en la utilización del PE en el área de práctica y el 16.7% menciona que lo hace casi siempre.

El 27.8% de los estudiantes expresan que casi siempre el personal de enfermería solicita al alumno realizar el PE mientras que el 16.7% dicen que lo hacen siempre y el 14.8% manifiesta que casi nunca y el 11.1% refieren que nunca lo hacen.

Un 46.3% de los alumnos comentan que el profesor siempre refuerza los logros del alumno al aplicar el proceso; el 35.2% manifiesta que lo hace casi siempre y el 16.7% menciona que el profesor refuerza algunas veces está actividad en los estudiantes.

El 58.2% de los alumnos manifiestan que el paciente se encuentra satisfecho con los cuidados otorgados por el estudiante, mientras que el 37% comenta que está medianamente satisfecho y el 3.7% no contesto.

DISCUSIÓN

Los conocimientos sobre el proceso son suficientes en los alumnos del VI semestre de la carrera de licenciatura en enfermería y la autopercepción de autoeficacia; refieren que se sienten seguros de aplicarlo ante situaciones reales según el 50% y relativamente seguros el 38.9%.

A diferencia del estudio de Ledesma donde encuentra que los estudiantes tienen conocimiento del PE pero sólo el 65% lo aplican⁷.

Ledesma manifiesta también que los estudiantes tienen conocimiento sobre el PE y en cada una de sus etapas pero; lo aplican en menor proporción, esto indica dificultades en la integración teórico-práctica que deberán ser consideradas para fortalecer el proceso formativo⁷.

A diferencia de lo que señala Bernal 2008; en la investigación relacionada al nivel de conocimientos acerca del PE y percepción de autoeficacia para su aplicación, comenta que el nivel de conocimientos sobre el proceso en los semestres intermedios de la carrera de licenciatura era de dominio amplio y claro donde los estudiantes consideran fácil de aplicar el PE y es alto su nivel de autoeficacia⁸.

En relación a la aplicación del PE en la práctica clínica presentaron dificultades el 24.0 % de los alumnos en etapa de planeación y un 22.2 % de alumnos en evaluación y 16.6% en la fase de ejecución, un 14.8% en la fase de valoración, y un 9.2% en la fase diagnóstica del PE.

A diferencia del estudio de Ledesma; sobre conocimiento y aplicación del PE por estudiantes de licenciatura se encontró que la etapa de evaluación, representa en un menor porcentaje de conocimiento (68.5%) y la etapa de menor aplicación es la planeación (54.3) y expresa que los factores que influyen para la no aplicación son poco tiempo de práctica y permanencia en los servicios, así como la diversidad de criterios para su enseñanza y evaluación, y la no disposición del estudiante para utilizarlo⁷. Porque en la práctica los alumnos se preocupan por integrarse al trabajo rutinario de las enfermeras y no aplican los conocimientos a situaciones particulares⁹.

El 50% de la población estudiada refiere que está seguro que el PE ayuda a resolver problemas, en tanto el 20.4% dicen estar completamente seguros y 20.4% están relativamente seguros.

Además; el 88.8% de los alumnos expresan que los pacientes se muestran satisfechos con el cuidado proporcionado a través del PE; por lo tanto, se muestran más accesibles, amables, y la comunicación es más fluida, por lo que coinciden con Jiménez 2007, que refiere que el uso del PE en la práctica profesional facilita el cuidado integral a los usuarios.

Los trabajos realizados por Andrade, Loza, García, Tovar, Acosta, Morales y Jiménez, lo apoyan y afirman que el PE aumenta la calidad de los cuidados integrales que aumenta la eficacia y eficiencia en la atención de enfermería, proporcionando uniformidad en los cuidados y aumenta la posibilidad de evaluar la calidad de la atención de enfermería¹⁰⁻¹⁶.

El 79.6% de los alumnos expresan que el PE es útil para el aprendizaje. Lo que concuerda con Aguilar 2004⁹, que refiere que el PE constituye la columna vertebral en la formación de la enfermería profesional.

El 63% de los alumnos manifiestan que los docentes facilitaron el aprendizaje del PE y el 35% comenta que fue con ayuda de los compañeros. Ledesma manifiesta que existe diversidad de criterios para su enseñanza y evaluación.

Los alumnos expresan que en el aula las estrategias didácticas favorecen el aprendizaje de este contenido; a través de casos según el 48.1% con la práctica clínica de acuerdo con el 27.8%, y con los compañeros como lo menciona el 16.7% de los informantes.

González Halcones, manifiesta y precisa que la aplicación de pruebas situacionales es el sistema más útil para evaluar el aprendizaje, porque tienen como objeto medir el grado en que

los formados son capaces de poner en práctica conocimientos, habilidades y actitudes enseñadas en el transcurso de la acción formativa. Para ello, se recrea una situación que simula las condiciones y requisitos que plantea la actividad laboral real¹⁷.

CONCLUSIONES

El nivel de conocimientos en el alumno es suficiente para la aplicación del PE en el área hospitalaria; pero existen diversos factores que intervienen en la aplicación para el cuidado del paciente y enseñanza-aprendizaje en las áreas hospitalarias.

Los factores que favorecen la enseñanza-aprendizaje son: estrategias didácticas utilizadas por los docentes en el tema los cuales ayudaron a los alumnos apropiarse de este contenido y el tiempo de práctica clínica fue suficiente para el aplicar el PE.

Los contenidos de enseñanza-aprendizaje sobre el PE utilizados por los maestros; tanto en la teoría como en la práctica son adecuados y útiles para ayudar al alumno a aprender.

Los factores que obstaculizan la enseñanza-aprendizaje del PE son: percepción del alumno sobre la autoeficacia en la aplicación del PE que varía según la personalidad del alumno, lo que origina actitudes que limitan o favorecen la realización de intervenciones enfermeras de acuerdo al problema enfermero identificado en el paciente, otras causas que limitaron la aplicación del PE fue la falta de tiempo en las áreas hospitalarias y exceso de pacientes. Se deduce que la efectividad en el aprendizaje del PE aún no logra el efecto esperado en las áreas hospitalarias.

RECOMENDACIONES

1. Que el profesor utilice los casos clínicos y se apoye en alumnos que funjan como monitores para favorecer el aprendizaje del PE
2. Proporcionar y demostrar modelos de reforzamiento positivos del PE; para ayudar al entendimiento y enseñanza del PE.
3. Planear y organizar actividades en que el alumno aplique el PE.

REFERENCIAS

1. Salas Perea Ramón S. La calidad en el desarrollo profesional: avances y desafíos. Salasram@infomed. sld. cu. www.bvs. sld.cu/ revistas/ems/ vol14_2_00 /ems03200.htm
2. Iyer P, Taptich B, Bernocchi D. *Proceso y diagnóstico de enfermería*. 3° ed. México Mc Graw-Hill Interamericana 1997.
3. Stephen Covey. *Los siete hábitos de las personas altamente efectivas*. Barcelona. Ediciones Paidós. 1989.

4. Koonz H. Administración una perspectiva global. 12ª ed. Madrid Interamericana. Mc Graw-Hill. 2004.
5. Robbins S. *Administración*. 8ª ed. Pearson Educación. 2005.
6. Hdz. V. Proceso de enfermería: su teoría y su práctica. *Desarrollo Científico en Enfermería* 2006;14(7):274-8.
7. Ledesma M. Conocimiento y aplicación del proceso de enfermería por estudiantes de licenciatura. *Desarrollo Científico en Enfermería* 2005;13(3):82-6.
8. Bernal M, Ponce G. Nivel de conocimientos del proceso enfermero y la percepción de autoeficiencia para su aplicación. *Rev Enfermería Inst Méx Seguro Soc* 2008,16(1):3-6.
9. Morales A. Perspectiva del proceso de enfermería. *Desarrollo Científico en Enfermería* 2006;14(8):321-5.
10. Andrade R. Proceso enfermero para brindar atención de calidad. *Desarrollo Científico en Enfermería* 2004;(12):8:17-9.
11. Loza H. Impacto de la implementación del proceso de atención de enfermería en el INNN MVS, mediante una prueba piloto. *Enferm Neurológica (Méx.)* 2005;4(1):1-6.
12. García G. Aportaciones de las taxonomías al proceso de enfermería. *Desarrollo Científico en Enfermería* 2006;14(3):92-8.
13. Tovar M. Proceso de cuidado de enfermería a paciente con amenaza de parto prematuro. *Desarrollo Científico en Enfermería* 2006; (8):316-20.
14. Acosta L. Proceso de enfermería a paciente posoperada de persistencia de conducto arterioso. *Desarrollo Científico en Enfermería* 2007;15(1):27-35.
15. Morales A. Epistemología del proceso de enfermería. *Desarrollo Científico en Enfermería* 2007;15(2):84-8.
16. Jiménez N. Proceso de enfermería a paciente con preeclampsia severa. *Desarrollo Científico en Enfermería* 2007;15(9):410-5.
17. La evaluación del proceso de enseñanza-aprendizaje. Fundamentos básicos. Miguel Ángel González Halcones. www.uclm.es/profesorado/ricardo/docencia_e_investigacion/4/EVALUACION_Halcones.doc

Una propuesta de plan estratégico para el Departamento de Ciencias Médicas doctor Salvador Allende La Habana Cuba

María Luisa Machado Marquetti

RESUMEN

En esta investigación se presenta una propuesta del plan estratégico con una proyección de desarrollo en el Departamento Docente de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas doctor Salvador Allende Ciudad Habana, Cuba para una temporalidad del 2003 a 2007. Para la elaboración de la propuesta del plan estratégico de este departamento se aplica tecnología de corte estratégico diseñado para nivel institucional, la que ha sido viabilizada en esta investigación, con la teoría de inducción analítica, para el nivel departamental. El enfoque metodológico aplicado en esta propuesta esta conformado por tres etapas: *filosófica, analítica y operativa*. En la *etapa filosófica*: se logra declarar la esencia y razón de ser de la organización. *Etapa analítica*: basada en un análisis de la situación actual o diagnóstico y la *etapa operativa* donde se presenta un escenario prospectivo conformado por políticas, objetivos y estrategias. La direccionalidad del cambio se argumenta con la consideración de que el departamento constituye una organización abierta al aprendizaje, en la que se proyecta la transformación de la docencia, investigación y extensión universitaria soportada en el fortalecimiento de los recursos y la cooperación. Se sustenta el cambio con la presencia del factor humano que ha desarrollado un marco de compromisos y participación de todos los actores de la organización académica, además de la comunicación y motivación dentro del contexto del departamento.

Palabras clave: planeación estratégica, direccionalidad, cambio.

A proposal for a strategic plan for the Department of Science Medical "Science Medical Dr. Salvador Allende" Habana Cuba

ABSTRACT

This research presents an approach for a strategic plan with a projection of development in the Teaching Department of Degree Nursing from the *faculty of medical sciences "MD Salvador Allende" Habana City, Cuba* for a temporality of the 2003-2007. For the proposal elaboration for a strategic plan of this department its applied technology for strategic court, designed for the institutional level, which has been made possible in this research, with the analytical induction theory, for the department level. The methodological approach in this proposal consisting of three stages: the *philosophical, analytical, and operational*. The philosophical stage declare the essence and purpose of the organization, the analytical phase is based on an analysis of the current situation or a diagnosis, and in the operational phase, where prospective scenery is formed by policies, objectives and strategies. The change directionality argues with the consideration that the department is an organization open to learning, which is projected the transformation of teaching, research and university extension, supported in the encouragement of resources and cooperation. The change is supported with the presence of the human factor that has developed a framework of commitments and involvement of all participants in the academic organization also the communication and motivation inside of the department context.

Key words: strategic planning, directionality, change.

Correspondencia: María Luisa Machado Marquetti. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, Calz. del Hueso 1100. Col. Villa Quietud 04960 México, D.F. Email: mariamachado5@yahoo.com.mx

Las instituciones de educación superior del contexto Latinoamericano y del caribe, en los momentos actuales se encuentran sometidas a grandes retos frente a los significativos cambios que se están presentando en el contexto interno, lo que ha determinado que las mismas tienen lugar en su contexto interno, lo que ha determinado que las mismas tengan que asumir reorientación y redefinición de sus propósitos.

La educación superior cubana también está incluida en estos nuevos escenarios que están formados por nuevos agentes de cambios y retos futuros. Lo anteriormente expuesto ha conllevado a que estas instituciones educativas tiendan a realizar cambios estratégicos importantes en sus funciones sustantivas y procesos complementarios para alcanzar una visión de futuro que sea posible de lograr por medio de la aplicación de procesos de mejoramiento y transformación desde una perspectiva más amplia y así eliminar la inmediatez, e irracionalidad en la utilización de recursos e improvisaciones, por parte de los directivos en sus actividades de gestión en estas instituciones educativas. En Cuba se observan preocupaciones por el perfeccionamiento de la dirección con relación a la instrumentación de los procesos de planificación estratégica. Las universidades médicas aún se encuentran en una fase muy incipiente en el desarrollo de sus planes estratégicos a mediano y largo plazo, los cuales se operacionalizan fundamentalmente a través de implementación de objetivos anuales, que se elaboran sobre las mismas bases, principios, métodos y técnicas de la dirección por objetivos.

La investigación que presentamos se refiere a la implementación de estrategias que conducen a un proceso de cambio; en una institución educativa esta proyectada para su realización en un departamento docente de una facultad de medicina, donde se imparte una carrera que tiene la característica de ser de reciente creación.

Objetivo general

Elaborar una propuesta de plan estratégico de desarrollo integral, que posibilite un proceso de cambio en las funciones sustantivas de la universidad en el departamento de licenciatura en enfermería.

Objetivos específicos

1. Diseñar un diagnóstico que permita identificar las principales fortalezas y debilidades que se presentan; en el desarrollo de las funciones sustantivas en el Departamento Docente de Licenciatura en Enfermería.
2. Implementar un modelo de plan estratégico en el departamento de licenciatura en enfermería.

MARCO TEÓRICO

La planificación estratégica es considerada como un proceso que permite asegurar la competitividad presente y futura de quien lo impulsa, de una organización o un territorio, analizando la propia situación interna y anticipando la evolución del entorno concretando las ideas en planes y programas de acción, definido en el tiempo y espacio formulado en términos de corte inversión y resultados.

El proceso de planificación estratégica tiene la característica de ser sistemático y secuencial por su sentido de organización y conducción operacional o administrativa que tiene lugar por etapas programadas y actúa en base a una realidad concreta, además indica que la planificación estratégica debe ser flexible para poder aprovechar el conocimiento acerca del medio ambiente.

La planificación estratégica está basada fundamentalmente en el desarrollo de la construcción social, donde el conocimiento del proceso es de sujeto- sujeto (Flores 1992).

La planificación estratégica ha tenido también su impacto en las universidades; porque los escenarios que se presentan en estos momentos determinan la necesidad que las instituciones de educación superior incluyan en los marcos de su gestión una cultura de planificación, caracterizada por un pensamiento estratégico que conlleve a las instituciones educativas a que se preparen de antemano para conocer hacia donde va la institución en el futuro y como alcanzar esa imagen futura deseada acorde a las exigencias que se promueven para este siglo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una investigación cualitativa y prospectiva, utilizando un modelo de planeación estratégica, mediante la teoría de inducción analítica como parte de la investigación cualitativa. El modelo que se aplicó fue diseñado originalmente en la Universidad, JM Saracho, Tarija Bolivia, en la cual se vio la transformación de esa universidad en cuanto funciones sustantivas.

Se aplicó el instrumento de la Matriz Foda, (Znacki) 1934; además de cuestionarios para el diagnóstico situacional, donde en el enfoque metodológico, se tuvieron presente tres etapas para el desarrollo de la propuesta del plan estratégico.

1. *Etapas filosóficas:* se orienta a la conformación de la imagen futura que se proyecta lograr para el Departamento Docente objeto de investigación, conjuntamente con sus propósitos, principios y valores; así como la misión de esta organización.
2. *Etapas analíticas:* corresponderá al diagnóstico de dicho departamento.

3. *Etapa operativa:* será el marco que corresponde al momento estratégico de la organización conformado por un conjunto de políticas, objetivos y estrategias propiamente dichas, las que orientan los planes de acción que conllevará al mejoramiento de las funciones sustantivas y procesos complementarios en dicho departamento.

RESULTADOS

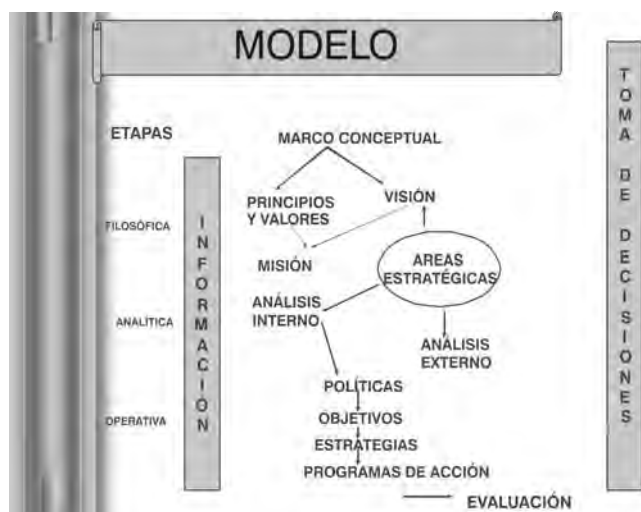
El plan estratégico del departamento de licenciatura en enfermería; nos sirvió para identificar las principales debilidades y fortalezas que se presentaron, a través de la matriz Foda. El impacto que tuvo en las funciones sustantivas de la universidad hizo que se creará una estructura rígida del diseño curricular que afectaba los niveles de aprendizaje de los estudiantes; sin embargo, con la implementación de un nuevo modelo de plan estratégico hubo un proceso de cambio, lo que constituyo un nuevo paradigma en el régimen académico (MISE 200).

DISCUSIÓN

El plan estratégico es considerado como un proceso de cambio que permite desarrollar la competitividad presente y futura de quien lo impulsa.

En las universidades debe ser referido a aspiraciones a largo y mediano plazo; tiene la características de ser sistemático, además, de secuencial por su sentido de organización y conducción operacional que tiene lugar por etapas y actúa en base a una realidad concreta, basándose en el desarrollo de la construcción social, además de tener un carácter participativo y lograr llevar a la organización a niveles de excelencia (Flores 1992).

MODELO



CONCLUSIONES

La direccionalidad de la propuesta de planificación estratégica que se presentó estuvo orientada hacia el logro de la contextualización del departamento, perfeccionamiento de las funciones de formación de pregrado y posgrado, investigación científica y extensión universitaria: así como, el fortalecimiento de los recursos materiales e incremento de las relaciones de cooperación.

El enfoque metodológico que se utilizó en está investigación fue diseñado para el nivel institucional y facultativo, lo que ha resultado factible para su aplicación en un departamento docente en el cual se desarrolla el proceso de formación.

Los retos a los que se enfrenta el departamento de licenciatura en enfermería para los próximos años, se proyecta en estrategias encaminadas al perfeccionamiento curricular y hacia una mejoría de la organización del proceso docente, fortalecimiento de la integración de los vínculos de investigación con la enseñanza y extensión en la producción de nuevos conocimientos, lo cual debe estar soportada en una infraestructura con una ambientación y estética adecuada.

Dentro de esta proyección estratégica se instrumentó la elevación del rendimiento académico del estudiante con un bienestar estudiantil superior al actual.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Acosta AI. La planeación estratégica y la dirección por objetivo Universidad de Matanzas, 1999.
2. Alberdi CR. La formación superior como instrumento para el desarrollo de la enfermería. España, 2000.
3. Imunias JL, Romero B. Evaluación de la enseñanza dirigida en Cuba: una aproximación metodológica. Universidad de la Habana CEPES UNESCO, La Habana. 1994.
4. Álvarez de Zayas C. Fundamentos teóricos de la dirección de proceso docente educativo de la Educación Superior Cubana. Ciudad de la Habana 1998.
5. Bello Fernández N. Logros de la Salud Pública Cubana y formación de Recursos Humanos en Enfermería. Cuba 2000.
6. MINSAP. Teoría y administración de la Salud. Cuba 1998.
7. MINSAP. Anuario estadístico. Cuba 1999.
8. Romero B, Hernández M. Plan piloto de Acción para el cambio y transformación de la educación superior en la Universidad Juan Misael Saracho IESAL / UNESCO. Tarija Bolivia 2000.
9. Romero B. Propuesta de un modelo para gestión de la docencia. *Rev Cub Educ Sup* 2001;2.
10. Romero B. Propuesta de un modelo organizacional para el Departamento Docente CEPES Universidad de la Habana 2002.
11. World Health Organization. Los servicios de salud en enfermería y partería. Suiza 2000.
12. Zaglul José A. Valores éticos y humanos claves para el desarrollo del próximo milenio. Carta informativa EARTH, Año 5 No. 22, San José Costa Rica 2002.

Diagnóstico de estilos de liderazgo situacional ejercidos por personal directivo de enfermería en hospitales generales Distrito Federal, Ciudad de México

María Alberta García Jiménez, Gabriel Moreno Farías

RESUMEN

La integración de administración y liderazgo, es fundamental para la dirección exitosa de las organizaciones. Esto plantea la necesidad de identificar los estilos de liderazgo que se ejercen en hospitales generales, dada su incuestionable importancia para el bienestar de la población. En el presente estudio se diagnosticaron; estilos de liderazgo practicados por el personal directivo de enfermería en hospitales generales de la ciudad de México, D.F., relación con la madurez de sus colaboradores, según el modelo de liderazgo situacional de Hersey y Blanchard. Los resultados del estudio pusieron en evidencia la orientación mecanicista-burocrática de los hospitales, encontrándose cuatro estilos de liderazgo, cuatro tipos de actitud del personal de enfermería y rasgos de conducta *tipo A* de las directivas. La relación más significativa se dio entre el liderazgo persuasivo de directivos y actitud reactiva del personal.

Palabras clave: liderazgo, organización, administración, hospital.

Diagnostic of situational leadership performed by nursing executives in Mexico City general hospitals

ABSTRACT

Integration of leadership and administration is crucial to successful management of organizations. This makes it necessary to analyze administration and leadership styles present in a specific and most relevant class of organizations, general hospitals. Leadership styles as performed by nursing executives in Mexico City general hospitals were identified, and the relationship of these with development of their collaborators, according to the situational leadership model of Hersey and Blanchard. The results of this study showed the routine and bureaucratic orientation of hospitals, and found four leadership styles (directing, coaching, supporting and delegating), four types of attitudes in nursing personnel (inactive, reactive, proactive and interactive) and type A behavioural characteristics of the directive personnel. The most significant relationship found was between persuasive leadership and reactive attitude of the nursing personnel.

Key words: leadership, organization, administration, hospital.

Correspondencia: María Alberta García Jiménez. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, Calz. Del Hueso 1100, Col. Villa Quietud, Coyoacan C.P. 04960 México, D.F. E-mail: ajimenez@correo.xoc.uam.mx

El estudio tiene como objetivo medir el grado de relación entre tres variables a saber: estilos de liderazgo, grados de madurez de los seguidores y presencia de rasgos de la *conducta tipo A*, de directivos de enfermería teniendo como referente la teoría de Hersey y Blanchard y la teoría de Fiedman y Rosenman.

El éxito de una organización está al alcance de sus objetivos,

que dependen de dos factores que interactúan en el proceso. De forma general estos pueden ser designados como internos y externos. Los factores externos están relacionados al ambiente y factores internos a la estructura de la organización. La cual fue descrita en diversos modelos¹, por lo tanto todos coinciden en destacar dos grupos de funciones: técnicas y administrativas. *Las funciones administrativas*²: se refieren al cuerpo social de la organización en la cual interactúan personas que

requieren dirección. La dirección de los seguidores ha dado lugar a dos campos especializados: administración y liderazgo, que algunas veces son tratados como sinónimos, pero son diferentes en alguna forma de operacionalización. La administración puede formalizar los aspectos estratégicos, gerenciales y operacionales de sus seguidores, para alcanzar los objetivos de la organización; la administración define el marco de referencia para la operacionalización del liderazgo.

Los administradores dependen de la autoridad formal para perfeccionar el desempeño de sus seguidores. Formalmente los líderes, no pueden premiar o castigar el desempeño de sus seguidores y el reconocimiento como líder, es afirmado cuando los seguidores deciden hacer lo que es pedido por él, en cambio el administrador es impuesto a los seguidores, en cuanto, el líder surge de la voluntad y es aceptado por el grupo. Sin embargo, existe diferencia entre administrador y líder, ambos papeles pueden coincidir en una misma persona, permitiendo así la consolidación entre autoridad formal y moral realizando el trabajo con seguidores y no únicamente con subordinados. Lo deseable es que los administradores, también sean líderes y que empíricamente las organizaciones que no prestan la debida atención a la administración y al liderazgo, con el tiempo estarán siendo extinguidas³.

La integración de administración y liderazgo, en los enfermeros directivos de una organización, requieren diagnóstico de estilos de liderazgo y grados de madurez de sus seguidores, con una teoría y modelo previamente establecidos como medio de comparación.

Las consideraciones anteriores, unidas a la creciente importancia del papel de los profesionales de enfermería en la dirección de instituciones de salud, motivarán el presente estudio, cuyo objetivo es explorar la realidad del ejercicio del liderazgo de los profesionales de enfermería en hospitales generales de la Ciudad de México, Distrito Federal (D.F).

Hospitales generales de la Ciudad de México del Distrito Federal

En México, un hospital general cuenta como mínimo, con cuatro especialidades: medicina interna, ginecología-obstetricia, cirugía y pediatría. En la actualidad, los hospitales generales constituyen el núcleo básico de atención médica.

El Distrito Federal es la entidad federativa con mayor concentración de servicios de salud del país, pero este sistema está altamente fragmentado con servicios diferenciados en función a la capacidad de pago de la población. El sistema de salud del D.F., ofrece atención médica para el total de la población que vive dentro y fuera de la ciudad. La población que goza de seguridad social es conocida como “*población abierta*”, además atiende una parte de la población que vive en la periferia de la ciudad. La estructura hospitalaria de la

ciudad de México, D.F., consta de 115 hospitales, de los cuales 50 son generales y 65 de especialidad.

Los hospitales son eminentemente técnicos, en donde son privilegiados los grados de competencia, y relaciones interpersonales las cuales deben ser ajustadas a normas de comportamiento. Las decisiones están a cargo de los directivos y los subordinados se limitan a la realización de tareas específicas y programadas.

El estudio que se presenta se hizo con base en la teoría de Hersey y Blanchard que fue estudiado y publicado a finales de la década de 60s en el Centro de Estudios de Liderazgo de California, Estados Unidos de Norteamérica. Con énfasis en el liderazgo situacional⁴ que está en el comportamiento de los líderes en relación al comportamiento de los seguidores: “*factor crucial en todo evento de liderazgo*”. No hay un estilo óptimo de liderazgo, este depende del ambiente de los seguidores y de la actitud del líder⁴. Por lo tanto, no se habla de un estilo de liderazgo, sino de estilos.

Los estilos de liderazgo situacional

Los autores de la teoría y modelo⁴ construyeron un modelo de estilos de liderazgo en forma de matriz de doble entrada, el cual se fundamenta en dos dimensiones utilizadas en el modelo gerencial⁵ relacionadas a las preferencias del líder por las tareas y relaciones. La preferencia del líder por tareas está relacionada al énfasis en los deberes y responsabilidades. El comportamiento de un líder orientado a las tareas se manifiesta en la permanente instrucción de los seguidores sobre: *lo que, como, cuando, donde, quién* y porque debe ser realizado: “*lo que es pedido debe ser hecho*”. La preferencia del líder por relaciones se refiere a la importancia que esté concede a las relaciones interpersonales, manifestado en el interés por la comunicación bidireccional (ascendente y descendente) con sus seguidores y en su disposición para escuchar, facilitar y apoyar a los miembros de su equipo de trabajo.

La calificación del grado de preferencia del líder por las tareas o relaciones es realizada por medio de una escala dicotómica alto o bajo liderazgo. Los cuatro elementos de la matriz constituyen los cuatro estilos de liderazgo situacional: *estilo E1. Denominado dirigir*: se caracteriza por la alta preferencia del líder por tareas y baja preferencia por relaciones interpersonales (el líder representa el papel de guía de sus seguidores y prácticamente, programa todas sus acciones). *Estilo E2. Llamado persuadir*: se caracteriza por la alta preferencia del líder hacia tareas y relaciones, el líder armoniza la instrucción con la confianza en sus seguidores. *El estilo E3: designado participar* se distingue por alta preferencia del líder en las relaciones y su baja preferencia por tareas. *El estilo E4. Denominado delegar* se caracteriza por baja preferencia del líder por tareas y relaciones.

Los seguidores son vitales en toda situación, porque ellos son los que legitiman al líder, al representa la mayor fuente de poder que el líder puede obtener⁴. El líder debe tomar consciencia de que la relación con sus colaboradores es la variable crucial en toda situación de liderazgo. Si los colaboradores deciden no seguir al líder, su jerarquía y las demandas del entorno pasarán a tener poca importancia. En este caso, habrá un administrador que, según el concepto de autoridad formal, podrá obligar a sus subordinados a realizar las tareas.

En el modelo guía, la madurez de los seguidores es definida como el grado de habilidad, disposición o intencionalidad mostrada durante la realización de las tareas que les fueron asignadas. La madurez no es una característica personal, no es un trazo para evaluar la personalidad, valores y edad, entre otros, sino, la forma de como una persona realiza una tarea en particular. Este concepto de madurez es aplicado en determinadas situaciones y no es una forma permanente de ser. Todas las personas tienen diferentes tipos de madurez, la cual está relacionada con la combinación de grados de habilidad y disposición.

El Centro de Estudios de Liderazgo⁶ de los Estados Unidos de Norteamérica, presentó las características de cada uno de estos cuatro tipos de madurez. Las cuatro actitudes relacionadas con los cuatro tipos de madurez son tomadas de la descripción⁷ sobre las actitudes del individuo y sociedad en general cuando tiene que realizar una tarea determinada. La madurez se clasifica en: inactiva, reactiva, preactiva e interactiva. *La actitud inactiva (M1)*: es pesimista, muestra poca motivación para la realización de las tareas, percibe su trabajo como de poca importancia. *La actitud reactiva (M2)*: es de inconformidad e insatisfacción. Las imperfecciones pertenecen a otras personas. *La actitud preactiva (M3)*: procura hacer las cosas de la mejor manera, incentivado a realizar innovaciones sin la debida verificación. *La actitud interactiva (M4)*: influye y acepta la influencia de los demás, sabe hacer sus tareas y gusta de realizarlas.

Escogiendo el estilo apropiado

El líder debe tener un diagnóstico de los grados de habilidad de sus seguidores para ejercer el estilo de liderazgo más conveniente para el alcance de objetivos. Así, por ejemplo, para un grupo de seguidores cuya madurez es *inactiva M1*, será apropiada una buena cantidad de dirección y soporte, el estilo de liderazgo debe ser instructivo (E1).

El liderazgo situacional, no sólo sugiere el estilo más probable de liderazgo para los diferentes grados de madurez, también, indica la probabilidad de éxito de otros estilos utilizados como alternativas.

El liderazgo en enfermería

El estudio de liderazgo y su significado, en el *contexto de la enfermería*, es un desafío asumido por diversos investigadores⁸ y refieren que las investigaciones, realizadas vienen evidenciando la necesidad de transformación en la práctica de la administración y de liderazgo de enfermería, dentro de las organizaciones. En México, es de interés la realización de estudios que describan la realidad de lo aprendido, experiencias ejercidas de liderazgo en el campo de enfermería, con la finalidad de sustituir el paradigma heredado del modelo clásico de la administración por los modelos más de acuerdo con el proceso evolutivo de nuestra sociedad y de las instituciones de salud en particular. Este interés, también, es significativo en Brasil, ya que, la enfermería brasileña todavía se encuentra dentro del método funcionalista de las organizaciones de asistencia con el predominio del estilo autocrático de liderazgo⁹. La formación administrativa de las enfermeras está fundamentada en las teorías tradicionales que enfatizan temas como dominación, subordinación, división técnica y social del trabajo, por ejemplo, en los cursos de administración para estudiantes de enfermería en São Paulo, todavía es evidente el enfoque funcionalista y mecanicista para abordar el estudio del liderazgo⁹.

En México, a partir de la década de los 90s, el Consejo Internacional de Enfermeras, en asociación con otros países latinos, adelantó la preparación de enfermeras administradoras en el ejercicio de liderazgo con la propuesta del proyecto denominado "*Liderazgo y cambio*". En tanto, el enfoque funcionalista de las organizaciones de salud facilitó el predominio de los estilos autocráticos de liderazgo, en la mayor parte de los casos, bajo la influencia de conocimientos incipientes de la teoría clásica de administración.

Los resultados de las investigaciones en liderazgo tienen un amplio campo para su difusión en México; por medio de organizaciones en enfermería como el Colegio Nacional de Enfermeras, Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería, Comisión Interinstitucional de Enfermeras, Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud, Consejo Mexicano de Acreditación y Certificación en Enfermería, Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, Conferencia Superior de Mayores Religiosas de México, Colegio Nacional de Enfermeras Militares, Sociedad Mexicana de Salud Pública, Asociación de Enfermeras Quirúrgicas del Distrito Federal y del área Metropolitana, y además de los Colegios Estatales de Enfermería, entre otras organizaciones.

La conducta tipo A

En este estudio se incluye porque la muestra es de directivos de enfermería y hay evidencia que los directivos está presente

este fenómeno. *Esta conducta tipo A* se presenta como un conjunto complejo de acciones y emociones, característica de aquellos individuos que se encuentran comprometidos en lucha relativamente crónica, para obtener un número limitado de cosas de su entorno, pobremente definidas, en el menor tiempo y sí es necesario, en contra de efectos opositores de otras cosas o personas en el mismo medio ambiente¹⁰.

De acuerdo con la literatura científica, el comportamiento *tipo A*, se caracteriza por intensa actitud al alcance de metas, del éxito y competitividad. Este tipo de conducta manifiesta una persistente necesidad de reconocimiento externo y complacencia. Se cubre en diversas funciones que pueden ocasionar importantes restricciones de tiempo y tiende a la aceleración física y mental en un estado constante de vigilancia y control. Algunos investigadores¹¹ refieren que todavía, en estas circunstancias, se desarrolla gente bastante emprendedora y de poder, con potencial para grandes realizaciones. En tanto, lo normal es que la conducta *tipo A* requiera realizar grandes esfuerzos para el alcance de sus objetivos.

Algunos rasgos, de esta conducta, pueden inhibir la calidad de vida y aún la fragilidad de la salud. Por ejemplo; las metas con frecuencia, están deficientemente definidas, lo cual además de realizarlas, causan ansiedad y representan un camino seguro para el estrés patológico. Otra característica es el descontento general, impulso para exigir y criticar, dirigiendo a la perfección asimismo y los demás. Estos aspectos negativos van acompañados de presión, hostilidad e impaciencia que terminan en sensaciones de culpa, remordimiento y ansiedad.

El comportamiento *tipo A* está altamente ligado con riesgos de enfermedades cardiovasculares y estrés. En México¹², las enfermedades cardiovasculares son responsables del 18% de las muertes entre los ejecutivos. En una muestra de 119 ejecutivos mexicanos del sector financiero se observó que el 55% de los participantes se encontraban dentro de la clasificación de conducta *tipo A*.

Los hospitales se caracterizan por su orientación mecanicista-burocrática y se presentan como entidades de ambiente estresante para los directivos de las organizaciones. Los directivos están expuestos a este ambiente de trabajo, altamente competitivo, por lo tanto, fue importante incluir, en el diagnóstico, los rasgos de conducta *tipo A*, de los directivos de enfermería de los hospitales generales de la ciudad de México, D.F.¹².

MATERIAL Y MÉTODOS

El método cuanti-cualitativo, es un estudio correlacional que tiene por objetivo medir el grado de relación que existe entre tres variables; estilos de liderazgo que ejercen las dirigentas de enfermería con el grado de madurez de sus seguidores y la

presencia de rasgos de conducta *tipo A* de los directivos.

El universo empírico de los datos, para esta investigación fue del 100% de los dirigentes de enfermería en los hospitales generales de la ciudad de México. Participaron en el estudio los sujetos que cubrieron los siguientes *criterios de inclusión*: tener cargo directivo en los hospitales generales; sin límite de edad; tener más de seis meses en el cargo; ser de nacionalidad mexicana; aceptar participar voluntariamente y firmar la carta de consentimiento libre y esclarecido; así como, contar con autorización oficial de la institución.

El estudio se hizo con las disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud de la Secretaría de Salud de México (1987).

La colecta de datos constó de dos etapas: la *primera* fue una visita a los profesionales responsables por la dirección de enfermería de los hospitales generales y se les aplicó tres cuestionarios: el "*cuestionario A*" permitió obtención de información referente a la percepción de los directivos en relación a los estilos de liderazgo ejercido; el "*cuestionario B*" permitió identificar la percepción que los directivos tenían sobre habilidad y disposición (madurez) de sus seguidores para la realización de tareas, y el "*cuestionario C*" para la identificación del grado de orientación de los directivos sobre los rasgos de conducta *tipo A*. Los cuestionarios *A* y *B* fueron elaborados con base en los indicadores sugeridos por los investigadores del modelo desarrollado¹³ y adaptados para el idioma español de México, por los autores del presente estudio. El instrumento sobre rasgos de conducta *tipo A*, de los directivos, fue con base en un cuestionario existente¹⁴. La verificación de la adaptación de los instrumentos estuvo limitada a la evaluación y ajuste semántico. La *segunda etapa* es para obtener información cualitativa en la que se realizaron entrevistas semiestructuradas a los directivos, de ocho hospitales generales del Distrito Federal de la Secretaría de Salud.

RESULTADOS

La verificación de la hipótesis fue realizada con el método estadístico de análisis de multivariado, en cuatro grupos: *primer grupo* se relacionó la madurez de los seguidores y los rasgos de conducta *tipo A* de los líderes; *segundo grupo* se analizó la madurez de los seguidores; *tercer grupo* se relacionó los rasgos de conducta *tipo A*, de los líderes y, en el *cuarto grupo*, se verificó la hipótesis específica de los autores el modelo mencionado sobre la relación entre el líder y sus seguidores: E1 E1 y M1, E2 y M2, E3 y M3, E4 y M4.

En la tabla 1, se observa que, los estilos de liderazgo E2 y E3 están explicados por la madurez de seguidores y los rasgos de conducta *tipo A*, de los directivos. Los valores de correlación

fueron E1, E3 y E4 menores, en relación al valor aceptado en el presente estudio (0,05), pero E2 fue mayor ($R^2,59$). Los estilos E1 y E4 no están explicados por las variables mencionadas; sin embargo, esas fueron parte de los estilos utilizados por los enfermeros directivos; esto está de acuerdo con la significancia que indica que los coeficientes del modelo matemático están discretamente distantes de cero.

El coeficiente de determinación R^2 indica que el uso del *estilo persuasivo* se debe en gran parte a la madurez de los seguidores y a los rasgos de conducta *tipo A*, de los líderes. El estilo E3 depende, en menor grado, de los factores citados. Esto es, los directivos ejercen, prioritariamente, la persuasión para influenciar al grupo de trabajadores a su cargo, combinando el menor grado, con el estilo participativo.

Tabla 1. Verificación de hipótesis del grupo 1: relación entre madurez de los seguidores y rasgos de conducta *tipo A*.

Hipótesis	R ²	F Observada*	F Crítico*	Significancia
E1 =f(M1,M2,M3,M4,C)	0,14	1,25	2,48	0,342
E2 =f(M1,M2,M3,M4,C)	0,59	10,15	2,48	0,000
E3 =f(M1,M2,M3,M4,C)	0,27	2,70	2,48	0,036
E4 =f(M1,M2,M3,M4,C)	0,21	1,93	2,48	0,113

*Estadística F de Snedecor

En tabla 2, se presenta la verificación de la hipótesis del grupo 2. El estilo de liderazgo E2, fue el único explicado por la madurez de los seguidores. Su grado de significancia fue mayor a (R^2 0,51). Los demás estilos no están explicados por la madurez de los seguidores.

Tabla 2. Verificación de hipótesis del grupo 2: madurez de los seguidores.

Hipótesis	R ²	F Observada	F Crítico	Significancia
E1 =f(M1,M2,M3,M4)	0,14	1,49	2,63	0,224
E2 =f(M1,M2,M3,M4)	0,51	9,70	2,63	0,000
E3 =f(M1,M2,M3,M4)	0,18	2,05	2,63	0,107
E4 =f(M1,M2,M3,M4)	0,14	1,52	2,63	0,218

El coeficiente de determinación R^2 indica que el uso del estilo persuasivo estaría asociado, en gran parte, con la madurez de los seguidores. Los demás estilos son explicados, en un grado bastante bajo, por la madurez de los seguidores, eso es constatado con el grado de significancia, el cual indica que los coeficientes del modelo matemático no están muy distantes de cero.

En tabla 3; se observa que el estilo de liderazgo E1, que fue el único no explicado por los rasgos de conducta *tipo A*, de los líderes. Los demás estilos fueron explicados, ya que los coeficientes de las variables predictoras fueron significativamente diferentes de cero. En tanto, observando el coeficiente de

determinación, la explicación del estilo E2 es apreciablemente mayor que la explicación de E3 e E4. Su grado de significancia es menor a 0,05.

Tabla 3. Verificación de hipótesis del grupo 3: relación entre los rasgos de conducta *tipo A*.

Hipótesis	R ² (*)	F Observada	F Crítico	Significancia
E1 =f(C)	0,04	1,58	4,08	0,216
E2 =f(C)	0,21	10,96	4,08	0,002
E3 =f(C)	0,12	5,58	4,08	0,023
E4 =f(C)	0,12	5,31	4,08	0,027

(*) Explican ⁽¹⁹⁾ la ventaja de usar R^2 en lugar de coeficiente de Pearson.

En la tabla 4, se observa que, el estilo de liderazgo E2 es el único explicado. Es la única hipótesis, del modelo estudiado, que se cumple en los hospitales generales de la ciudad de México. Su grado de significancia fue menor a (R^2 0,52).

Tabla 4. Verificación de hipótesis del grupo 4: hipótesis de las relaciones entre el líder y sus seguidores.

Hipótesis	R ² (*)	F Observada	F Crítico	Significancia
E1 =f(M1)	0,002	0,09	4,08	0,769
E2 =f(M2)	0,52	29,33	4,08	0,000
E3 =f(M3)	0,001	0,04	4,08	0,834
E4 =f(M4)	0,05	2,27	4,08	0,140

DISCUSIÓN

El diagnóstico de los estilos de liderazgo, ejercido por los directivos de enfermería en los hospitales generales de la ciudad de México del Distrito Federal, permitió los siguientes puntos de discusión:

Tipos de liderazgo: los directivos de enfermería ejercen los cuatro tipos de liderazgo: dirigir, persuadir, participar y delegar. El valor medio que los directivos dieron a cada estilo indica su grado de preferencia en una escala de 0 a 1: el estilo instructivo E1 recibió un valor de 0,28; el estilo persuasivo E2 de 0,52; el estilo participativo E3 de 0,11 y el estilo delegatorio E4 recibió un valor de 0,09. El valor indica que los directivos estarían ejerciendo los estilos de liderazgo con preferencia el estilo persuasivo E2 y, en una forma decreciente por E1, E3 y E4.

Madurez de los seguidores: los enfermeros con cargos de dirección perciben que sus seguidores tienen los cuatro tipos de madurez: M1 R^2 0,26; (inactiva), M2 R^2 0,31 (reactiva), M3 R^2 0,22 (pre-activa) y M4 R^2 0,21 (interactiva), para los cuales los valores medidos fueron de acuerdo a una escala de 0 a 1 respectivamente.

En la relación entre estilos de liderazgo y madurez de sus seguidores; hay dispersión entre opiniones de los directivos de enfermería en relación a los estilos y madurez. Fue

encontrada relación entre persuasivo E2 y reactivo M2. Esto es, el estilo persuasivo (alta preferencia por las tareas y las relaciones) es la respuesta que los líderes dieron al comportamiento reactivo (alta habilidad y baja disposición para las tareas) de sus seguidores. Entre los demás estilos de liderazgo y tipos de madurez no hay correspondencia en sus tendencias.

El ambiente de trabajo: los directivos de enfermería relatan en las entrevistas semiestructuradas en que se valoró lo cualitativo, perciben un ambiente altamente exigente y estresante, además, los directivos de enfermería manifestaron sentirse sobrecargados por la responsabilidad que les es asignada, por las dificultades presentadas para cumplirlas, por la escasez de medios y las actitudes de los profesionales que perciben inequidad entre lo exigido y retribuido.

Los rasgos de conducta tipo A de los directivos: en una escala de 0 a 1, la calificación promedio para los rasgos de tipo A fue de 0,74%. Esto indica que comparten la mayor parte de las características de este tipo de conducta y sus indeseables consecuencias, tanto para, la eficiencia de las tareas administrativas, cuanto para su salud y bienestar. Compensan las deficiencias personales con esfuerzos extras y jornadas de trabajo que exceden lo normal en un 81% de los casos. Un indicador de acontecimientos futuros es la permanencia mínima en los cargos de directivos pues es de 81%, entre diez años, y 12% entre 11 y 20 años.

CONCLUSIONES

El presente estudio nos permitió medir la correlación entre tres variables (estilos de liderazgo, grados de madurez de los seguidores y rasgos de conducta *tipo A*) obteniendo un diagnóstico que nos permite evidenciar una situación de liderazgo aparentemente poco definida, por parte de los directivos y la presencia de rasgos de conducta *tipo A*. Las posibles causas de esta situación se encuentran en el enfoque funcionalista de la formación de líderes en enfermería, y en el ambiente de la organización que es altamente compleja por su

misión e interrelación con otras profesiones en los hospitales. Se requiere de una transformación de imagen objetiva del liderazgo teniendo como eje la formación de líderes con habilidades directivas para enfermería, junto a un fuerte sentimiento de unidad y colaboración profesional con enfoque científico, negociación y estrategias de cambio, se podría ofrecer un importante impulso para el desarrollo del liderazgo en enfermería dentro de las organizaciones de salud en México.

REFERENCIAS

1. Woodward J. Industrial organization. Modelo técnico-estructural. New York: Oxford University Press. 2008.
2. Fayol H. Administración industrial y general. México: Herrero; 1997.
3. Kotter J. Force for change: how leadership differs from management. New York. Free Press. 2007.
4. Hersey P, Blanchard K. Management of organizational behavior. California. Prentice Hall. 2001.
5. Blake R, Mouton J. The managerial grid. 4 ed. Houston. Gulf Publishing. 2004.
6. Campbell, R. Center for leadership studies. USA. Upper Sadle River. 1995.
7. Russell A. Resideñando el futuro. México. Ed. Limusa; 2008.
8. Higia E F, Trevizan MA. O estilos de liderança idealizados pelos enfermeiros. *Rev Latino Am Enferm* 2005; Janeiro-fevereiro; 13 (1): 59-64.
9. Ferraz GA. A transfiguração da administração em enfermagem da gerencia científica a gerencia sensível. [Tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de enfermagem Ribeirão Preto/USP; 1998.
10. Friedman M, Rosenman RH. Conducta tipo A y su corazón. España. Grijalbo. 1997.
11. Simón LD, Kertsz R. Organizaciones estresadas. España: Diario cinco días. 2007.
12. Torres SJR. Estilo de dirección y la conducta tipo A en el directivo mexicano del sector financiero. São Paulo. *CLADEA*; 1995.
13. Chung KH. Study guide with experiential exercises. Massachussets. Allyn and Bacon. 2001.
14. Moreno FG. La conducta tipo A y efectividad del directivo. *Rev. Emprendedor de administración* 2006; 4 (5): 67-70.
15. Levin R, Rubin DS. Estadística para Administradores. 6 ed. México: Prentice Hall. 2004.

Incidencia de reacciones adversas a la donación de sangre 2006 a 2009

Lucía Luna Mendoza¹, Lucila Rojas Saldaña¹, Lidia Cruz Rodríguez¹, María Luisa Suaste Mendoza¹, Ana María Mejía Domínguez²

RESUMEN

La donación de sangre es un acto de humanismo que conlleva una serie de mecanismos intrínsecos y extrínsecos que la convierten en un proceso complejo, entre los que resaltan: proteger, conservar y promover la salud e integridad del donante. *Objetivo:* determinar frecuencia y tipo de reacciones adversas a la donación de sangre (RAD) entre los años 2006 a 2009. *Metodología:* estudio descriptivo, retrolectivo y longitudinal del 1º de enero de 2006 al 31 de diciembre de 2009. Se revisaron historias clínicas del archivo del banco de sangre, se diseñó una base de datos en *Microsoft Office Excel 2003*; para la recopilación y análisis de los mismos. *Resultados:* de 31,176 donadores de sangre se presentaron 1,789 RAD en 767 sujetos, con una razón RAD/donante de 1,7; siendo el año 2009; donde se presentó el mayor número de eventos (31.4 %), el género en el que predominaron dichas RAD fue el masculino (53.1%), edad promedio global osciló entre los 29 ± 9 años, IMC global fue 32.15 ± 3.87 kg/m², nivel socioeconómico promedio bajo, de procedencia foránea. Las RAD más frecuentes fueron: mareo 91.5% y náusea 43.2%; entre los factores considerados influyentes para RAD destacan: ser donador de primera vez, tiempo de ayuno superior a 6 hs y no haber conciliado el sueño entre una y catorce hs; la incidencia global de RAD fue de 5.73 % en 767 sujetos, las horas prolongadas de ayuno, edad y ser donador de primera vez fueron los factores más influyentes para los RAD.

Palabras claves: reacciones adversas, donación de sangre, donación, mareo, convulsión.

Incidence of adverse reactions to blood donation 2006-2009

ABSTRACT

Blood donation is an act of humanism that leads to a series of intrinsic and extrinsic mechanisms that make it a complex process who emphasize protecting, conserving and promoting the health and integrity of the donor. *Objective:* to determine the frequency and type of adverse reactions to blood donation (RAD) between the years 2006 and 2009. *Methodology:* a descriptive, retrospective and longitudinal study since January 1th 2006 to December 31 2009. It was reviewed the total of donor's medical histories from the blood bank's medical file records of the file from the blood bank, It Was Designed to database in Microsoft Office Excel 2003 for the collection and analysis of them. *Results:* blood donors 31.176 1.789 RAD occurred in 767 subjects, with a ratio RAD / donor of 1.7, being the year 2009 where the largest number of events (31.4%), the predominant genre in which such RAD was males (53.1%), overall mean age ranged from 29 ± 9 years, overall BMI was 32.15 ± 3.87 kg/m², low average socioeconomic status of foreign origin. The RAD most common were nausea, dizziness 91.5% and 43.2%, among the factors considered influential in RAD are: to be a donor for the first time, fast time over 6 hours and did not sleep between 1 and 14 hours; the overall incidence of RAD was 5.73% in 767 subjects, extended hours of fasting, age, hours of fasting and be the first time donor were the most influential factors for RAD.

Key words: adverse reactions, blood donation, donation, dizziness, seizures.

Correspondencia: Lucía Luna Mendoza. Instituto Nacional de Cardiología Dr. Ignacio Chávez. Juan Badiano # 1, Col. Sección XVI, 14080. México, D.F. E-mail: lucyetni@hotmail.com

La donación de sangre es un acto de humanismo que conlleva una serie de mecanismos intrínsecos y extrínsecos que la convierten en un proceso complejo, en el cual se deben considerarse varios aspectos, entre ellas se

destaca: proteger, conservar y promover la salud e integridad del donante. Como se menciona en el artículo octavo de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (2005) que a la letra dice, al aplicar y fomentar el

conocimiento científico, debe tomar en cuenta la vulnerabilidad; de los individuos y grupos en especial frágiles los cuales deben ser protegidos; así como, respetar su integridad personal.

En este sentido, el profesional de enfermería del banco de sangre al formar parte de un cuerpo medular multidisciplinario, y tener relación directa con individuos sanos, no la exime de aplicar los principios de respeto, cuidado de la salud e integridad de las personas, por lo que protegerlas de cualquier daño es un principio fundamental; por lo tanto se debe propiciar un entorno seguro donde se otorguen cuidados de enfermería de calidad y libres de todo riesgo, sin perder de vista que fomentar la cultura del autocuidado a través de la información y enseñanza con un enfoque de prevención, favorecen la participación e interacción del hombre dentro y fuera de su comunidad.

Conocer la incidencia de reacciones adversas a la donación de sangre (RAD), que se presentan en el centro, permite tener un panorama amplio sobre el comportamiento de la población con la que se trabaja de manera cotidiana facilitando, así la estructura de un programa de enfermería que cuente con herramientas necesarias que permitan una donación efectiva libre de riesgo como parte del proceso de hemovigilancia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal del 1° de enero de 2006 al 31 de diciembre de 2009. La población estuvo constituida por el total de donadores alogénicos de ambos sexos que acudieron al banco de sangre del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez durante este periodo y que cumplieron con los criterios establecidos por la NOM-003-SSA2-1993¹ para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos; se incluyeron a todos los donadores que presentaron RAD de forma no aleatorizada; no hubo *criterios de exclusión ni de eliminación*, quedando constituida la muestra por el total de donadores con RAD. La información se extrajo de historias clínicas del archivo del banco de sangre.

Los datos obtenidos fueron procesados en una base de datos en Microsoft Office Excel 2003.

Las variables independientes fueron: sexo, edad, peso, talla, índice de masa corporal (IMC), presión arterial, horas efectivas de sueño, horas reales de ayuno, número de donaciones previas; la variable dependiente fue el tipo de RAD; se analizó la información mediante medidas de tendencia central.

RESULTADOS

De 31,176 donadores de sangre alogénicos entre los años 2006 y 2009 de ambos sexos, hubo 1,789 RAD constituyendo la muestra que representa el 5.73% de la población. Del total de RAD; 17.2% se presentaron en el 2006, 20.9% en el 2007, 30.5%

en 2008 y 31.4% en 2009 (cuadro 1).

Cuadro 1. Frecuencia de reacción adversas a la donación de sangre por año.

Año	N (donaciones por año)	Frecuencia de RAD	(%)
2006	7,600	132	(17.2)
2007	8,060	160	(20.9)
2008	8,370	234	(30.5)
Total	31,176	767	(100)

Fuente: Cédulas de valoración de RAD aplicadas en el Banco de Sangre del INCICh.

Estas RAD se presentaron en 767 (2.46%) donantes, con una razón RAD/donante de 1,7 con un rango de 1,10 RAD por persona. Las RAD se presentaron con mayor frecuencia en hombres (53.1%).

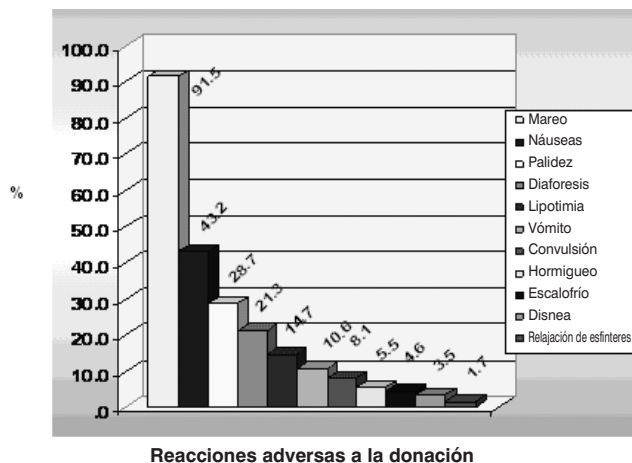
La edad osciló entre los 29 ± 9 años, el peso promedio registrado fue 71 ± 12.5 kg. La talla en general se observó en 163 ± 9.3 cm. El IMC global fue 32.15 ± 3.87 kg/m². El nivel socioeconómico promedio fue bajo y la procedencia foránea. La frecuencia porcentual de RAD se distribuyó de la siguiente forma: mareo 91.5 %, náusea 43.2 %, palidez 28.7 %, diaforésis 21.3 %, lipotimia 14.7 %, vómito 10.6 %, convulsión 8.1 %, hormigueo 5.5 %, escalofrío 4.6 %, disnea 3.5 % y relajación de esfínteres con 1.7 % (figura 1). La frecuencia anual de RAD por género se describe en el cuadro 2.

Cuadro 2. Frecuencia anual de reacciones adversas por género.

AÑO	Género		Total (%)
	Femenino	Masculino	
2006	58 (4.39)	74 (56.1)	132 (17.2)
2007	72 (45.0)	88 (55.0)	160 (20.9)
2008	113 (48.3)	121 (51.7)	234 (30.5)
2009	117 (48.1)	124 (51.9)	241 (31.4)
Total	360 (46.9)	407 (53.1)	767 (100)

Fuente: cédulas de valoración de RAD aplicadas en el Banco de Sangre del INCICh.

Los factores relacionados con las 1,789 RAD reportadas, con más frecuencia registradas son: ayuno con un rango de 4 a 23 hs; se presentaron casos en los que el tiempo de no haber conciliado el sueño fluctuó entre 1 y 14 hs la presión arterial sistólica mantuvo una media de 107 ± 11 mmHg; la presión arterial diastólica se mantuvo con una media de 67 ± 8.5 mmHg, cifras que no reflejan alteración que se puedan considerar como factor de riesgo para RAD (cuadro 3), en los sujetos cuya donación era la primera se obtuvo un 69.7% distribuidos de la siguiente forma: 2006; 83 (10.8 %) sujetos, 2007; 117 (15.2 %), 2008; 154 (20.0 %) y 2009; 181 (23.5 %); el resto de los factores documentados no se consideran relevantes para RAD.



Fuente: cédulas de valoración de RAD aplicadas en el Banco de Sangre del INCICh.

Figura 1. Tipo de reacciones adversas a la donación de sangre 2006-2009.

Cuadro 3. Variables estudiadas como factores predictores de RAD.

Variable Std	Año							
	2006		2007		2008		2009	
	Media	Des. std	Media	Des. std	Media	Des. std	Media	Des. std
Edad	30.6	9.1	28.9	8.6	29.4	8.8	29.3	9.2
Peso	72.9	14.6	69.4	11.4	70.7	12.1	70.5	12.6
Talla	164	9.3	159	9	163	9	163	9
Horas de ayuno	5.6	4.3	9.2	4.4	13.2	3	13.4	2.4
Horas de sueño	5.9	.22	6	.76	6	1.68	6.2	1.64
PAD (mmHg)	70	8.5	66	6.6	67	8.2	67	7.6
PAS (mmHg)	112	12.9	107	11.4	108	11.4	107	11.1

Fuente: cédulas de valoración de RAD aplicadas en el Banco de Sangre del INCICh.

DISCUSIÓN

Se observó que el sexo más vulnerable a dichos eventos fue la población masculina, quizás la incidencia mayor de RAD en este género se deba a ello, coincidiendo con lo publicado por Aguirre-Gómez en un estudio realizado en 2001, donde reporta que de 14,798 donaciones, la frecuencia de RAD fue de 25 casos y de ellos 13 se presentaron en hombres².

Contrario a lo que menciona María Munera y Blanca S. Ramírez en un estudio publicado en 2001; donde consideran al sexo femenino como un factor predisuesto a reacciones vagas quizá secundaria al mayor volumen de sangre perdido en donantes de bajo peso y estatura³.

En relación a las variables sociodemográficas, llama la atención la edad y experiencia de los sujetos en el acto de donar, considerar que la edad temprana y donación por primera vez es un factor de riesgo para presentar RAD, como lo documenta

Vidal J, Contreras, quien encontró que la edad menor a 20 años es un factor predictivo para presentar una RAD, asociado a un peso promedio de 55 kg; de la misma forma Rojas Saldaña en 2007; registra 63 sujetos cuya edad fluctuó entre 18 y 28 de edad, con un peso promedio de 50 y 60 kg y 83 de los 132 casos con RAD eran donantes de primera vez^{4,5}.

Varios estudios han mostrado una mayor frecuencia de reacciones adversas a la donación en donadores jóvenes. En un estudio multicéntrico sobre reacciones vasovágales en 1890; en donadores que presentaron síncope, se encontró que las variables más frecuentes son: edad, peso y donación por primera vez, esta situación se explica por que usualmente la primera donación se efectúa a temprana edad; además hay individuos jóvenes que tienen mayor sensibilidad barorreceptora ventricular más baja que los individuos mayores quienes suelen ser hemodinámicamente más estables². En lo que respecta al índice de masa corporal (IMC) no se comprobó asociación alguna con la presencia de RAD en la muestra seleccionada.

Sin embargo, se encontró que los donadores con RAD reportaban mayores horas de ayuno; asociado a esto, se observó que la mayoría de ellos presentaban un grado de estrés fuera de control, el cual no pudo ser calificado, por lo que se utilizó la observación como método para evaluar datos clínicos que sugirieran el estrés; se considera que en las condiciones antes descritas un estado de hipoglucemia puede contribuir directamente en la presencia de RAD; asimismo, miedo y nerviosismo se suman como factores predictivos de una RAD, favorecidos por la deficiente información otorgada antes de donar. El ayuno prolongado constituyó uno de los factores externos que alteran la homeostasis de personas y condicionan cambios fisiológicos en los que se ven involucrados todos los órganos blancos de la economía del sujeto implicado haciéndolo experimentar consecuentemente, situaciones de peligro cuando no las hay, generando síntomas como taquicardia, temblores, diaforesis y falta de concentración, como se menciona en la literatura⁶.

Otros factores asociados al ayuno prolongado no fueron analizados en esta muestra y nos obliga a evaluarlos en una futura investigación.

A pesar de que el mareo y náusea predominaron, la lipotimia y convulsión son factores; que ponen en riesgo la vida e integridad del donador. Por esta razón durante el desarrollo de la investigación se implementaron una serie de medidas preventivas en las que se enfatizó la valoración clínica de enfermería mediante la observación continua, con el fin de evaluar cambios en el grado de atención durante la entrevista y cambios en la coloración de piel durante la donación a fin de detectar a tiempo y evitar una RAD. De esta manera, Virginia Henderson describe que la persona para protegerse contra las agresiones

externas e internas y lograr mantener su integridad física y mental, necesita ejercer un control sobre sí mismo y su entorno; aplicando medidas preventivas tales como alimentación sana, régimen de vida adecuado y utilización apropiada de determinados mecanismos de adaptación los cuales forman una red de soporte para el individuo⁷.

Por otra parte, considerando como lo plantea la misma Henderson; en la planificación de los cuidados enfermeros, en la persona cuya motivación se ve alterada, ocasiona problemas de atención y concentración, pues la angustia es catalogada como mecanismo de defensa que el donador experimenta para evitarse un daño, sobretodo cuando su cerebro interpreta peligro, ocasionando miedo, dolor anticipado y problemas para procesar lo comunicado, por tanto, la falta de atención se convierte en un factor predictivo a una RAD^{7,8}. Por ello es de vital importancia difundir de manera coherente la información que disminuya la percepción de dichos peligros y permita tener un panorama general del proceso de la donación.

Para ello se propone el diseño e implementación de una cédula donde se lleve a cabo el registro de las RAD; asimismo, se de seguimiento al donador afectado.

Del análisis de los datos de las RAD contrastados con la literatura, quizás la hipoglicemia sea un factor predisponente a las RAD; por ello se sugiere adoptar en este centro de donación la toma de glicemia capilar pre donación a toda persona, y una segunda vez a quien presente RAD, así como implementar medidas tendientes a que el donador aceptado mantenga glicemias normales pre donación, como ingesta de bebidas azucaradas por lo menos 30 min antes de la donación, con el fin de aminorar la presencia de hipoglicemia y eliminar un posible factor predisponente de RAD.

Además a la luz de los antecedentes en esta investigación y con la experiencia obtenida, se sugiere definir en el centro las etapas de donación de sangre y derivados, con el propósito de realizar una valoración clínica de las condiciones generales del donador, garantizar su estabilidad e implementar un proceso en el que se incluya la elaboración de una guía clínica de atención y un programa de educación para la salud que contenga temas dirigidos a los donadores de sangre, apoyado por el diseño de trípticos, en los que se dé a conocer de manera clara y precisa en qué consiste el proceso de donación de sangre y plaquetas, así como contar con un programa de educación continua de banco de sangre dirigido a las enfermeras, para que estas constituyan la base de una pirámide, donde el donador encuentre orientación y educación para conservar su salud, y por lo tanto disminuir al mínimo las RAD, siguiendo los preceptos de Virginia Henderson en la planificación de los cuidados enfermeros: *todo ser humano está en constante necesidad de aprender y el individuo que quiere permanecer sano, combatirá la enfermedad o modificará sus hábitos*

deben de recibir información a menudo, para lo cual la enfermera debe valorar la integridad de las estructuras biológicas y el estado emocional del donador poniendo especial atención en aquellos individuos en los que se detecte alteración en la motivación, concentración y comunicación⁷.

A lo largo de la investigación se han implementado medidas que se mantienen en constante evaluación para conocer su efectividad, pues las RAD continúan presentándose, por lo que se considera replantear la valoración donde haya unificación en los criterios de valoración clínica del equipo multidisciplinario de salud que participa en el proceso de donación. Tomando en cuenta que los efectos psicológicos negativos que condiciona una RAD pueden resultar negativos e influir de la misma manera para futuras donaciones, por lo que, la unificación de criterios de valoración clínica favorecerá una donación inocua y permitirá disponer de componentes sanguíneos de buena calidad³⁻⁹.

CONCLUSIÓN

El proceso de donación de sangre es complejo, en el se pueden generar riesgos o daños graves a la salud e integridad del donador; por lo que el profesional de enfermería debe detectar precozmente dichos riesgos y brindar con responsabilidad cuidados de calidad que minimicen los peligros potenciales preservando de esta manera la salud e integridad de las personas. Por lo que definir las etapas del proceso de donación facilitará la detección de las áreas de mayor riesgo y permitira implementar estrategias con el fin de evitar incidentes. Por otra parte, se debe contar con un instrumento donde se registren eventos y acciones que se emplean para dar solución a la RAD. La elaboración de programas de educación continua sobre aspectos relacionados con la donación enfocados a donadores y profesionales implicados en este proceso, permitirá difundir la información de manera sistematizada y de este modo lograr la estandarización del proceso de donación como estrategia fundamental para prevención de RAD.

REFERENCIAS

1. Norma oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993 para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. Secretaría de Salud. 1993. [citado 24 de mayo de 2010] Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/sss/nom/normas%20oficiales.htm>.
2. Aguirre G. Factores de riesgo para desarrollar reacción vagal severa en donadores pos-sangría. *Rev Hemat* 2001; 2(3):98-102.
3. Munera IM, Ramírez SB. Reacciones adversas inmediatas a la donación: frecuencia y caracterización, banco de sangre de la clínica cardiovascular Santa María Medellín 1999. *Biomédica* 2001;21(3):224-7.
4. Vidal J, Contreras E, Elies F. Reacciones adversas a la donación de sangre. Boletín de la Sociedad Española de Transfusión Sanguinea. [acceso17 de mayo de 2008]; Disponible en: <http://www.sets.es/boletin-45/45-ariculos.htm>.

5. Rojas SL, Luna ML. Reacciones adversas a la donación de sangre. *Rev Mex Enfer Cardiol* Mayo-Agosto 2007;15(2):42-6.
6. San Péiro P, Ortíz LM. Fisiología y bioquímica en el ayuno. *Rev Med Nat* 2007;(1):10-19.
7. Lusi MT, Fernández FC. De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª ed. Barcelona. Masson. 2005.
8. Marina JA. Diccionario de los sentimientos. 4ta ed. España. Anagrama. 2007.
9. Radillo González A. Medicina transfusional. 2ª ed. México. Prado. 2006.

Investigación formativa. Una búsqueda permanente en el pensamiento crítico y enseñanza por investigación

Maritza García Núñez

RESUMEN

La investigación por el profesional de enfermería es relativamente joven; inicia en los 80s a pesar de que en la década de los 70 aparecen las primeras teorías en donde sobresalen las estadounidenses, canadienses e inglesas; abordan temas esenciales para la práctica de enfermería su objetivo es el cuidado, autocuidado, visión holística del mismo acercándose prácticamente a la epistemología de las ciencias de enfermería. En este trabajo se utilizó la metodología cualitativa, diálogo y entrevista directa. El aporte científico se sustentó en la aceptación de la investigación formativa por parte del profesional de enfermería de los Servicios de la Consulta Externa de Especialidades y de Medicina Interna del Hospital General de Zona y Medicina Familiar No. 26 del IMSS, se concluye planteando que el diálogo permanente propicia el desarrollo de las capacidades intelectuales, y habilidad para construir argumentos claros y reflexivos.

Palabras clave: pensamiento crítico, investigación formativa, epistemología.

Formative research. The development of the intellectual capacities and teaching for research

ABSTRACT

The research completed by the nurse professional it's relatively young, begins practically in the eighties, although in the seventh's, appears the first theories which excel the American, Canadian and English theoretical, understanding the essentials topics for the nurse practice, care, self care, holistic vision and approaching practically to the epistemology of nurse science. In this assignment was used the qualitative methodology, the dialogue and the direct interview. The scientific input from the research was supported in the acceptance of the formative research from the nurse professional of the departments like Specialties Outpatient and Internal Medicine from the General Hospital Zone and Familiar Medicine No. 26, IMSS, concluded posing that the permanent dialogue, cause the development of the intellectual capacities and the skill to build clear and reflexive arguments.

Key words: critical thinking, formative research, epistemology.

Correspondencia: Maritza García Núñez Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco Calz. del Hueso 1100. Col. Villa Quietud 04960. México, D.F. E-mail.mgarcia@correo.xoc.uam.mx

La Universidad Autónoma Metropolitana nace con un modelo alternativo en la educación superior conocido como "Sistema modular". Impulsando a docentes y alumnos a desarrollar sus propios protocolos de investigación estimulándolos a introducirse al mundo científico, lo que hace que el egresado se distinga por ser un profesional capaz de seleccionar aquellas opciones que le proporcione información veraz y rigurosa.

Esta investigación pretende dar resultados del impacto de la

investigación formativa en el recurso humano de enfermería. Tomando en cuenta que toda adquisición de conocimiento exige rigor y método, dando lugar a disciplinas de estudio que orientan la actividad de investigación sobre el proceso educativo.

OBJETIVOS

Conocer el impacto de la investigación formativa en el saber y quehacer en los licenciados en enfermería.

MARCO TEÓRICO

La investigación es de vital importancia en la formación de futuros licenciados en enfermería entendiéndola como una transformación de la realidad; de acuerdo a Piaget “*conocer un objeto es transformarlo y para transformarlo hay que acercarse a la realidad que lo rodea*”. Este tipo de investigación es factible de aplicar en el recurso humano de enfermería, tanto en su formación como en su práctica profesional, cómo un proceso complejo puede definirse de múltiples formas y lo que más lo vincula con la disciplina es “*saber como aprender, razonar, pensar creativamente, generar y evaluar ideas, ver las cosas con la mente, tomar decisiones y resolver problemas*”. La capacidad de resolver problemas dando sentido a la información mediante procesos creativos, intuitivos, lógicos y analíticos en un proceso continuo.

Pensar críticamente y aplicar la investigación en el entorno clínico (un entorno complejo desafiante y regulado por leyes y estándares) nos guíe hacia el pensamiento científico a pesar que ambos forman parte del quehacer de enfermería centrado en problemas y en busca de resultados acorde con la realidad y el problema estudiado.

METODOLOGÍA

Investigación de tipo cualitativo, se empleo el diálogo y entrevista con estudiantes de Enfermería de UAM-Xochimilco y personal del Hospital General de Zona y Medicina Familiar No. 26, se aplicó entrevista directa al 100% de estudiantes del noveno trimestre de la licenciatura en enfermería, la cual contempla en su programa de estudios unidades de enseñanza aprendizaje que se vincula con objetos de transformación y problemas ejes y a 23 enfermeras de la clínica No. 26 del IMSS, entrevista que estuvo encaminada a evaluar el potencial de pensamiento crítico en los profesionales de enfermería, esto daría la posibilidad de evaluar en cada una de ellas la factibilidad y capacidad de operativizar la investigación formativa.

RESULTADOS

La aceptación de la formación en investigación que presenta la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM); en los doce Módulos de la carrera de Licenciatura a nivel del profesional exige grandes retos y despierta cierto temor para este tipo de investigación, a pesar de que en la actualidad se habla de práctica profesional basada en evidencia.

DISCUSIÓN

El utilizar el diálogo y la entrevista personal permitió darse cuenta que no hay enseñanza; sin investigación e investigación sin enseñanza y que el ser humano está en constante aprendizaje lo que hay que darle es una nueva expectativa en la búsqueda cotidiana del conocimiento y de la práctica.

CONCLUSIÓN

Se deben establecer diálogos permanentes que propicien el desarrollo de las capacidades intelectuales, la habilidad para construir argumentos claros y reflexivos; así como, examinar los marcos teóricos en investigación educativa y de servicios de salud, para lograr la formación integral de los estudiantes y al mismo tiempo alcanzar para el profesional de enfermería investigaciones que reflejen su práctica y su realidad.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Gordon S, What do nurses really do. 2002.
2. Ennis R, Milman J. Cornell test of critical thinking: theory and practice. Pacif Grove. 1985.
3. Facione P. Critical thinking: a statement of expert consensus for purpose of educational. 2007.
4. Alfaro-Lefebvre R, Evidenced-base critical thinking indicators. Retrieved. 2007.
5. Martínez Domínguez. Documentos para el análisis Xochimilco. 2002.
6. Weinteins Eugenia. Operación Modular. 2002.

La práctica docente de enfermería en “educación para la salud”

Araceli Sánchez Ramos

RESUMEN

El presente ensayo aborda la siempre cambiante enseñanza de una asignatura del currículo básico enfermero. Trata de profundizar en el conocimiento de la educación para la salud, concretamente en el marco de enseñanza de enfermería, y aportar así una propuesta educativa de la misma, que se pueda concretar en un programa de formación en la educación para la salud (EpS), acorde con las necesidades reales de la sociedad actual. La educación para la salud está considerada en la actualidad, como uno de los instrumentos básicos para poder ejercer las funciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, acciones básicas en torno a problemas de salud; es por todo esto, que se debe prestar mayor atención a todos aquellos aspectos que supongan una mejora y perfeccionamiento del quehacer en el aula, que redunde en una optimización de la calidad de los cuidados enfermeros que se prestan en la comunidad. *Objetivo:* obtener una aproximación concreta sobre los factores influyentes en la enseñanza de la Educación para la Salud en el seno de las escuelas de enfermería; así como reflexionar sobre la entidad propia de cada disciplina en este caso la educación para la salud. Analizar su enseñanza, captada y comprendida por profesionales enfermeros.

Palabras clave: educación para la salud, práctica docente de enfermería, enseñanza.

Teaching nursing practice in “health education”

ABSTRACT

This test addresses always changing teaching of a subject of the basic curriculum nurse. This is knowledge of the health, specifically in the framework of the school of nursing, education and to provide an educational proposal, to be specified in a training programmed in education for health, (EpS) meets the real needs of today’s society. Education for the health is considered as one of the core to exercise the functions of promoting health and preventing disease, Basic actions on health; instruments is now by all this, we should provide more attention to all aspects involving an improvement and refinement of the work in the classroom, which is in the optimisation of the quality of care provided by the community nurses. The main objective of this test is to obtain a specific approach on the factors influencing the health within the school of nursing education teaching as well as to reflect on the entity itself in each discipline in our case the health education. Analyzes his teaching.

Key words: education for health, practical nursing, teaching education.

Correspondencia: Araceli Sánchez Ramos. Subdirección de Investigación en Enfermería. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Insurgentes Sur # 3877. Col. La Fama 14269 México, D.F. E-mail: celisanch@yahoo.com.mx

Los problemas que en la actualidad afectan la salud humana; son una preocupación de investigadores y científicos; tanto en México como del mundo, los mismos constituyen objeto de análisis y valoración por la repercusión que tienen para la vida del hombre en el planeta. Para enfrentar estos problemas no debe predominar la labor aislada pues en ella deben colaborar los distintos factores de la sociedad.

En este sentido las escuelas de educación plantean direcciones

de trabajo y programas con enfoque eminentemente pedagógico, por lo cual los educadores no están ajenos a estos problemas y se les convoca a trabajar en aras de educación sanitaria que complementen los servicios que se brindan por los profesores durante la labor educativa, con el objetivo de prevenir y promover la salud del escolar para ello es necesario que se mantengan actualizados en los temas y adelantos de la salud, fundamentalmente de la higiene y epidemiología en virtud que se preparen para ejercer una educación para la salud más efectiva.

Por ello; es imperativo ofrecer variadas oportunidades, entornos y ambientes saludables tanto, en escuelas de enfermería como de la comunidad para involucrarse en un proceso de aprender haciendo, donde puedan utilizar su creatividad y entusiasmo para lograr participación plena en el desarrollo de actitudes crítico-reflexivas frente a las prácticas, y factores de riesgo, lo cual exige preparar al personal pedagógico en formación. Aún cuando los esfuerzos realizados en el orden material y técnico muestran avances, subsisten problemas que son necesarios resolver en un plazo breve para contribuir a fomentar una cultura para la salud. Esto es posible si se tienen sólidos y profundos conocimientos y si se establece buena comunicación entre estudiantes de enfermería, comunidad y otros factores de la sociedad, de forma que se logre influir positivamente, involucrando activamente en esta tarea a todos.

La educación para la salud esta considerada en la actualidad, como uno de los instrumentos básicos para poder ejercer funciones de promoción y prevención de enfermedades; así como, acciones en torno a los problemas de salud; es por todo esto, que hay que presentar mayor atención a todos aquellos aspectos que suponen una mejora y perfeccionamiento del quehacer en el aula, que redunde en una optimización de la calidad de los cuidados enfermeros que se prestan en la comunidad.

La OMS y la práctica de educación para la salud

El estudio que la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó en 1996, sobre las reformas sanitarias en México, evidenciaron que la enfermería es el primer eslabón y el punto de contacto más sólido, entre el sistema y las personas, por consiguiente *en la naturaleza de la enfermería, se conjuga el ser disciplina profesional en cuanto a una práctica social, cuya misión es cuidado de salud del ser humano individual y colectivo a través de los procesos vitales y en contextos culturales específicos para alcanzar mejores condiciones de vida*¹. Su acción está orientada por principios y fundamentos científicos, humanísticos y éticos de respeto a la vida y dignidad humana. Su práctica requiere de pensamiento interdisciplinario, actuar multiprofesional, y un equipo con visión holística del ser humano en su relación con el contexto social y ambiental.

Esto legitima a la enfermería, como elemento clave en el engranaje entre padres, docentes, alumnos y profesionales de la salud².

Evolución de enfermería hacia el primer nivel de atención a la salud

Hasta 1970, la formación de recursos humanos para enfermería, acorde con las demandas del mercado de trabajo, estaban encaminados a capacitar a los profesionales de enfermería,

para responder a las necesidades de salud de la población atendidas en Instituciones públicas o privadas de segundo y tercer nivel.

Si bien, existió el trabajo de enfermería en las comunidades (enfermera sanitarista) está no era una práctica dominante; pues su preparación se inclinaba más a la especialización, esto les permitió (a los profesionales de enfermería) funcionar mejor en los hospitales de tercer nivel, donde existía una mayor demanda, y podían realizarse profesionalmente, con un mejor estatus económico y social.

A partir de 1980, la nueva política de salud propone estratificar la atención de la salud por niveles, con énfasis en el primer nivel de atención. Por lo tanto, las escuelas de enfermería deben enfocar en sus planes de estudio la formación de estudiantes con significado especial en promoción a la salud y realizar cambios en la formación del recurso humano, para dar respuesta a las políticas de salud; así como, a los problemas detectados en el panorama epidemiológico de la salud. Por ello se propone que en los planes de estudio incluyan entre otros aspectos los siguientes objetivos:

Adquisición de las herramientas teórico-metodológicas que le permitan desarrollar habilidades y actitudes para:

- Analizar el panorama epidemiológico del país a través del modelo social en el que está inmersa la población.
- Identificar cuales son las causas sociales que actúan como factores de riesgo en el panorama epidemiológico de México.
- Participar con el equipo de salud, en investigación y vigilancia epidemiológica de problemas de salud que más afectan a los diferentes grupos sociales según edad y sexo.
- Formular programas de educación para la salud dirigidos a la comunidad para disminuir factores de riesgo, fomentando participación del grupo familiar, diferentes grupos sociales y de individuos en lo particular en el autocuidado de la salud³.

Escuelas de enfermería y educación para la salud

La escuela es una institución llamada a participar en la EpS, sus características abren posibilidades de logros en su acción; los requisitos de asistencia para los involucrados y las posibilidades de espacios y materiales contribuyen a los programas de salud en las escuelas para que vayan más allá de la mera difusión, e información y que ayuden a los estudiantes a la adquisición de conocimientos para ayudar a la población a tener hábitos saludables.

Si se pretende que las nuevas generaciones adquieran valores, conocimientos y prácticas indispensables para preservar y mejorar la salud, es necesario que la escuela promueva

actividades creadoras, debidamente planeadas, exigiendo la intervención de todos los partícipes del proceso educativo y respondiendo a las características del contexto social en el que está inmersa la escuela.

La educación para la salud necesita, un proceso dinámico que les de aliento y ayude a desempeñar funciones que corresponden, en esa acción en la que todos deben unir sus fuerzas y voluntad.

Tradicionalmente, en muchas escuelas la enseñanza de la salud está fragmentada en multitud de conocimientos que se imparten con otras materias. En algunos sistemas la EpS se considera una materia distinta o separada de las demás. La escuela es responsable de diseñar estrategias que respondan a condiciones reales en las que se desarrolla el alumno y en donde él pueda atribuir un significado a los conocimientos adquiridos.

Para que los profesionales de enfermería puedan convertirse en verdaderos promotores de la salud, los profesores deben partir de un conocimiento de los grupos sociales que la conforman, de sus problemas educativos, sus carencias y sus necesidades, pues no se podría desarrollar un programa en salud, si no se parte de un diagnóstico que oriente adecuadamente la intervención⁴.

La enseñanza de enfermería en educación para la salud

La enseñanza de enfermería en educación para la salud, ha centrado su atención en aspectos que se consideran más relevantes, en términos de los cambios que son necesarios para que se lleven a cabo, se han analizado programas actuales de formación de enfermeras en México y América Latina, a la luz de la problemática de salud de enfermería, tendencias y su significado para la práctica de enfermería de salud comunitaria. Considerando los conceptos básicos adoptados, se han identificado ciertos aspectos de capacitación de las enfermeras que deberían ser modificados o enfocados de manera distinta a fin de que las egresadas puedan adquirir una filosofía orientada hacia el trabajo en comunidad⁵. Esta orientación de acuerdo con Sidney Kark; considera primordialmente la necesidad de estimar y anticipar los problemas individuales de salud a nivel de la comunidad, y no se limita a problemas de personas y grupos que buscan atención de salud. Además, demanda vigilancia continua del sistema de salud que tiene en cuenta el tipo de servicio prestado, a quiénes se presta este, en qué etapa de la historia natural del problema se ubica, cuando

es posible evaluar la relación entre los servicios prestados, y los cambios logrados en la salud de grupos atendidos y en indicadores generales de salud de la población⁶.

CONCLUSIONES

No es sencillo tratar de definir el papel de la práctica docente como promotora de la salud, el desarrollo de este ensayo pretende señalar algunas líneas generales para reflexionar sobre posibles caminos que nos conduzcan a todos a vivir en mejores condiciones. La definición de etapas de cambio, reestructuración de conceptos, colaboración de integrantes de un equipo multidisciplinario, organización de contenidos, planificación de actividades, de quienes estamos interesados en heredar a las futuras generaciones una vida digna y llena de salud, esta enfocada a contribuir en educar en materia de salud desde el inicio de la carrera de enfermería. Se debe enfrentar el reto reflexionando sobre la formación de docentes, aciertos y desaciertos de nuestra práctica profesional para afrontar la tarea con las armas suficientes que nos proporcionen diversas disciplinas.

Los múltiples problemas de salud que afectan en la actualidad a la humanidad, demandan una intervención educadora. Los profesores, desde las aulas, deben buscar alternativas para contribuir en la práctica docente de educación para la salud y así favorecer a la construcción de un mundo mejor, en el que todos los seres humanos tengan una calidad de vida mejor.

REFERENCIAS

1. Flores Bienert M, Armero Barranco D, García Herrero M. La enseñanza en la educación para la salud vista por profesionales enfermeros de atención primaria de salud. www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/71C3EFC1-AB15.../6163.pdf Consultado 11 de septiembre 2009 22:00 hs.
2. Fernández Candela D, Rebolledo Malpica M, Velandia Mora A. Hacia la promoción de la salud. Volumen 11, enero-diciembre 2006.
3. Domínguez Hernández G. La profesión de enfermería en el trabajo comunitario www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/71C3EFC1-AB15.../6163.pdf consultado el 11 de septiembre 2009 22:00 hs.
4. Álvarez Alba R. Educación para la salud. Manual Moderno, México 1998.
5. Atención primaria a la salud. docentes.uacj.mx/.../introduccion%20al%20estudio%20de%20la%20salud%20publica/ Consultado 14 de Septiembre 2009- 24:08 hs.
6. Leavell HR, EG Clark. *Preventive medicine for the doctor in his community. An epidemiological approach*. 3a edición. Nueva York. McGraw-Hill Book Co. 1965.

Los insectos de Xochimilco alimento de alto contenido en proteínas

Virginia Melo Ruiz, Maritza García Núñez, María Luisa Machado Marquetti, Héctor Daniel Jiménez Aguirre

RESUMEN

Xochimilco es un centro importante en producción de nutrientes desde la época prehispánica hasta la actualidad, tanto para consumo local como de la metrópoli (Sahagun 1975). En esta región, la cultura indígena ha basado su alimentación, en la ingesta de maíz, chile, frijol, vegetales e insectos y bebidas como el pulque y agua de frutas; sin embargo, algunos recursos renovables del lugar no han sido debidamente estudiados. En Xochimilco se cuenta con más de veinte especies de insectos comestibles, de los cuales en esta investigación se presentan cinco de ellos, que corresponden a las estudiadas, y disponibles en diferentes épocas del año, de consumo y aceptación por diferentes grupos sociales. *Gusanos de tepozán, gusanillos de nopal, capulmimichis, picudo de nopal y gusanos de maíz* los cuales poseen un contenido de proteínas que va desde 45.25 a 60.75% y todos ellos con ocho aminoácidos esenciales. Estos organismos se consumen en estado larvario. Los insectos estudiados son ingeridos de forma alternativa ya que su disponibilidad es temporal; sin embargo, representan una fuente considerable de macronutrientes y en todos los casos están en un balance adecuado a los requerimientos para una buena nutrición.

Palabras claves: insectos comestibles, nutrición, ecología

Xochimilco bugs food with high protein content

ABSTRACT

Xochimilco, important center for production of nutrients from prehispanic times to present, for local and engulfed the metropolis (Sahagun 1975). In this region, the nutrition of the native culture has been based in corn, chili, beans, vegetables and insects, and beverages like pulque and fruit water; however some renewable resources, have not been properly studied. Xochimilco has twenty or more species of eatable insects, for the research are show five of them, it belongs to the study, and are available in different seasons, consumed and accepted by different social groups. *Tepozan worms, nopal worms, capulmimichis, nopal picudo, and corn worms*, these have a protein content from 45.25% to 60.75% and all of them with eight essential amino acids. These organisms are consumed in the larva stage. These insects are eaten as an alternative because its availability is temporary; nevertheless, these represent an important source of macro nutrients, and in all the cases have the right balance to have a good feeding.

Key words: eatable insects, nutrition, ecology.

Correspondencia: Virginia Melo Ruiz, Maritza García Núñez, María Luisa Machado Marquetti, Héctor Daniel Jiménez Aguirre. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. Calz. del Hueso 1100. Col. Villa Quietud 04960 México, D.F. E-mail: vmelo@correo.xoc.uam.mx,

En un momento tan crítico como el que vivimos, se acentúa el esfuerzo en todos los niveles por solucionar de manera adecuada las diferentes crisis, como la contaminación ambiental, educación, sobrepoblación y la más dramática de todas, la alimentación. Los problemas para alcanzar y mantener la obtención suficiente de alimentos, de alto valor nutritivo para satisfacer las necesidades de una población en constante crecimiento, son tanto de naturaleza política como técnica; sin embargo, la administración adecuada de

estos recursos necesita tomar en cuenta las realidades biológicas ya que mientras el hombre está cada día más hambriento y la demanda de alimentos continua incrementándose, es prioritaria la búsqueda de nuevas fuentes de nutrientes ricos en proteínas que mejoren sustancialmente la alimentación y salud. En consecuencia el proceso de desarrollo económico en dichas poblaciones es importante, para evitar la creación de procesos de cambio enmarcados en un clima de violencia surgidos de una población mal alimentada.

OBJETIVOS

- Investigar hábitos alimenticios de habitantes de Xochimilco y su estado nutricional.
- Estudiar los insectos comestibles disponibles en la delegación de Xochimilco.
- Analizar el contenido de macronutrientes de los insectos de consumo por los habitantes de Xochimilco.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una investigación longitudinal cuantitativa con un muestreo por conveniencia en función de la accesibilidad de insectos y alimentos silvestres no cultivados, ya que no se podía verificar su control y otros factores que influirían en la variación del muestreo, mismo que proporcionará a la investigación elementos necesarios para determinar el valor nutritivo de las diferentes variedades de insectos comestibles disponibles en la delegación Xochimilco, datos que serán aplicados en el mejoramiento de alimentación de los habitantes de la región.

El estudio se realizó en dos fases, una de campo para ubicar las diferentes áreas de trabajo y captura del material entomológico y otra de laboratorio en la que se identificó la taxonomía de las especies capturadas, mediante un análisis proximal de macronutrientes para determinar el valor nutritivo de los organismos en estudio.

En la etapa de trabajo de campo se incluyó visita periódica (cada semana durante tres meses) a una zona rural, suburbana y urbana de la delegación Xochimilco; previo establecimiento de las mismas, para investigar el consumo de alimentos naturales e industrializados para determinar la cantidad de nutrientes y calorías de los alimentos ingeridos por día, para relacionarlos con el grado de nutrición de los individuos tomando en cuenta la ocupación de los mismos y así considerar sus requerimientos, se entrevistaron un total de 150 familias, y una muestra de 50 familias por cada zona, para evaluar en forma cualitativa y cuantitativa los alimentos consumidos, durante una semana.

Al mismo tiempo se estudio la ecología de la zona para ubicar especies disponibles de insectos y hospederos; así como, condiciones bióticas y abióticas del entorno y para determinar la posible disponibilidad de cada especie a lo largo del año. Por otra parte, se investigó el estado de desarrollo de insectos considerados comestibles para no afectar los ciclos biológicos y no caer en la disminución drástica de alguna especie.

RESULTADOS

Los insectos estudiados fueron identificados según su taxonomía como se expone en la siguiente tabla.

Tabla 1. Determinación taxonómica de 5 especies de insectos comestibles de Xochimilco.

Orden	Lepidoptera	Lepidoptera	Lepidoptera	Coleoptera	Lepidoptera
Familia	Geometridae	Pyralidae	Pieridae	Curculionidae	Noctuidae
Género	Synopsisia	Laniifera	Catasticta	Metamasius	Heliothis
Especie	Mexicanaria w.	Cyclades d.	Teutila D.	Spinolae V.	Zea b.
Nombre común	Gusano de tepozán	Gusanillo de nopal	Capulmimichis o gusano de capulín	Picudo de nopal	Guzano de maíz

Fuente. Datos del estudio.

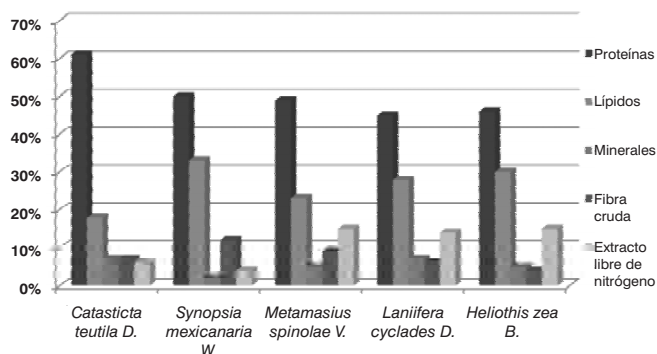
Se encontró que la disponibilidad de los especímenes (tabla 2) no está presente en todo el año y al investigar su ecología se identificaron; las fechas en las que se les puede encontrar, así como el estadio morfológico en el que la población suele consumirlos.

Tabla 2. Disponibilidad de diferentes especies de insectos de Xochimilco en el año.

Insecto	Fecha	Estado de desarrollo comestible
Gusano de nopal	febrero a julio	Larva
Gusano de tepozán	julio a noviembre	Larva
Gusano de capulín	septiembre a febrero	Larva
Gusano de maíz	junio a diciembre	Larva
Picudo de nopal	enero a abril y junio a septiembre	Larva

Fuente. Datos del estudio.

Al comparar el contenido nutricional de los insectos analizados (gráfica 1), se puede observar que la proteína se encuentra en cantidades que rodean el 50% del total analizado, en los cinco organismos estudiados, además presentan una diferencia poco significativa entre ellos. También se observa un bajo contenido de fibra indispensable para una buena digestión, así como de minerales. En el caso de los lípidos su presencia está entre el 19 y 31% en los insectos estudiados lo cual es importante al no encontrarse en forma excesiva.



Fuente. Datos del estudio.

Gráfica 1. Valor nutritivo de algunas especies de insectos comestibles en Xochimilco g/100g base seca.

En la tabla 3; se puede observar la comparación realizada de los aminoácidos que el humano necesita ingerir al día (PETRON FAO, 1973).

Tabla 3. Contenido de aminoácidos de algunas especies de insectos comestibles en Xochimilco.

Aminoácidos esenciales	mg/16gN.					
	Patron FAO 1973	Lanifera Cyclades d.	Synopsia Mexicanaria w.	Catactista Teutilia d.	Heliothis Zea b.	Metamasius Spinolae v.
Isoleucina	4.0	4.3	4.5	4.1	5.0	4.7
Leucina	7.0	7.1	7.3	7.2	8.0	6.9
Lisina	5.5	5.5	5.0	5.6	5.5	5.2
Meionina+	3.5	4.0	3.3	3.2	3.8	3.1
Cistina						
Fenilalanina+Ti	6.0	7.1	6.3	6.1	7.5	5.9
Rosina						
Treonina	4.0	4.1	4.4	4.3	4.5	4.1
Triptófano	1.0	0.5	0.7	0.9	0.4	1.1
Valina	5.0	4.8	5.4	5.1	5.5	5.1

Fuente. Datos del estudio.

Tabla 4. Ocupación de 50 jefes de familia en tres zonas de la delegación Xochimilco.

Ocupación	Rural	Suburbana	Urbana
Trabajo agrícola	23	12	-
Agrícola y obrero	9	3	-
Obrero de construcción	6	5	6
Agrícola y comerciante	11	12	8
Comerciante	1	8	17
Chofer	-	4	5
Empleado	-	3	6
Profesionista	-	2	7
Policia	-	1	1

Fuente. Datos del estudio.

Tabla 5. Consumo promedio de los principales alimentos naturales e industrializados, en 50 jefes de familia de tres zonas de la delegación Xochimilco, durante tres meses.

Alimentos	# personas rural	# personas suburbana	# personas urbana	Contenido proteico g/100g peso neto
Maiz ¹	50	50	50	5.0
Pan, galletas	11	29	43	9.5
Pastas	2	12	21	9.4
Arroz	5	28	27	7.4
Frijol	50	50	50	21.8
Leche ²	9	11	17	9.5
Huevo	8	12	21	11.0
Carne ³	9	13	25	28.0
Insectos ⁴	36	19	12	31.5
Chile	41	39	40	2.3
Vegetales ⁵	32	36	46	2.0
Frutas ⁶	23	41	46	0.7
Azúcar	31	39	41	-
Grasas	18	37	43	-

Fuente: datos del estudio. 1. Tortillas, atole, elotes. 2. Leche de vaca, industrializada con café, cuatro veces a la semana. 3. Pollo o carne de puerco una vez a la semana, 2 veces al mes. 4. Gusano de nopal, picudo de nopal, gusano de maíz, gusano de capulín. 5. Nopal, espinaca, zanahoria, papa quelites. 6. Naranja, plátano, tuna y capulín.

DISCUSIÓN

Se analizó la cantidad en gramos de insectos que son necesarios para cubrir los requerimientos nutricionales de un individuo adulto sano las cuales son mayores que otras fuentes de proteínas tradicionales, su costo es inferior pues la obtención de insectos es sencilla en la mayoría de los casos. Los insectos estudiados

contienen ocho aminoácidos esenciales y en todos los casos el triptófano es limitante, la fibra está presente en cantidades bajas y los lípidos en su mayoría son monoinsaturados y poliinsaturados. Los carbohidratos solubles son fuentes de energía; en algunos casos bajos, la diferencia en requerimientos se puede balancear con lípidos. Los escamoles para conservar su precio alto no son explotados en su totalidad, o se usan en autoconsumo para así disminuir su nivel de existencia en el mercado (Melo, V. 1992).

CONCLUSIONES

Los ingresos de los habitantes de la zona rural son bajos pues en su mayoría son campesinos y ellos están relacionados con los precios de garantía de los productos básicos, hay pocos obreros y comerciantes; sin embargo, todos presentan un alto grado de autoconsumo, al conocer más insectos que en otras zonas; esto se debe a hábitos de herencia de todas las especies menos gusanos de elote que en principio rechazaron y chapulín que desconocían su uso; no obstante, la inmigración de una familia de Oaxaca inicio a los habitantes del lugar, en el consumo de esta especie.

La zona suburbana tiene un mayor número de comerciantes; así sus ingresos son mayores y las posibilidades de adquisición de productos alimenticios son mejores aunque no se descarta el autoconsumo, aquí también hay ingesta de insectos. Por último, la zona urbana esta determinada por un mayor consumo de alimentos industrializados, el consumo de insectos se limita a chapulines y escamoles como platillo exótico.

A los individuos que se les invitó a participar en el análisis sensorial en donde se les dio a conocer que lo único que comerían serían insectos, siendo estos aceptados en forma satisfactoria aún cuando muchos de ellos nunca los habían consumido. Una gran cantidad de habitantes de Xochimilco se dedican al comercio, recolección y venta de insectos en los mercados de forma natural y procesados en restaurantes está será una fuente mayor de trabajo que puede coadyuvar a mejorar la alimentación y condiciones económicas de las familias de la Delegación Xochimilco

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. AOAC. Official methods of analysis, Association of Official Analytical Chemists. Arlington, W. S. Ed. Virginia, USA. 1990.
2. Cibrian D, Méndez JT, Campos R. Insectos forestales de México. 2000.
3. FAO/WHO. Report: energy and protein requirements. Expert Comitee. 1973.
4. Greenfield H, Southgate DA T. Datos de composición de alimentos. FAO. Roma. 312. 2006.
5. Melo V. Diez especies de insectos comestibles en la Delegación

- Xochimilco de origen prehispánico. III Congreso Internacional de la ANQUE Vol. II. España. 1992.
6. Melo V. Insects indigenous food for Mexican people. 18th. International Congres of Nutrition. Durban South Africa. 2005.
 7. Morón MA, Terrón RA, Entomología práctica. Instituto de Ecología, México, D.F. 1968.
 8. Osborne DR. Análisis de nutrientes de los alimentos. Ed. Acribia, España. 1985.
 9. Sahagún FB. 1830. Historia general de las cosas de la Nueva España T. III Cap. V. del Libro II s/ed. México.
 10. Speight MR, Hunter MD, Watt AD. Ecology of insects. Blackwell Science, Ltd. London. 1999.

Factores de riesgo cardiovascular en enfermos adultos con evento vascular cerebral

Sandra Rodríguez Duarte

RESUMEN

El evento vascular cerebral (EVC) tiene más de una causa, en muchos casos se debe a múltiples factores de riesgo cardiovascular (FRCV) que en su mayoría son modificables. *Objetivos:* identificar y describir los FRCV asociados al EVC en pacientes cardiopatas; caracterizar a la población con EVC de la Unidad Coronaria del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. *Material y métodos:* es un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Mediante la revisión de la base de datos de la Unidad Coronaria se obtuvieron antecedentes y factores de riesgos modificables y no modificables de los pacientes ingresados con EVC en el periodo de septiembre de 2005 a mayo de 2009. El análisis estadístico de datos se realizó mediante Excell® 2007 y se expresaron en medidas de resumen. *Resultados:* se revisaron 134 registros de enfermos con EVC, presentándose una morbilidad del 0.5%; con predominio del sexo femenino en un 61%; hipertensión arterial sistémica prevaleció como factor de riesgo cardiovascular con más frecuencia en un 60% y fibrilación auricular en un 43%. Únicamente 13 pacientes recibieron tratamiento trombolítico. *Conclusión:* los FRCV asociados al EVC en pacientes cardiopatas son: hipertensión arterial, fibrilación auricular y diabetes *mellitus*, mismos que son padecimientos prevenibles o controlables a través de educación para la salud.

Palabras claves: EVC, factores-riesgo, cardiovascular, hipertensión arterial sistémica.

Risk factor cardiovascular in patients adult with cerebral vascular event

ABSTRACT

Often the cerebral vascular event (EVC) has more than one cause, in many cases is due to multiple cardiovascular risk factors (CRF) in its most modified. *Objective:* to identify and describe the EVC associated cardiovascular risk factors in patients with heart disease, and characterize the population for CVD in the Coronary Care Unit of the National Institute of Cardiology. *Methodology:* it is a descriptive, cross-sectional and retrospective. By reviewing the database of the Coronary Care Unit were obtained background and modifiable risk factors and modifiable CVD patients admitted in the period September 2005 to May 2009. Statistical analysis of data using Excel® 2007 and were expressed in summary measures. *Results:* we reviewed 134 records of patients with CVD, presenting a morbidity of 0.5% were females by 61%, the prevailing systemic arterial hypertension as a cardiovascular risk factor more frequent in 60% and atrial fibrillation by 43%. Only 13 patients received thrombolytic treatment. *Conclusion:* EVC associated cardiovascular risk factors in patients with heart disease are high blood pressure, atrial fibrillation and diabetes mellitus, these are preventable or controllable diseases through health education.

Key words: EVC, risk factors, cardiovascular, hypertension.

Correspondencia: Sandra Rodríguez Duarte. Clínica de Anticoagulantes del Instituto Nacional de Cardiología Dr. Ignacio Chávez. Juan Badiano # I, Col. Sección XVI, 14080 México, D.F.

En la actualidad el evento vascular cerebral EVC de origen cardioembólico representa el 27% de los casos en México y se calcula que 32,000 personas sufren EVC anualmente en México, ocupando la cuarta causa de muerte en la población general, con predominio al sexo femenino.

La American Heart Association describe al EVC como un término general que se refiere a una alteración neurológica aguda que sigue a la interrupción del suministro de sangre de una parte específica del cerebro.

Existen dos tipos de EVC; el isquémico y el hemorrágico, responsable del 85% de los casos y consiste en la oclusión de un vaso sanguíneo que interrumpe el flujo a una región específica del cerebro, interfiriendo en las funciones neurológicas dependientes de la región afectada. La ausencia de flujo sanguíneo puede ser atribuida a uno de dos procesos diferentes como: trombosis, por un estrechamiento u oclusión local de una arteria que obstruye el flujo sanguíneo distal; y embolismo o cierre de una arteria por material originado más próximamente al corazón, sistema venoso o arterias proximales.

En cuanto al EVC hemorrágico existen dos grandes subcategorías: hemorragia subaracnoidea, en esta la hemorragia se produce dentro de los espacios situados alrededor del cerebro, y la hemorragia intracraneal donde el sangrado está directamente dentro del parénquima cerebral.

Los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) asociados al EVC incluyen a aquellos de tipo no modificables como: edad, género, historia familiar, raza y otros modificables, susceptibles de intervención terapéutica como: hipertensión arterial sistémica (HTA), coronariopatía, dislipidemia, diabetes *mellitus* (DM) y tabaquismo, entre otros.

Se ha demostrado que la hipercolesterolemia, resistencia a la insulina, hipertensión arterial, diabetes *mellitus*, obesidad y tabaquismo producen disfunción endotelial al bloqueo de síntesis de óxido nítrico, al activar el estrés oxidativo produce radicales de superóxido; lo cual no sólo provoca vasoconstricción, sino también favorece la adhesión de macrófagos a la pared endotelial, que predispone a trombosis intra-arterial por disminución de producción de proteína C reactiva y de la actividad fibrinolítica.

Ante un daño endotelial, la interrelación del subendotelio con plaquetas, mecanismos de coagulación y la participación de otros elementos circulantes, constituyen la base fisiopatológica de la trombosis.

Entre las causas del EVC; de origen cardiovascular se encuentran la fibrilación auricular (Fa) y cardiopatía isquémica que inciden en un 45% de todos los casos, le sigue el infarto al miocardio con un 15%, aneurisma ventricular, enfermedad cardíaca reumática y válvula protésica en un 10% respectivamente^{1,8}.

El EVC causa una gran variedad de signos y síntomas que dependen de localizar de la lesión, tamaño del área de hipoperfusión o extensión del daño; manifestándose con paresia o parestesia en cara, brazo o pierna, sobre todo de un lado del cuerpo, confusión o cambio en el estado mental, problemas para hablar o entender el habla, dificultad para caminar, mareo, pérdida del equilibrio o coordinación, cefalea repentina e intensa, rigidez leve de nuca, estupor, coma y por último la muerte.

La cantidad de enfermos que son atendidos con EVC en el servicio de Urgencias de la Unidad Coronaria no representó un número considerable; sin embargo, muchos enfermos que han sido atendidos en otra institución por presentar un EVC de origen cardioembólico son referidos al Instituto ingresando por Consulta Externa; por lo tanto, la cantidad de enfermos con EVC que son atendidos por el profesional de enfermería de la Clínica de Anticoagulantes es mucho mayor que el que se reporta en la Unidad Coronaria. Ante esta problemática se requiere identificar y describir los FRCV relacionados con EVC y caracterizar a la población que se atiende en el Instituto. Cabe mencionar que con base en los resultados se identificarán áreas de oportunidad para la participación de enfermería, como parte del equipo de salud, al tener la capacidad para continuar y colaborar en el manejo terapéutico con un enfoque integral, educativo, diagnóstico, monitoreo, prevención y limitación del daño que produce el EVC a la salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo de los factores de riesgo cardiovascular de ($n=5,725$) enfermeros ingresados a la Unidad Coronaria del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Se realizó una búsqueda en la base de datos del servicio donde se incluyeron enfermos adultos con diagnóstico de EVC isquémico o hemorrágico de septiembre de 2005 a mayo de 2009; se excluyeron enfermos que fueron referidos a otros institutos o que fallecieron. Se tomaron datos de los expedientes clínicos para analizar las variables de factores de riesgo modificables y no modificables, que se relacionan con la presencia de EVC y los sociodemográficas con el fin de caracterizar a la población.

El análisis estadístico de los datos se realizó mediante Excel[®] 2007, expresándose en medidas de resumen con promedios y porcentajes.

RESULTADOS

La muestra quedó constituida por $n=134$ enfermos que presentaron EVC, por lo que se tiene una incidencia de 2.34% donde predominó el sexo femenino en un 61.2%; el rango de edad fue de 58 a 64 años, lo que correspondió al 68% de los casos.

Entre las enfermedades cardiológicas asociadas al EVC; que se presentaron con mayor frecuencia se encontró a la HTA en un 60.4% con una presión arterial sistólica media de 133 ± 39 mmHg y una presión arterial media con un promedio de 96 mmHg; en segundo lugar la Fa en un 43.28%, seguido de la cardiopatía isquémica en 35% (cuadro 1).

Cuadro 1. Factores de riesgo para EVC.

	% (N=134)	
	SI	NO
Enfermedades cardiovasculares		
Hipertensión arterial sistémica	60.45	39.55
Fibrilación auricular	43.28	56.72
Cardiopatía isquémica	35.07	64.93
Infarto previo mayor a un mes	19.4	80.6
Insuficiencia cardiaca	19.4	80.6
Enfermedades asociadas		
Diabetes <i>mellitus</i>	21.64	78.36
Obesidad	20.89	79.11
Insuficiencia renal crónica	11.94	88.06
Factores de riesgo modificables		
Tabaquismo	8.95	91.05
Alcoholismo	9.70	90.3

Las principales enfermedades asociadas al EVC son la DM en 21.6% y obesidad en el 20.89% de los casos. Por otro lado, en el análisis de los factores de riesgo modificables se encontraron en el siguiente orden: la diabetes *mellitus* se presentó en un 21.64%, obesidad en 20.89%, alcoholismo en 10% y tabaquismo previo en 32.09%.

En cuanto al tratamiento únicamente el 10% fue trombolizado, el 40.29% fue manejado con anticoagulante oral (acenocumarol) y el 33.58%, con aspirina. También se encontró que un 27% de los enfermos con EVC requirieron ventilación mecánica asistida pues el padecimiento afecta funciones cerebrales como la respiración.

La morbilidad por EVC fue de 0.5% de la población total del Servicio de la Unidad Coronaria; sin embargo, considerando sólo los enfermos con EVC el porcentaje de fallecimientos es el 23% de la muestra.

DISCUSIÓN

Los factores de riesgo de origen cardiovascular encontrados en esta investigación; son comparables con otros estudios publicados en el mundo, como el realizado por San Clemente y Cira García, donde se encontró como factor de riesgo a la hipertensión arterial en el 63.4 y 56.4% respectivamente, mientras que en este estudio es del 60%; por lo que existe evidencia que señala a la HTA; como el factor de riesgo previsible más importante en el EVC, tanto de tipo isquémico como hemorrágico; por lo tanto, el buen control de la presión

arterial obtenido en las primeras 24 hs influye en la buena evolución del EVC. La existencia de programas bien diseñados y adaptados a la realidad en la atención primaria a la salud para el abordaje y control de la presión arterial, así como del resto de FRCV, hace que sea más sencillo el control de los mismos, aunque todavía un porcentaje muy bajo de hipertensos consiguen objetivos terapéuticos.

Otro factor de riesgo asociado al EVC relevante es la Fa, que se presenta en el 7.6% en el estudio de Cira y en el 45% en San Clemente, datos similares a este estudio, donde la incidencia es del 43%. Cabe mencionar, que cuando se combina este trastorno del ritmo con la HTA, aterosclerosis y edad aumenta la incidencia de EVC.

La edad que predominó en el estudio de Cira García fue de 40 a 69 años, con 25.7%, mientras que el rango de edad en este estudio de pacientes con EVC osciló entre 58 a 64 años, que representa el 68% del total de enfermos con EVC en hospitalización, por lo que se puede decir que también se asocia con la edad.

Otros FRCV asociados a la presencia de EVC de acuerdo a Cira García, Amariles y Gómez es diabetes *mellitus*, obesidad, tabaquismo, desapego terapéutico, malos hábitos alimenticios y sedentarismo destacando que son aspectos previsible, por lo tanto, tiene fundamental importancia para que sean estrictamente vigilados por el profesional de enfermería y modificado a través de educación para la salud y cambios de estilo de vida saludable, ya que cuando el enfermo tiene un conocimiento adecuado de los FRCV, hay una disminución de los mismos, se reduce la morbilidad y el reingreso hospitalario.

Al tratarse de un estudio retrospectivo estamos conscientes de la falta de datos acerca de antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular, niveles de colesterol y triglicéridos, entre otros; por tanto no se pueden obtener registros sobre la influencia que estos tienen para desarrollar EVC, pero sí podemos decir que el profesional de enfermería basado en sus competencias, debe aplicar las políticas y estrategias para el control y prevención secundaria de esta enfermedad crónica.

Es importante iniciar la movilización y rehabilitación de manera precoz, ya que mejoran las incapacidades producidas por EVC; asimismo, la evaluación de la necesidad de la rehabilitación en fase aguda y conexión con centros de salud para darle continuidad a la asistencia en la convalecencia del paciente al momento del alta.

Por último, de acuerdo a Amariles y Gómez, es necesario la planificación e implementación de programas de prevención secundaria de las complicaciones derivadas de los FRCV, pues los pacientes desconocen la necesidad de modificar sus hábitos de vida y de la importancia del autocuidado, siendo este una oportunidad de mejora.

CONCLUSIONES

Los FRCV; son un conjunto de condiciones clínicas que han sido involucradas como importantes detonantes que interactúan en forma sinérgica, causando una aceleración de la progresión en la formación de trombos. Por lo tanto, tienen un valor predictivo de alto riesgo para enfermedad trombótica y en este caso de EVC.

Los factores de riesgo y enfermedades cardiológicas asociados al EVC que se encontraron en el Servicio de Unidad Coronaria del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez son padecimientos prevenibles como: hipertensión arterial, obesidad, y diabetes *mellitus*. Por lo que son necesarios programas de consultoría de enfermería enfocados a prevención primaria y secundaria de los FRCV en el EVC, para mejorar la asistencia y la calidad de vida. El profesional de enfermería tiene la posibilidad de establecer comunicación con la persona en casi todo momento para proporcionar educación para la salud, lo que es sumamente importante en el caso del enfermo, con factores de riesgo como los mencionados con antelación, pues se requiere de modificaciones en cuanto a estilo de vida y para que el enfermo tome consciencia de su enfermedad y le permita asumir autocuidado con relación a la nutrición, ejercicio, apego farmacológico, visita al médico, importancia del ejercicio, manejo del estrés. Además se verá reflejado en la disminución de costos sanitarios y en la reducción de reincidencias hospitalarias.

Es de suma importancia que el profesional de enfermería esté preparado para llevar a cabo, cuidados de calidad y hacer énfasis en la prevención de los factores de riesgo relacionados a la presentación de EVC a través de medidas de actuación multidisciplinar que incluyan un abordaje de los factores de riesgo cardiovascular modificables más significativos.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Maldonado RNE. Atención al paciente con anticoagulantes. *Rev Mex Cardiol* 2001;9 (1-4): 44-9.
2. Blanch P, Ibernón M, Dos L, Padró J, Delso J. Identificación de factores responsables de anticoagulación oral excesiva en pacientes ambulatorios con cardiopatía. *Rev Esp Card* 2003;56(1):65-72.
3. Roca CAC, Muñoz LA, Castellar R, Garrido CR. Estudio del riesgo coronario y de ictus en pacientes hipertensos mayores de 54 años atendidos en atención primaria. *Rev Clin Esp* 2008;208(10):490-8.
4. Leiva PJ. Manual de urgencias cardiovasculares. 3ra ed. México: Mc Graw Hill/ Interamericana 2007.
5. INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Estadísticas de mortalidad general nacional. [serie en línea] 2005 [citado 19 de abril de 2010]. Disponible en: http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/xls/m_005.xls
6. AHA. Soporte vital cardiovascular avanzado. Barcelona: Médica AWE; 2006.
7. Jay HS. Medicina Interna. 3ra ed. México: Salvat;1991.
8. Barrón JV. Tratado de cardiología. 3ra ed. México: Intersistemas;2006.
9. Sanclemente AC, Pedragoza VA, Rovira PE, Vigil MD. El ictus en manos del internista. Factores de riesgo cardiovascular. *Rev Clin Esp* 2008;208(7):339-46.
10. Guadalajara JF. Cardiología. 6ta ed. México: Méndez Editores; 2006.
11. Bayés AL, Iwona C, Bayés GA, Grande C, Viñolas X, Rodríguez, *et al*. Espectro clínico y complicaciones de la fibrilación auricular. *Rev Arch Card Méx* 2004; 74, Suppl 2: 293-7.
12. Amariles P, Baena MI, Machuca M, Tudela J, Barris D, Sevilla J, *et al*. Conocimiento y riesgo cardiovascular en pacientes en tratamiento con medicamentos cardiovasculares. *Ars Pharm* 2005;46(3):279-300.
13. Gómez GBP, Bautista SL. Detección de factores de riesgo cardiovascular y nivel de conocimiento de los mismos por el adulto. *Rev Fac Med* 2009; 52(6):248-52.
14. Córdova VJA, Lee GM, Hernández A MH, Aguilar SCA, Barriguete MJÁ, Kuri MP, *et al*. Plan de prevención clínica de enfermedades crónicas: sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes *mellitus* 2007-2012 y sistema de indicadores de diabetes en México. *Rev Mex Card* 2009;20(1):42-5.

Estudio de caso con utilización del instrumento de *Katharine Kolcaba* teoría de rango medio del *comfort*

Guadalupe Nava Galán

RESUMEN

El estudio de caso; determina el grado de comodidad de la persona hospitalizada y cómo la familia aplica medidas necesarias para que ésta se lleve a cabo en el Servicio de Neurocirugía del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) para que el paciente con daño neurológico tenga confort, la muestra esta constituida por una persona con diagnóstico de meningioma grado I. Se utilizó instrumento validado de la teoría de mediano rango, cuestionario general de comodidad (GCQ), desarrollado por la doctora Katharine Kolcaba, se determinaron las necesidades después de la intervención de la familia, quiénes fueron orientado hacia las medidas que podían realizar sin poner en peligro la vida del PE. Altos grados de comodidad fueron encontrados, después de la intervención. *Material y métodos:* proceso enfermero. Estos hallazgos sugieren que la familia está en capacidad de asumir determinadas responsabilidad en el cuidado del paciente, ayudándolo a afrontar su crisis de enfermedad y favoreciendo de esta manera un cuidado más humano y holístico en los hospitales, siendo un apoyo indispensable para fortalecer el cuidado y mejor evolución del tratamiento.

Palabras clave: estudio de caso, confort, comodidad.

Case study on the use of instrument of *Katherine Kolcaba* middle range theory: from *comfort*

Case study. Establish the comfort level of the hospitalized person, and how the family applies the necessary gears to the comfort being made in the neurosurgery service, from the INNN, for the person with neurological damage has comfort, the sample is constituted by one person with Meningioma level 1. It was used a valid instrument: the medium range theory, named general comfort questionnaire (GCQ); developed by the MD. Katherine Kolcaba, it were determinate the necessities after the intervention of the family, whose was oriented in which applies could be realized without endangering life. High levels of comfort were founded, after the intervention. The methodology was the nursing process. These findings suggest that the family has the capacity of assume determinate responsibilities in the person care, helping him to face the disease crisis and favoring the humanitarian and holism care in the hospitals, being an indispensable support to encourage the care and a better treatment evolution.

Key word: case study, comfort, convenience.

Correspondencia: Ma. Guadalupe Nava Galán, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Insurgentes Sur # 3877. Col. La Fama. 14269 México, D.F. E-mail: mgngalan@hotmail.com.

MARCO DE REFERENCIA

Katharine Kolcaba nació en Clevelan, Ohio en 1944; en 1965 se diplomó en enfermería en St. Luke's Hospital de Clevelan. Trabajo tiempo parcial durante algunos años como enfermera medicoquirúrgica, considerando el cuidado prolongado y cuidado domiciliario. En 1987, consiguió la primera licenciatura superior que se realizaba en enfermería en la escuela de Enfermería Frances Payne Bolton, de la Case Western Reserve University (CWRU). Estudio una especialidad en gerontología,

mientras la llevaba a cabo, asumió el cargo de enfermera en jefe de la unidad de demencia. En dicha unidad, empezó a teorizar acerca de la comodidad o confort. Después de realizar una maestría en enfermería, trabajo como profesora en la University of Akron College of Nursing. Desde entonces, posee el certificado de gerontología de la American Nurses Association (ANA). Volvió a la CWRU para realizar un doctorado en enfermería a tiempo parcial mientras continuaba trabajando como profesora de tiempo completo. Durante los siguientes 10 años, utilizó el trabajo de su doctorado para

desarrollar una teoría y demostrarla; publicó un análisis del concepto del confort con su esposo, el filósofo (Kolcaba & Kolcaba, 1991) quien elaboró un diagrama con los aspectos de la comodidad (Kolcaba, 1991), utilizó la comodidad como objetivo del cuidado (Kolcaba, 1992^a), contextualizó la comodidad en una teoría de nivel intermedio (Kolcaba, 1994) y demostró la teoría en un estudio de intervención (Kolcaba & Fox, 1999). En 1995 recibió un premio honorífico como investigadora de la Midwest Nursing Research Society del Lillian De Young Resarch Award del University of Ackron College of Nursing, por su labor sobresaliente en el desarrollo de la investigación, se doctoró en enfermería en 1997 y recibió el certificado de autoridad (especialista en enfermería clínica) al mismo tiempo. Así mismo recibió el Marie Haug Student Award por su excelente trabajo en estudios anteriores en la CWRU, es miembro de la ANA Society of Scholars y aparece en el Who's Who in American Nursing (1991) y en The Encyclopedia of Nursing Research (Kolcaba, 1998). En la actualidad, Kolcaba es profesora asociada de enfermería en la University of Akron College of Nursing, en donde enseña teoría e investigación en enfermera. Es fundadora y coordinadora del programa de enfermería parroquial local, y miembro de la ANA, la Sigma Theta Tau, la Midwest Nursing Research Society, y la Health Ministrie Association y League of Women Voters¹.

Fuentes teóricas

Kolcaba inició su trabajo teórico elaborando un diagrama de la práctica enfermera para su doctorado. Cuando presento su marco para el cuidado de demencia (Kolcaba, 1992^a). El primer paso el análisis del concepto, empezó con una amplia revisión de la bibliografía existente sobre comodidad relacionada a la enfermería, medicina, psicología, psiquiatría y ergonomía. Shakespeare y el Oxford English Dictionary, relata el origen de esa palabra, ofreció una visión histórica de la comodidad en enfermería por Nightingale quién 1859 declaró: *nunca debemos olvidarnos del objetivo de la observación. La observación no sirve para recopilar datos variados y hechos curiosos, sino para salvar vidas y promover salud y comodidad.* De 1900 a 1929, la comodidad fue el centro de la enfermería y la medicina, y a través de ella se llegaba a la recuperación (McIlveen & Morse, 1995).

La enfermera está obligada a prestar atención a los detalles que influyen en la comodidad de la persona, a la hora de procurarla, no hay que ignorar ningún detalle, pues es el primer y último objetivo de la enfermera hacer que las personas se sientan cómodas, Aikens, 1908. Harmer 1926 afirmó que el cuidado enfermero consistía en proporcionar un *ambiente general de comodidad*, el cuidado personal incluye prestar atención a la *felicidad, comodidad, tranquilidad tanto física como mental*, además del *descanso y sueño, nutrición, la*

higiene y la eliminación«. Goodnow (1935) dedicó un capítulo de su libro *The Technique of Nursing* a la comodidad de la persona. Escribió *siempre se juzga a una enfermera por su capacidad para hacer que el paciente se sienta cómodo. La comodidad es física y mental, y la responsabilidad de la enfermera va más allá del cuidado físico.* En libros de texto de 1904, 1914 y 1919, se describe que la comodidad emocional se denominó comodidad mental y dependía principalmente de la comodidad física y de la modificación del entorno de los pacientes (McIlveen & Morse, 1995).

Con estos ejemplos, la comodidad, es algo positivo. Se consigue con la ayuda de las enfermeras y, en algunos casos, indica una enfermedad o un estado previo. Intuitivamente, se asocia con la actividad de cuidado.

Desde el principio, Kolcaba explicó sus características principales y a partir de la ergonomía, la relación directa que se establece entre comodidad y relación de una tarea. Sin embargo, su significado suele estar implícito, oculto en el contexto, y suele resultar ambiguo. El concepto varía semánticamente según sea verbo, nombre, adjetivo, adverbio, proceso o resultado.

Para sintetizar y elaborar los tipos de confort del análisis conceptual de Kolcaba, se utilizaron las primeras obras de tres de las primeras teorías enfermeras (Kolcaba & Kolcaba, 1991). El alivio se elaboró a partir del trabajo de Orlando (1961) quien afirmaba que las enfermeras satisfacían las necesidades de los pacientes. Para la tranquilidad, se utilizó el trabajo de Henderson (1966), que describía las trece funciones básicas de los seres humanos que debían mantenerse en la homeóstasis. La trascendencia se redactó a partir de la obra de Paterson y Zderad (1975), quienes creían que podían superar las dificultades con la ayuda de las enfermeras. En su teoría del cuidado, Watson (1979) declaró que el entorno de los pacientes era muy importante para su bienestar mental y físico. Por tanto, siempre que fuera posible, las enfermeras debían proporcionar comodidad a través de intervenciones ambientales. Watson identificó las medidas de comodidad que las enfermeras utilizaban al respecto (Who's Who in American Nursing, 1991); y utilizó el término medidas de confort como sinónimo de intervenciones.

Problemática

Las personas cuando presentan alguna clase de alteración en su salud se ven en la necesidad de permanecer hospitalizadas, originando tanto en ellas mismas como en su familia una gran incomodidad interrumpiendo su función familiar. La persona asume un papel pasivo. En muchas ocasiones, la familia queda aislada y desinformada acerca de su enfermo y no se toma en cuenta en el cuidado del mismo.

Preguntar e investigar

¿Cuál es la comodidad de la persona hospitalizada en el Servicio de Neurocirugía, y cuando se proveen medidas de comodidad que involucran a la familia?

Propósito

Orientar a la familia a proporcionar comodidad a la persona hospitalizada para favorecer la tranquilidad y el bienestar a través de intervenciones de enfermería, que están encaminadas a aumentar el confort de la persona, dando un giro total al enfoque del cuidado biológico y pasando a un enfoque centrado en la persona y su familia; así como, a hospitales más humanos y cálidos, donde la familia y el enfermo se sientan como en su hogar y la situación de enfermedad no sea tan notoria ni estresante. Esto se puede lograr involucrando a la familia en el cuidado para que sea un miembro activo y no sólo un visitante pasivo.

OBJETIVOS

- Proporcionar comodidad a la persona hospitalizada.
- Educar al familiar para procurar *confort*.

Conceptos principales y definiciones

En la teoría del confort de Kolcaba, los receptores de las medidas de confort tienen diferentes orígenes tales como: pacientes, estudiantes, prisioneros, trabajadores, ancianos, comunidades e instituciones².

Necesidad de cuidados en la salud

Kolcaba define las necesidades de cuidados a la salud como necesidades para conseguir la comodidad, a partir de situaciones estresantes de cuidado para la salud que los sistemas tradicionales de apoyo de los receptores no pueden satisfacer. Incluyen necesidades físicas, psicoespirituales, sociales y ambientales, que se observan a través del seguimiento y de los informes verbales y no verbales, así como necesidades relacionadas con los parámetros fisiopatológicos, educación, apoyo, asesoramiento e intervención financiera .

Medidas de confort

Pueden definirse como intervenciones enfermeras las diseñadas para satisfacer necesidades específicas de comodidad de las personas receptoras de cuidados por ejemplo, necesidades fisiológicas, sociales, económicas, psicológicas, espirituales, ambientales y físicas³.

Variables de intervención

Las variables de intervención pueden definirse como fuerzas de interacción que influyen en la percepción por parte de los receptores de la comodidad total. Estas variables pueden ser las experiencias pasadas, edad, actitud, estado emocional, sistema de apoyo, el pronóstico, economía y la totalidad de elementos de la experiencia de los receptores.

Confort

El *confort* o comodidad se define como el estado que experimentan los receptores de las medidas para proporcionarles comodidad. Consistente en la experiencia inmediata y holística de fortalecerse gracias a la satisfacción de las necesidades de los tres tipos de comodidad son: alivio, tranquilidad y trascendencia⁴ que se definen cómo:

- *Alivio*: el estado de un receptor que ha visto cumplida una necesidad específica, se refiere a la satisfacción de necesidades; es decir, se deben aliviar malestares en los pacientes.
- *Tranquilidad*: el estado de calma o satisfacción, hace referencia a la persona entera, a la comodidad en la mente y cuerpo, estado de satisfacción y positivo.
- *Trascendencia*: estado en el cual un individuo está por encima de sus problemas o dolor. (Kolcaba 2003), es independiente y se refiere a las medidas de comodidad que fortalecen y engrandecen a una persona. La persona surge por encima del dolor o problemas se describió con los contextos sobre holismo, como:

Los cuatro contextos de la experiencia (físico, psicoespiritual, social y ambiental) (Kolcaba, 1994; Kolcaba & Fox, 1999). Los tipos de comodidad pueden definirse como (Kolcaba, 2001):

1. *Físico*: perteneciente a las sensaciones corporales.
2. *Psicoespiritual*: perteneciente a la consciencia interna del yo, como: autoestima, autoconcepto, sexualidad, y el significado de la vida, en relación con un orden o estado superior.
3. *Social*: se refiere a las relaciones interpersonales, familiares y sociales.
4. *Ambiental*: perteneciente al entorno y condiciones e influencias externas. como: luz, ruido, temperatura, entre otros, y como se interrelacionan los sentidos con los contextos surgiendo una estructura taxonómica, en la cual la comodidad de los pacientes es experimentada en un

contexto y sentido específico. Dicha estructura taxonómica permitió a Kolcaba el desarrollo del Cuestionario General de Comodidad (GCQ).

Conductas de búsqueda de la salud.

La doctora Rozella Schlotfeldt (1975); describió el concepto de las conductas de búsqueda de la salud como aquellas que representan las acciones relacionadas con la consecución de la salud, como la define el receptor o receptores, después de consultar con la enfermera estas conductas pueden ser internas, externas o enfocadas a conseguir una muerte tranquila.

Integridad institucional

Son corporaciones, comunidades, escuelas, hospitales, iglesias y reformatorios; entre otros, que poseen propiedades que hacen sentirse completo, total, razonable, recto, atrayente, honesto y sincero. Esta definición se elaboró a partir de la bibliografía de la investigación de los resultados, e incluye elementos normativos y descriptivos. La institución puede poseer muros, pero no los necesita.

Utilización de pruebas empíricas

La investigación moderna sobre la comodidad empezó en la década de 1980, cuando se inició un período de reconocimiento colectivo; aunque con estudios individuales del concepto de la comodidad holística. Morse (1983) empezó a observar las acciones de confort de las enfermeras, y describió el término como *la acción enfermera más importante para proporcionar cuidado enfermero a los enfermos*. Hamilton (1989) dió un paso adelante estudiando lo que la comodidad representa desde la perspectiva del enfermo, utilizando entrevistas en un centro de cuidado prolongado para saber cómo cada paciente definía la comodidad⁵.

El cuidado cómodo surge de una situación de estímulos y tensiones negativas, que originan necesidades de comodidad en intervenciones para satisfacer dichas necesidades, moviendo la tensión en una dirección positiva. El paciente percibe si la tensión cambia por aplicación de intervenciones. La enfermera evalúa si la comodidad fue alcanzada por medio de valoración de la percepción del paciente, tanto objetiva como subjetivamente⁶. La enfermera determina si las medidas de comodidad implementadas aumentaron o si se tiene que implementar nuevas. Estas medidas pueden ser muy sencillas como por ejemplo, mantener a la persona limpia, seca, en una buena posición, ofrecer alimentos, brindar un ambiente fresco, abrir ventanas o cerrarlas, manejar la luz, eliminar ruidos, proporcionar privacidad, permitir que tome sus propias decisiones, facilitar el acceso a la familia y enseñarles como proveer cariño físico y cuidado emocional; todo lo cual facilitará que la persona se fortalezca durante una situación de cuidado de la salud⁷.

Los resultados de las pruebas de cada principio se utilizaron por medio del estudio de Kolcaba y Fox (1999) en mujeres con cáncer de mama que se respaldaban mutuamente. Otras áreas de estudio que se han tratado con Kolcaba, incluyen unidades de quemados, hogares enfermeros, atención domiciliaria, dolor crónico, masaje terapéutico, pediatría, oncología, higiene dental, enfermería del transporte, cárceles y discapacidades mentales⁸.

Conceptos metaparadigmáticos

Enfermería: incluye valoración de las necesidades de la comodidad, diseño de las medidas para satisfacer esas necesidades y reevaluación de los niveles de después de la implantación de dichas medidas, en comparación con la situación anterior. La valoración y revaloración puede ser intuitiva y/o subjetivas, por ejemplo cuando una enfermera le pregunta aún paciente si está cómodo, u objetivas, cuando observa la curación de una herida o cambios en los valores analíticos o conducta vales. La valoración puede realizarse mediante la administración de escalas visuales analógicas o cuestionarios tradicionales, ambos sistemas desarrollados por Kolcaba (2001).

Paciente: los receptores del cuidado pueden ser individuos, familias, instituciones o comunidades que necesitan cuidados de salud.

Entorno: cualquier aspecto del paciente, familia o instituciones que la enfermera o familiares pueden manipular para que se sienta más cómodo.

Salud: es el funcionamiento óptimo de la persona, familiar o comunidad.

Supuestos

1. Los seres humanos ofrecen respuestas holísticas a estímulos complejos.
2. La comodidad es un objetivo holístico deseable que concierne a la disciplina enfermera.
3. Los seres humanos se esfuerzan por satisfacer sus necesidades básicas de comodidad o para que alguien las satisfaga, tratándose de un esfuerzo activo.
4. El aumento de la comodidad apremia a los pacientes a escoger conductas en búsqueda de la salud.
5. Las personas que están autorizados a participar activamente en estas conductas se muestran satisfechos con su cuidado de salud.
6. La integridad institucional se basa en un sistema de valores orientado a los receptores del cuidado⁹.

Afirmaciones teóricas

1. Las enfermeras identifican las necesidades de *confort* no satisfechas de sus enfermos, diseñando medidas para

satisfacerlas potenciando su comodidad, lo que constituye el resultado inmediato deseado.

2. La potenciación de comodidad está directa y positivamente relacionada con implicación en las conductas de búsqueda de la salud, lo que constituye el siguiente resultado deseado.
3. Cuando las personas reciben ayuda adecuada para realizar las conductas saludables por sí solas, como rehabilitación, con y/o el programa de recuperación; así como régimen también se potencializa la integridad estructural (Kolcaba, 1997, 2001)¹⁰.

Forma lógica

Kolcaba (2003); afirmó que desarrolló la teoría del *comfort* utilizando tres tipos de razonamientos lógicos: inducción, deducción y retroducción¹¹.

Inducción

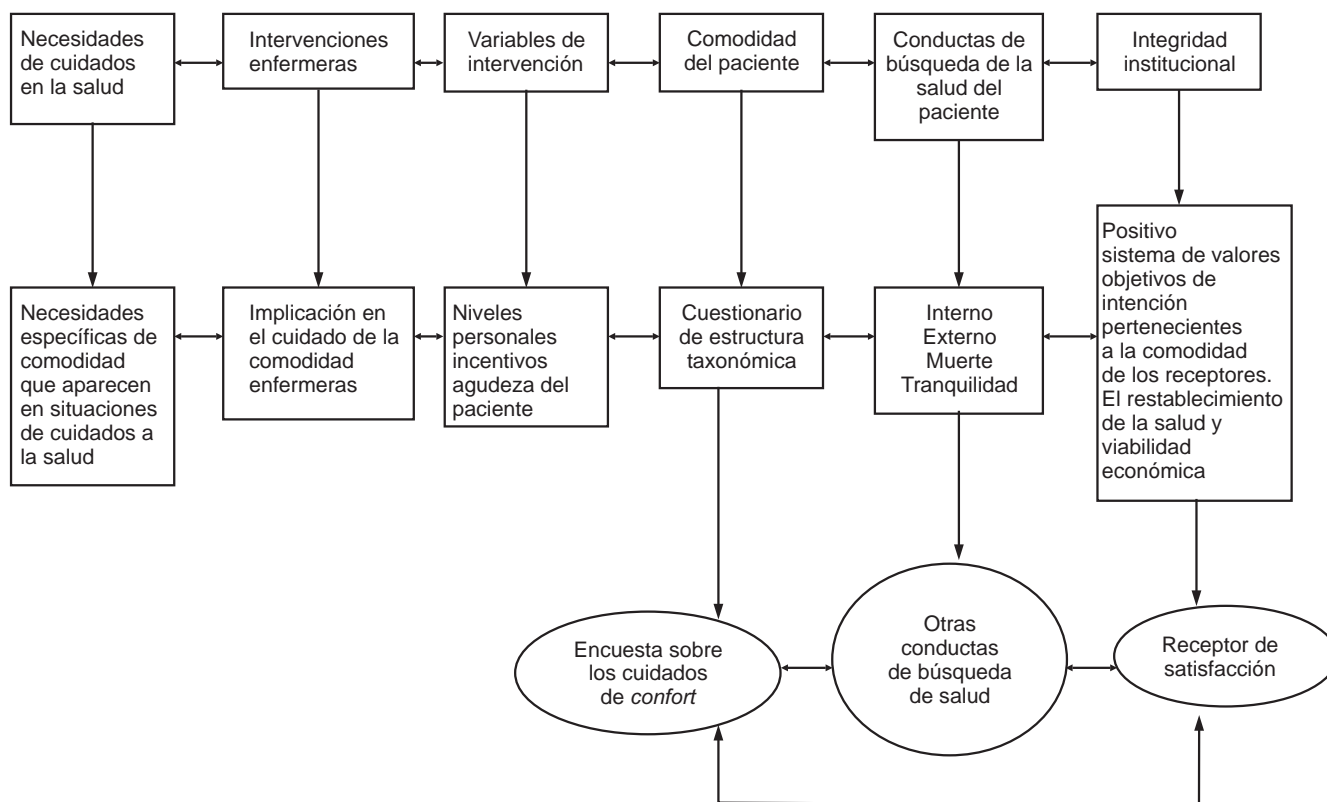
Consiste en elaborar generalizaciones a partir de un número de casos específicos observados (Bishop, 2002). Cuando las enfermeras están seguras de su práctica y la enfermería como disciplina cumple con sus objetivos entonces se conocen los conceptos implícitos y explícitos, términos, afirmaciones y

supuestos que subyacen en su práctica. Cuando las enfermeras están estudiando, quizás que se les pide que hagan un diagrama de su práctica (como la doctora Rosemary Ellis le pidió a Kolcaba que hiciera), lo que es un ejercicio engañoso.

La situación a finales de la década de 1980 era la siguiente:

Deducción

Es una forma de razonamiento lógico que infiere conclusiones específicas a partir de premisas o principios más generales; va de lo general a lo específico (Bishop, 2002). El estadio deductivo del desarrollo de la teoría relacionó la comodidad con otros conceptos, y dio lugar a la teoría. Se utilizó el trabajo de tres teóricas: Orlando, Henderson, Paterson Zderat, para la definición de comodidad, por lo que Kolcaba tuvo que buscar otro espacio común para unificar alivio, tranquilidad y trascendencia. Se dió cuenta de que se necesitaba un marco conceptual más abstracto y general, que fuera coherente con la comodidad e incluyera un número manejable de ideas altamente abstractas. El trabajo del psicólogo Henry Murria (1938); cumplía los criterios para elaborar un marco en el que se situarán los conceptos enfermeros de Kolcaba. Su teoría trataba sobre las necesidades humanas, por tanto, podía



DE Kolcaba, K. Teoría del Confort adaptada a la investigación de resultados. *Evolution of the midrange theory of comfort for outcomes research. Nursing Outlook* 2001;49 (2), (86- 92).

aplicarse a los pacientes que experimentaban múltiples estímulos en situaciones estresantes de cuidado a la salud. Ése fue el estadio deductivo del desarrollo de la teoría, empezando por construcción y subestructuración teóricas generales y abstractas para descender a niveles más específicos que incluyen conceptos de la práctica enfermera.

Retroducción

Es una forma de razonamiento que origina ideas; se aplica a campos con pocas teorías disponibles (Bishop 2002), resulta útil para seleccionar fenómenos que pueden desarrollarse con mayor profundidad y probarse. Este es el caso de la investigación de resultados que, hasta la fecha, se centra en recoger datos para medir resultados seleccionados, y relacionar con los resultados de los tipos de protocolo enfermeros, médicos, institucionales o comunitarios. El uso de un marco teórico enfermero para la investigación de resultados potenciaría esta área de la investigación enfermera, ya que la práctica basada en la teoría permite que; las enfermeras que diseñen intervenciones coherentes con los resultados deseados y aumenten la posibilidad de encontrar resultados significativos; para los objetivos deseados proporcionarían datos a las instituciones respectivas y a los creadores de estrategias sobre la importancia de la enfermería en el actual mercado competitivo.

Patología

Meningioma grado I de la hoz del cerebro, con efecto de masa, que comprime lóbulo frontal y parietal.

Meningioma

Los meningiomas son los tumores benignos más comunes del cerebro (95%); sin embargo, también pueden ser malignos. Surgen a raíz de la aracnoides de meninges y representan alrededor del 15% de todos los tumores cerebrales primarios; son más frecuentes en mujeres que en los varones (2:1), tienen una incidencia máxima en la sexta y séptima décadas. La mayoría de los casos son esporádicos, si bien algunos son familiares; se han registrado algunos indicios de que las personas que han sufrido radiación al cuero cabelludo están en situación de riesgo para el desarrollo de meningiomas. Las más frecuentes mutaciones genéticas que participan en los meningiomas son: mutaciones en la inactivación, neurofibromatosis, dos genes (esmerejón) en el cromosoma 22q¹².

Patógena

Los meningiomas surgen de las células de la aracnoides, la mayoría de estos tumores están cerca de la vecindad de los

senos venosos, este es el sitio de mayor prevalencia de la formación de meningiomas. Son más frecuentes adjuntos a la duramadre en la superficie parasagital de los lóbulos frontales y parietales, a lo largo de la cresta esfenoidal, en las ranuras olfatorias, la región silviana, en cerebelo superior a lo largo de la hoz cerebral, en el angulopontocerebeloso y la médula espinal. El tumor suele ser de color gris, muy bien circunscrito, asume la forma del espacio que ocupa. Son por lo general en forma de cúpula, también se presentan en la duramadre¹³. Histológicamente, las células son relativamente uniformes, con una tendencia a rodearse unos a otros, formando verticilos y psammoma órganos (concreciones de laminado cálcico). Tienen tendencia a calcificarse y son altamente vascularizados.

Manifestaciones clínicas

Pequeños tumores (por ejemplo < 2.0 cm), suelen ser incidentales en la autopsia sin haber causado síntomas, los tumores más grandes causan síntomas en función del tamaño y ubicación las manifestaciones más importantes son: problemas en la coordinación, espasticidad progresiva, debilidad en las piernas, incontinencia, problemas de sensibilidad, afasia y aumento de la presión intracraneana (PIC).

Diagnóstico¹⁴

- TAC,
- RM (con gadolinium)
- Arteriografía (por que son extra axial y vascularizados)
- Punción lumbar (proteínas elevadas)

Tratamiento

- *Cirugía*: pueden ser resecado quirúrgicamente si el tumor es superficial en la duramadre y si este es de fácil acceso.
- *Transarterial*: por embolización
- *Radioterapia*: *gamma knife* o tratamiento de rayos de protones, en casos de tumores no resecables o inoperables.
- *Quimioterapia*: en caso de tumores malignos con antiprogesterina.

Marco metodológico

Se trata de un estudio de caso, según las características de este proceso de acuerdo a lo que dice «...estudio de caso¹⁵, es el método de investigación que tiene por objeto comprender las conductas sociales de pequeños grupos o individuos concretos, a través de la *observación* en profundidad...», en este caso se trata al grupo determinado, una familia «X» de la colonia estrella del sur Iztapalapa D.F.

Tipo de investigación

Investigación descriptiva; comprende descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, y composición de los fenómenos. El enfoque se hace sobre conclusiones

dominantes o sobre como una persona, grupo o cosa se conduce en el presente (Best, J. W., citado por Tamayo).

Población y muestra

Está constituida por una familia de la colonia estrella del sur Iztapalapa D.F., formada por padre, madre y dos hijos de 25 y 24 años, de sexo masculino y femenino respectivamente.

Técnicas e instrumento de recolección de datos

Para la elaboración de este estudio, se seleccionó: *el Cuestionario General de Confort* desarrollado por la doctora Katharine Kolcaba, que consta de 28 ítem.

Medidas de comodidad

Para lograr esto, el familiar se le acerca al paciente, lo puede tocar, tomar de la mano, abrazar, besar, sonreírle, hablarle en forma suave y afectuosa. Escucharlo con atención, decirle palabras de aliento. Mirarlo con ternura. Realizar actividades de distracción como: leer, ver televisión y jugar. Así como brindarle información de acuerdo con sus necesidades (salud, religión, familiares, etcétera).

Necesidad de comodidad física; medidas de comodidad

Cambios de posición

- Lavarse las manos
- Ayudar a realizar cambios de posición, permitidos según el estado de salud de cada paciente
- Girar el cuerpo del paciente hacia el lado derecho, izquierdo o dejar boca arriba
- Asegurarse que no queden cables y otros dispositivos haciendo presión en la piel del paciente, (la enfermera se encargará de fijar y asegurar todos los dispositivos utilizados para monitorización del paciente, para que no se suelten con el movimiento).
- Tener las cosas personales del paciente en el cuarto y objetos que el quiera tener y que hagan el cuarto más hogareño.
- Adecuar la silla o cama según las necesidades del paciente.

Hipótesis

La intervención educativa hacia el familiar de la persona sometida a un proceso neuroquirúrgico influye de manera positiva para mejorar confort y calidad de vida.

VARIABLES DE ESTUDIO

Necesidad de comodidad	Medidas de comodidad
Comodidad social y psicoespiritual <ul style="list-style-type: none">• Seguridad• Confianza• Tranquilidad• Afecto• Apoyo• Compañía	<ul style="list-style-type: none">• Estar cerca del paciente• Tomarle la mano• Tener contacto físico: abrazar, besar• Sonreírle• Hablarle en forma suave y afectuosa• Decirle palabras de aliento• Escucharlo con atención• Mirarlo con ternura• Actividades de distracción: leer, ver televisión, jugar, etc.• Proporcionar información según las necesidades específicas.
Comodidad física	<ul style="list-style-type: none">• Cambios de posición• Realizar masaje• Lubricar la piel• Tener ropa de cama limpia y sin arrugas
Comodidad ambiental <ul style="list-style-type: none">• Proporcionar un ambiente agradable en el cuarto.	<ul style="list-style-type: none">• Luz apropiada• Temperatura adecuada• Eliminar el ruido• Tener las cosas personales del paciente• Adecuar la silla o cama, más blanda o dura.

Procedimiento

En el presente estudio se midió la intervención de enfermería para la orientación con la guía de *confort* e influye en grado de comodidad de la persona en este caso de G.H.M. hospitalizado en el servicio de Neurocirugía del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN), durante el 31 de octubre del 2007 al 2 de noviembre de 2007. Se aplicó el instrumento de valoración al bajar de recuperación, al día siguiente se le proporciona la guía a los familiares, al tercer día se vuelve aplicar el mismo instrumento de valoración al paciente. Se utiliza el Proceso Enfermero: se valora, diagnóstica, planifica intervenciones, ejecutan y evalúan.

Historia clínica de enfermería

Datos de identificación

Nombre: *G.H.M.*

Servicio: *Unidad de Neurocirugía.*

No. de cama: *146*

Fecha de ingreso: *8 de octubre de 2007.*

Edad: *25 años*

Sexo: *masculino*

Estado civil: *soltero.*

Escolaridad: *ingeniero en computación*

Ocupación: *trabaja en la empresa Liverpool, en la Unidad de Sistemas*

Religión: *católica.*

Nacionalidad: *mexicano*

Lugar de procedencia: *D.F.*

Domicilio: *Calle Flores Magno # 37. Colonia Estrella del Sur. 09820 México, D.F.*

Perfil del paciente

Ambiente físico.

Habitación

- Características físicas (iluminación, ventilación, etc.), luz natural y artificial adecuada a las necesidades del hogar.
- Casa propia y familiar
- Construcción: concreto
- Número de habitaciones: tres recamaras, sala-comedor y cocina.
- Animales domésticos: un perro

Servicio sanitario

- Agua: intradomiciliaria, suficiente, día y noche.
- Control de basura: recolección diaria
- Eliminación de desechos: drenaje
- Iluminación: todas las habitaciones y alumbrado público.
- Pavimentación: todas las calles

Vías de comunicación

- Teléfono particular
- Medios de transporte: autobús, metro, camión, taxi
- Recursos para la salud: médico particular, S.S.

Hábitos higiénicos: aseo: baño diario, lavado de manos las veces necesarias y lavado bucal tres veces al día o las necesarias, cambio de ropa diario.

Alimentación desayuno: leche, cereal, una pieza de pan, fruta

Comida: sopa, carne (tres veces por semana), agua, frijoles y fruta

Cena: pan, café o leche

Eliminación:

Vesical: hasta tres veces al día de color amarillo cristalino, de olor característico.

Intestinal: una vez al día de color y olor característico.

Descanso: por las tardes y noche sueño tranquilo

Composición familiar

Parentesco	Edad	Ocupación	Participación económica
Padre	52	Obrero	\$ 6.000 mensuales
Madre	48	Hogar	Ninguna
Hijo	25	Ingeniero en sistemas	\$ 15.000 mensuales
Hija	24	Secretaria	\$ 8.000 mensuales

Dinámica familiar: hay comunicación adecuada con sus padres así como con su hermana.

Dinámica social: tiene amigos (as), así como convivencia con vecinos y compañeros de trabajo.

Comportamientos: se considera una persona sociable, animada, con metas y proyectos.

Rutina cotidiana: levantarse temprano, 6:00 a.m. hacer ejercicio, ducharse, desayunar e ir a trabajar 9: 00 a 17:00 hs ver televisión, ir al cine o salir de vez en cuando con los amigos.

Problema actual: meningioma (neoplásia de hoz cerebral grado I). El paciente narra que inicio hace tres meses con dolores de cabeza, estos fueron incrementandose más a finales de septiembre, el dolor no cedía con analgésicos asiste a médico particular quien decide referirlo al INNN, en donde le realizan exploración neurológica, TAC.

Antecedentes familiares patológicos: diabetes mellitus padre: cardiopatía; madre: con obesidad, su abuela materna muere de cáncer.

Antecedentes personales patológicos: cuadros frecuentes de faringoamigdalitis de niño, inicia hace tres meses con dolores de cabeza y es diagnosticado neoplásia, la cual requiere tratamiento quirúrgico, que es el motivo de su estancia hospitalaria.

Comprensión y/o comentario acerca de su padecimiento: está muy optimista y con mucha i.e. a que todo va a salir bien, ya que el médico le ha explicado, que puede reincorporarse a sus deberes en un mes después de la cirugía.

Participación del paciente y la familia en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación: lo visitan diariamente y están al pendiente de sus necesidades, comentan su padecimiento con el médico, tratando siempre de mantenerse informados de la evolución del paciente, se le brinda apoyo, seguridad y tranquilidad a G.H.M.

Exploración física

Habitus exterior: persona del sexo masculino de edad aproximada a la cronológica (25 años), con actitud somática adaptada, con nebulizador, actitud psicológica: inquieto e intranquilo, por molestia oro traqueal, con ligero déficit sensitivo de hemicuerpo izquierdo, coeficiente intelectual de 8.5, de nivel socioeconómico medio, originario del D.F., la marcha no se puede apreciar porque está en las primeras 24 hs de posoperado.

Aspecto emocional: se muestra inquieto al tener dolor en lado de la herida quirúrgica y manifiesta que después de la cirugía no ha visto a sus familiares, tiene molestias en garganta para deglutir, así como de lado izquierdo de su cuerpo no hay mucha fuerza. Aquí se le ha explicado que las visitas son después de las 15:00 hs el baja de recuperación a las 10:00 hs, que duerma y este tranquilo ya que no deben tardar sus familiares.

Somatometría: peso: 70 kg, talla 1.75 cm, pulso 88 min, ritmo regular, respiraciones 22 min , temperatura 36.5°C, tensión arterial 120/80 mm/hg.

Piel: tegumentos con ligera pálidez, pero de buen aspecto, con sensibilidad al dolor.

Palpación: no se realiza palpación de cabeza por el procedimiento quirúrgico, a la observación cráneo normocéfalo con herida quirúrgica de lado derecho, con vendaje tipo capelina y baja de recuperación con drenaje bilateral 1: subgaleal 2: subdural, con colección de líquido hemático más en el drenaje de tipo subgaleal aproximadamente de 50 ml. En el de tipo subdural de 30 ml, con ligera rigidez de cuello.

Ojos: sin presencia de inflamación; hidratación y coloración aceptables, con equilibrio muscular, con pupilas isocóricas normoreflexicas, con muy buena agudeza visual.

Nariz: sin desviación del tabique nasal, sin datos de secreción.

Boca: mucosas hidratadas, se aprecian todas sus piezas dentales, sin datos de gingivitis y estomatitis, sólo refiere ligero dolor al deglutir sus líquidos claros. Aquí se le explica que estuvo orointubado durante algunas horas para el procedimiento quirúrgico, que quizás está es la causa, y que va a disminuir la molestia.

Garganta: se le pide que abra la boca para observar la garganta y ver cuál es la causa de la molestia; se aprecian las dos amígdalas sin datos de inflamación, faringe con buena coloración y úvula central.

Oídos: izquierdo y derecho de características normales, con buena audición.

Cuello: con ligera molestia al movimiento, aquí se le explicó que es por el tiempo que estuvo su cabeza en determinada posición por la cirugía, no se palpan ganglios submaxilares, submentonianos, cervicales, retroauriculares. Con pulsaciones carótidas adyacentes a la traquea que cruzan la línea media del músculo esternocleidomastoideo, se puede sentir, pulsar, pero no se les puede ver, las venas yugulares internas y externas son laterales al músculo esternocleidomastoideo; inmediatamente por arriba de la clavícula, se las puede ver pero no se pueden sentir y pulsar, con buena localización traqueal.

Tórax: con simetría de movimientos respiratorios, a la auscultación se pueden apreciar sonidos de tonalidad regular y de duración igual regular por el paso de aire a través de los alvéolos, con 22 respiraciones por minuto, sin datos de estertores.

Corazón: con aceptable ruidos cardiacos, se escucha muy bien, con buen ritmo y regularidad en cuanto a la sístole y diástole de 88 por min.

Abdomén: no se palpan presencia de masas anormales, con adecuados ruidos peristálticos que se producen por el paso del aire y líquido a través del estómago e intestinos,

percudiéndose y palpándose vejiga llena.

Extremidades miembros superiores: simétricos, con catéter largo y central miembro superior izquierdo, conectado a solución de base para 18 hs, a 60 cc por hora con bomba de infusión; (ya que ha tolerado líquidos v.o.), con parche en arteria radial ya que tenía línea arterial para toma de muestras de laboratorio durante y después de la cirugía para controles de laboratorio. Y a piso bajan sin líneas arteriales, sólo venosas, con falanges digitales: meñique cordial, anular, índice y pulgar con muy buen llenado capilar, se palpa adecuado pulso radial, cubital y braquial aceptable crecimiento de las uñas de ambas manos.

Miembros inferiores: simétricos, sólo refiere tener levemente disminuida la fuerza en miembro inferior izquierdo.

Datos complementarios

Exámenes de laboratorio

Fecha: 25 de octubre de 2007

Hematología:	paciente	normal
Hemoglobina	14	14 - 15
Hematocrito	40	38 - 40
C.M.H. C.	36.8	36 - 38
Leucocitos	5.000	4000 - 6000

Nota: las cifras de los componentes sanguíneos están en límites normales, muy bien controlados durante el procedimiento quirúrgico.

Química sanguínea

Componente	cifra %	normal %
Química	114 mg	76 - 115 mg
Urea	28 mg	20 - 40 mg
Creatinina	0.8 mg	0.8 - 1.5 mg
Bilirrubinas totales	0.6 mg	0.6 - 1.7 mg
Bilirrubinas indirecta	0.4 mg	0.1 - 1.0 mg
Colesterol	165 mg	131 - 300 mg
Proteínas totales	6.3 g	6.4 - 8.4 g
Albuminas	4.0 g	3.8 - 5.0 g
Globulinas	2.3 g	2.5 - 3.0 g

Exámenes de gabinete

- **Rayos X de tórax:** la traqueotomía es central, la silueta cardiaca de tamaño y contorno normales. Los senos cortos y cardiofrénicos se muestran libres y las estructuras óseas visibles de tejidos blandos, no muestra alteraciones.
- **Tomografía axial computarizada:** tomografía simple y contrastada de la base de la convexidad, identificándose las estructuras óseas y cavidades neumáticas de aspecto normal, se aprecian ventrículos de tamaño normal, así como zona de calcificación intracraneana con la administración

de medio de contraste se refuerza en forma intensa en los repliegues aracnoideos tanto de la parte media, en la hoz del cerebro y desplazando en la unión fronto-temporal.

CONCLUSIÓN PARTICULAR

Probable meningioma de la hoz, de origen a determinar cráneo, hipertensivo.

Proceso de atención de enfermería. Proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería. Asegura la atención individualizada.

OBJETIVO

Proporcionar un sistema que pueda cubrir las necesidades individuales del paciente, familia y comunidad.

Ventajas del proceso de atención de enfermería: a la persona le permite participar en su propio cuidado; garantizando la respuesta a sus problemas reales y potenciales, ofreciendo atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo

con la priorización de sus problemas. El uso del proceso de atención de enfermería da como resultado un plan que describe las necesidades de atención y cuidados de enfermería para cada sujeto de atención.

Indicadores del proceso de enfermería: el propósito del proceso es dar un marco de referencia dentro del cual las necesidades del sujeto de atención, familia y comunidad puedan ser atendidas en forma integral¹⁹. Se organiza en cinco fases secuenciales, aunque en la práctica pueden darse simultáneamente. El proceso de atención que tiene como propiedades ser más dinámico, flexible, continuo, individualizado, participativo y con un fin determinado. Además, se debe basar en un marco teórico.

Fases del proceso de atención de enfermería

Como se mencionó con antelación, el proceso se organiza en cinco fases cíclicas interrelacionadas y progresivas: **1.** Valoración. **2.** Diagnóstico de enfermería. **3.** Planeación. **4.** Ejecución-intervención, y **5.** Evaluación²⁰.

Problema	Diagnóstico de enfermería	Meta	Órdenes de enfermería	Evaluación	Revaloración
Incapacidad para eliminar secreciones	Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c abundancia y viscosidad de las secreciones	Mejorará la permeabilidad de la vía aérea en 72h	Aumentar la ingesta de líquidos a 2 o 3 L al día, si no hay contraindicación Enseñar el método correcto para la tos eficaz	Utiliza el método correcto para realizar la tos eficaz La tos es productiva	Si las intervenciones de enfermería no resuelven totalmente el problema, agregar la realización de drenaje postural, percusión y vibración Revisión médica
Incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria (AVD)	Intolerancia de la actividad r/c inadecuada oxigenación y fatiga	En una semana será capaz de realizar las AVD sin manifestar fatiga	Evitar actividades y factores que aumentan la demanda de oxígeno (temperatura extrema, estrés y otros) Recomendar técnicas de ahorro de energía Acompañarlo en las actividades que demandan esfuerzo Aumentar gradualmente las actividades según tolerancia Enseñar técnicas de respiración eficaz Después de la actividad buscar respuestas anormales al aumento de la actividad (taquípnea, taquicardia, hipotensión o vértigo)	Realiza las AVD. Sin fatiga No presenta respuestas anormales con las AVD Coordina las actividades con la respiración eficaz	
Ansiedad	Ansiedad r/c dificultad para respirar	En dos días expresará sentirse más tranquilo	No dejarlo solo durante los periodos de dificultad respiratoria Animarlo a usar las técnicas respiratorias durante los momentos de ansiedad aguda Enseñarle técnicas de relajación cortas y sencillas Proporcionar un ambiente tranquilo y seguro	Expresa aumento en su nivel de bienestar psicológico y fisiológico Se observa Tranquilo	Si no se logra la meta: reducir estímulos ambientales para favorecer la relajación Ofrecer ayuda si la necesita Enseñarle a concentrarse en la respiración diafragmática con labio fruncido

CONCLUSIONES

Además, de los diagnósticos de enfermería desarrollados en el ejemplo, deben explorarse otros problemas comunes en las personas con esta enfermedad, de los cuales pueden surgir otros diagnósticos de enfermería como pueden ser: **1.** Riesgo de alteración de la nutrición (por defecto r/c anorexia secundaria a disnea, halitosis y fatiga), **2.** Alteración de la comunicación verbal r/c disnea, **3.** Trastornos del patrón del sueño r/c tos e incapacidad para adoptar la posición de decúbito y **4.** Riesgo de alteraciones del mantenimiento de la salud r/c conocimiento insuficiente del problema, tratamiento farmacológico, prevención de la infección, tratamiento nutri-

cional, descanso y actividad, ejercicios respiratorios y cuidados domésticos. Después de identificar y priorizar los problemas, se debe recurrir a una lista actualizada de diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA, para proceder a elaborar los diagnósticos pertinentes.

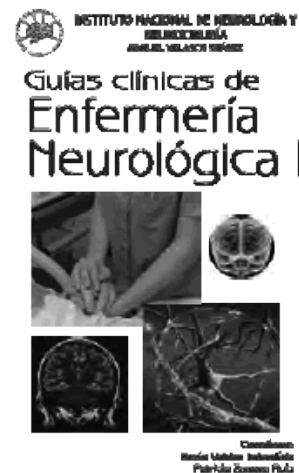
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Marriner-Tomey Ann, Raile Alligow Martha. Modelos y teorías en enfermería. 6a. Ed. Harcourt Brace. España 2007.
- Grooper L. Promoting health by promoting comfort. *Nursing Forum* 1992;27(2):5-8.
- Kolcaba K. An analysis of the concept of comfort. *Advanced Nursing* 1991a;16:1301-10.

4. Kolcaba K. The art of comfort care. Image: *Nursing Scholarship* 1995;27(4):287-9.
5. Kolcaba K. A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing* 1994; 6(19):1178-84.
6. Kolcaba K, Fischer E. A holistic perspective on comfort care as an advance directive. *Critical Care Nursing Quaterly* 1996;18(4):66-76.
7. Roger P, Michael J. *Neurología Clínica*. Ed. El Manual Moderno. México, D.F.
8. Decq P, Keravel, Velasco F. *Neurocirugía*. 1ª Edición Ed. Marketing/Elipses. París Francia. 2000.
9. Hernández Sampieri Roberto. *Metodología de la Investigación* 4ª Ed. Editorial Mc Graw – Hill. Interamericana. México 2006.
10. Iyer P, Tapich B, Bernocchi-Losey D. *Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería*. México: Interamericana McGraw-Hill; 1993:13.
11. López P. Proceso de enfermería. *Rev Iberoamericana de Geriatría y Gerontología* 1994;10:37-8.
12. Atkinson L, Murray ME. *Proceso de atención de enfermería*. 2ª ed. México. El Manual Moderno; 1983.
13. Luis Ma.Teresa. *Diagnósticos de enfermería. Aplicación práctica. Revisión Crítica y guía práctica*. 7ª Edición Editorial Masson.1991.

Guías clínicas de enfermería neurológica y planes de cuidados de enfermería neurológica, neurocirugía y neuropsiquiatría

Las guías clínicas de enfermería neurológica I, señalan la relevancia que la profesión cobra en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, son una aportación para la disciplina en la atención y cuidado que se brinda a la persona con problemas neurológicos o que tienen relación con las neurociencias, estas guías favorecen la calidad de atención y la mejor satisfacción en las personas que requieren cuidado especializado. Están coordinadas por la MRN. Rocio Valdez Labastida Subdirectora de Enfermería y la M. en Admón. Patricia Zamora Ruíz Coordinadora Clínica; ofrecen temas innovadores de acuerdo a los indicadores de calidad con el propósito de evaluar los servicios de enfermería en su dimensión técnica e interpersonal. Integradas por: La guía *Trato Digno* presentada por Ma. Guadalupe Nava Galán, Evento Adverso presentada por Beatriz Trejo Casañas. Prevención de Caídas por Patricia Zamora Ruíz, Nayeli Delgado Cobarrubias y Edith Vilchis Mora; Administración de Medicamentos vía oral e intravenosa por Dolores García Salinas; Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión la elabora Araceli Sánchez Ramos; Impregnación con Difenilhidantoina y Valproato de Magnesio a pacientes que presentan Crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas por Patricia Zamora Ruíz y por Martha E. Castillo Trejo; Preparación de Anfotericina B en pacientes con Criptococosis por Montserrat Castelán Flores; Terapia Triple H por Magdalena Castillo Pérez; Neuronavegador por Alejandra Ibarra Rangel; Bolo de Metilprednisolona por Rosalba Reyes Araujo, Patricia Zamora Ruíz y Ana Lilia López Velásquez, estas guías muestran un marco teórico, referencial así como el procedimiento y flujograma de trabajo que desarrollan día a día los profesionales de enfermería del Instituto.



De la misma manera, se destaca la publicación paralelamente de los Planes de Cuidado en Enfermería, que ponen de manifiesto el compromiso de los profesionales que buscan favorecer el cuidado, de la más alta calidad y con el profesionalismo de acuerdo a los avances tecnológicos y científicos, que se enfrentan para proporcionar cuidado, la subdirección de enfermería de este Instituto está a la vanguardia del conocimiento enfermero, por ello la Dirección de Enfermería de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, que coordina la Comisión Permanente de Enfermería y con reconocimiento como integrante del Comité Nacional por la Calidad de Salud, asumió el compromiso de trabajar en el proyecto de estandarización de los planes de cuidados de enfermería en respuesta a la directriz señalada en el Programa Nacional de Salud 2007-2010, respecto a la conveniencia de utilizar guías de práctica clínica y protocolos de atención como

elementos indispensables para certificar la calidad de los servicios de salud y brindar seguridad a las personas atendidas en el INNN. Consecuencia de esto y de la Primera Jornada Técnica de Planes de Cuidados de Enfermería Estandarizados (PLACE'S) llevada a cabo en el 2008. La Dirección General de Calidad y Educación en Salud emitió la instrucción 103/2008 y con ello el compromiso público de Sicalidad para apoyar la institucionalización del Proceso Enfermero, a fin de profesionalizar el cuidado e incorporar a través del uso de sistemas estandarizados para identificar el estado de salud o los problemas de la persona, familia o comunidad, para poder prevenir, resolver o reducir mediante actividades independientes del profesional de enfermería. La

Dirección de Enfermería ve la importancia para las instituciones de diseñar e implementar planes estandarizados de cuidados de enfermería como instrumento de trabajo diario, tiene como propósito llevar a cabo atención eficiente y eficaz estandarizada, éstos se diseñan a partir de NANDA, NIC y NOC.

Estos planes también fueron coordinados por la subdirectora MRN Rocio Valdez Labastida y la M en Admón. Patricia Zamora Ruíz, Coordinadora Clínica; quien además de coordinar, elaboro en conjunto con el grupo de enfermeras expertas en neurología, neurocirugía y neuropsiquiatría: Angélica María de la Cruz Hernández, Olga Hernández Cruz e Irene Carrasco Palafox así como por Araceli Sánchez Ramos y Estela Pineda Ensaldo y por la Enf. Psiquiatra Maribel Pérez Martínez.

Se les hace extensivo el reconocimiento a quienes participaron en la elaboración de las Guías de Enfermería y de los Planes de cuidados, ya que su aportación es muy valiosa para los profesionales de enfermería del INNN y de otras instituciones de salud; así como, para todo aquel profesional que contribuya en la calidad sirviendo de apoyo para el cuidado especializado.

Lic. Enf. Ma. Guadalupe Nava Galán