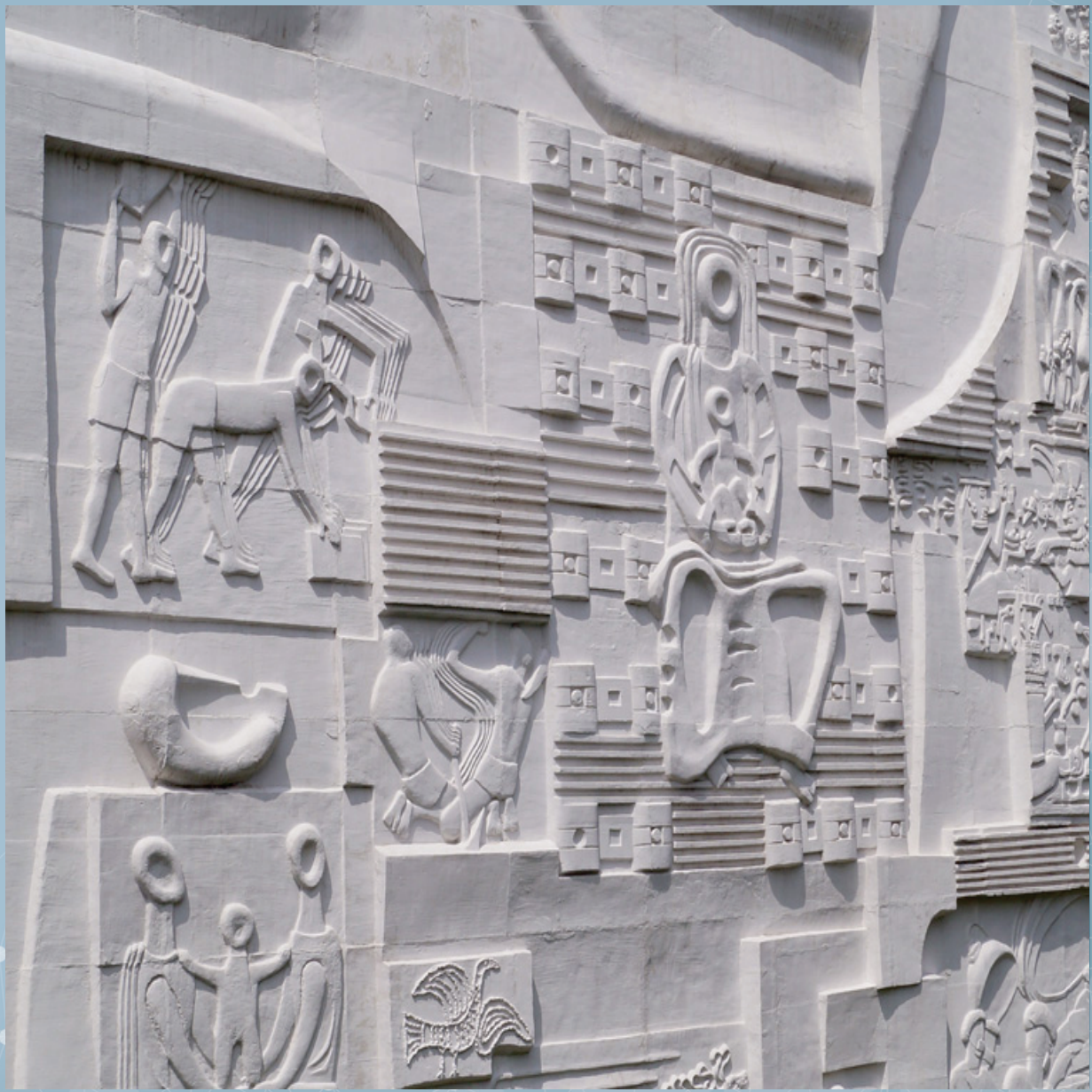


INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA

Manuel Velasco Suárez



Revista de Enfermería Neurológica



ISSN - 1870-6592 • Indexado en: Base de datos CUIDEN (Granada, España)

septiembre - diciembre 2017

Vol. 16 **N.3**

Revista de Enfermería Neurológica

Presidente emérito	Dr. Julio Sotelo Morales
Fundadora de la revista	Lic. Hortensia Loza Vidal
Directora Ejecutiva	MRN Rocio Valdez Labastida
Editora	MCE. Angélica Guadalupe Dávalos Alcázar
Editores asociados	Dra. Teresa Corona Vázquez
Consejo editorial	Dr. Miguel Ángel Celis López Dr. Adolfo Leyva Rendón Dr. Pablo León Ortiz Dra. Ma. Lucinda Aguirre Cruz
Tecnología de la información	MTI. Manuel Iván Castro Méndez
Traductores	Jose David López García Alejandro Belmont Molina
Asesor externo	Lic. Lizeth Pliego Delgado
Diseño y formación editorial	Ana Esther Moreno Esparza

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez
Revista de Enfermería Neurológica (México) 2017

Presenta material científico que deriva de la investigación relacionada con las neurociencias en enfermería. Esta revista inicia su publicación en enero del año 2002. Publicación cuatrimestral. Editada por la Subdirección de Enfermería. Los manuscritos para publicación, correspondencia relativa al material editorial y cartas al editor, se enviarán a la coordinación de investigación en enfermería a la MCE. Angélica Guadalupe Dávalos Alcázar, en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, con domicilio en: Av. Insurgentes Sur #3877, Col. La Fama, 14269, Tlalpan, México, Distrito Federal; Teléfono (55) 5606 3822 Ext. 1062, 1063, 2099 y 5031. Planta Baja Edificio de Investigación sociomédica, laboratorio de investigación en enfermería. Todos los artículos recibidos son propiedad de la Revista de Enfermería Neurológica; no significa compromiso de esta para con los productos del titular por escrito. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2004-05117043800-102, ISSN 1870-6592, ambos otorgados por el Instituto Nacional de Derechos de Autor, Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2014-120917534200-203 para Enfermería Neurológica en Línea ISSN L "En trámite". Todos los derechos reservados 2014. Esta página puede ser reproducida con fines no lucrativos, siempre y cuando no se mutile, se cite la fuente completa y su dirección electrónica <http://www.revenferneuroenlinea.org.mx/>. De otra forma requiere permiso previo por escrito de la institución. coord.invenf@innn.edu.mx; revenf.neurol@gmail.com; revenf.neurol@revenferneuroenlinea.org.mx

Diseñada, producida e impresa en México por Concepto28. Tels.: (55) 3116 9084 y (55) 1014 3955 correos electrónicos: ricardo.garcia@concepto28.com y alejandromachorro@concepto28.com
Indizada en CUIDEN, LILACS y BVS Enfermería Regional



Revista de Enfermería Neurológica

Comité Editorial

Comité Institucional

EEN. Alejandro Belmont Molina
MHEO. Alejandra Ibarra Rangel
MCE. Angélica Guadalupe Dávalos Alcázar
MEE. Araceli Sánchez Ramos
MRN. Irene Quiza Tomich
MRN. Rocio Valdez Labastida
MEE. Ma. Guadalupe Nava Galán
M. en C. Belinda de la Peña León

Nacional externo

Dra. Laura Morán Peña
Presidenta de la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería ALADEFE
Dr. Juan Pineda Olvera
Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM
Dra. Susana González Velázquez
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM
Dra. Silvia Crespo Knopfler
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM
Mtra. Sylvia Claudine Ramírez Sánchez
Instituto Mexicano del Seguro Social Siglo XXI
MEE. Rosa A. Zárate Grajales
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM
Dr. Luis Manuel Fernández Hernández
Universidad Tecnológica Nezahualcóyotl
Mtro. Héctor Nebot García
Academia Nacional Mexicana de Bioética A. C.
Mtro. Gerardo Pluma Bautista
Universidad Tecnológica Nezahualcóyotl
Dra. Sofía Echeverría Rivera
Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de San Luis Potosí



Revista de Enfermería Neurológica

Comité Editorial

Dra. Martha Landeros López

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Dra. María Candelaria Betancourt Esparza

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Dra. Alejandra Hernández Castañón

Universidad Autónoma de Querétaro

Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis

Universidad Autónoma de Nuevo León

Dr. Erick Alberto Landeros Olvera

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Puebla

Mtra. Adela Alba Leonel

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM

Dra. María Luisa Leal García

Universidad de Querétaro

Dra. Ma. Belén Fernández Fuentes

Escuela Nacional de Biblioteconomía y Archivonomía

Dra. Martha Ranauro García

Universidad de San Luis Potosí

Mtra. Beatríz Carmona Mejía

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM

Dr. Ariel Alejandro Rodríguez García

Universidad Nacional Autónoma de México

Dra. María Teresa Rojas Rodríguez

Universidad Nacional del Estado de México

Dra. Gandhi Ponce Gómez

Universidad Nacional Autónoma de México

Dr. Ernesto Roldan Gómez

Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Panamericana

Revista de Enfermería Neurológica

Comité Editorial

Comité Internacional

Dr. Oscar Alberto Beltrán Salazar

Universidad de Antioquia Colombia

Dra. Ana Luísa Petersen Cogo

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Epartamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Umpiérrez

Dra. Maria Helena Palucci Marziale

Prof. Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo Centro Colaborador OMS para OMS Desenvolvimento de Pesquisa em Enfermagem Coordenadora

Dra. Sandra Valenzuela Suazo

Universidad de Concepción Chile

Dra. Edith Rivas Riveros

Universidad Andrés Bello, Chile

Dr. Augusto Ferreira Umpiérrez

Prof. Titular Investigador Departamento de Áreas Clínicas, Director Revista Enfermería: Cuidados Humanizados Universidad Católica del Uruguay Montevideo, Uruguay

Ma. José López Montesinos

Directora del Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería. Universidad de Murcia España

Isabel Amélia Costa Mendes

Professor Titular Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo Director, WHO Collaborating Centre for Nursing Research Development, Brazil

Monica Isabel Hanna Lavalle

Universidad de Cordova Colombia

Mag. Rossana Tessa

Profesor adjunto/ Facultad de Enfermería. Universidad Católica del Uruguay

Dra. María Clara Quintero Laverde

Universidad de la Sabana, Colombia

Dra. Rafaela Camacho Bejarano

Universidad de Huelva, España

Mtra. Anabel Sarduy Lugo

Universidad Estatal Península de Santa Elena, Ecuador

Mtra. Mirelys Sarduy Lugo

Sociedad Cubana de Enfermería en Villa Clara Cuba

Contenidos

Artículo original DELIRIO EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	129 - 136
Artículo original LIDERAZGO DE LA ENFERMERA SUPERVISORA EN LA MOTIVACIÓN DEL PERSONAL DE ATENCIÓN DIRECTA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL EN ICA, PERÚ	137 - 144
Artículo original FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON <i>CLOSTRIDIUM DIFFICILE</i> EN ADULTOS Y NIÑOS CARDIÓPATAS HOSPITALIZADOS EN UNA INSTITUCIÓN DE ALTA ESPECIALIDAD	145 - 157
Artículo original CONSULTORÍA EN ENFERMERÍA, UNA ESTRATEGIA DE CUIDADO AVANZADO	158 - 165
Artículo original PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A LA CLÍNICA UNIVERSITARIA REFORMA	166 - 174
Artículo original FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PARTICIPACIÓN EN CURSOS DE EDUCACIÓN CONTINUA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA	175 - 181
Caso clínico PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A USUARIO CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA POSTRAUMÁTICA USANDO EL MODELO AREA	182 - 189
NORMAS PARA AUTORES	190 - 191

Contents

129 - 136

Original article

DELIRIUM IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME IN AN INTENSIVE CARE UNIT

137 - 144

Original article

LEADERSHIP OF THE SUPERVISOR NURSE IN THE MOTIVATION OF DIRECT CARE STAFF IN A HOSPITAL OF SECOND LEVEL IN ICA, PERU

145 - 157

Original article

RELATED RISK FACTORS TO *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* IN CHILDREN AND ADULT WITH HEART DISEASES, HOSPITALIZED IN A HIGH SPECIALTY INSTITUTION

158 - 165

Original article

NURSING CONSULTING, AN ADVANCED CARE STRATEGY

166 - 174

Original article

PERSPECTIVE OF THE QUALITY OF LIFE IN THE ELDERLY WHO ATTEND THE CLINIC UNIVERSITARIA REFORMA

175 - 181

Original article

ELEMENTS THAT INFLUENCE THE PARTICIPATION OF NURSING STAFF IN CONTINUOUS EDUCATION COURSES

182 - 189

Clinical case

NURSING PROCESS APPLIED TO USER WITH POSTUMATIC SUBARACNOIDAL HEMORRHAGE USING THE AREA MODEL

190 - 191

RULES FOR AUTHORS

Editorial

LAS BUENAS PRÁCTICAS EDITORIALES EN LA PRODUCCIÓN Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO EN ENFERMERÍA.

...la ciencia que no se publica no existe,
y lo que no se publica y se difunde no es ciencia.
Informe APEI 2013¹

Cada vez es más claro para quienes formamos parte de los grupos de trabajo de enfermería la necesidad (e incluso obligatoriedad) de la difusión, apropiación y aplicación del conocimiento producido por las y los propias/os enfermeras/os.

De manera particular, la difusión toma importancia a partir de la segunda década del siglo XX cuando, en 1952, se publica en Estados Unidos de Norteamérica la primera revista de investigación en enfermería, *Nursing Research*,² y años más tarde la Revista Latino-Americana de Enfermería (Rev. Latino-Am. Enfermagem) la cual ve la luz por primera vez en el año 1993³. Esta última se ha convertido, en el ámbito Latinoamericano e Iberoamericano, en una importante vía para que el personal de enfermería de a conocer la producción de conocimiento.

Para el caso de México las aún escasas revistas de enfermería de carácter científico que existen se han congregado, desde hace algunos años, en torno a un grupo de trabajo denominado Red Mexicana de Editores de Revistas Científicas de Enfermería (Red MERCE), el cual ha sido la base para el desarrollo conjunto; buscando alcanzar estándares de calidad, sustentados en buenas prácticas editoriales, que posibiliten un conocimiento publicado válido y confiable, para la toma de decisiones del profesional de enfermería dentro y fuera de nuestro país.⁴

Acorde con el Committee on Publication Ethics (COPE),⁵ *la honestidad intelectual debe ser alentada activamente en todos los cursos de estudio médicos y científicos, de igual manera la ética en la publicación a fin de evitar y saber que hacer cuando hubiere mala conducta editorial...*

En una breve reflexión alrededor de este planteamiento, podemos darnos cuenta de que no es suficiente con *querer publicar* sino que, para hacerlo, es necesario conocer y seguir una serie

de recomendaciones que, idealmente, los propios editores de las revistas deben difundir a través de diferentes medios (en sus normas de publicación, en sus políticas editoriales, dentro de su propia página web, etc.) y que atañen a los involucrados, a lo largo del proceso editorial, (autores, revisores y editores) su cumplimiento.

Es importante señalar que cuando una persona presenta un manuscrito para su evaluación, y posible publicación, éste representa prácticamente el final del proceso investigativo (qué se pretendía alcanzar, cómo se llevó a cabo y cuáles fueron sus resultados y conclusiones) y, lo que se evalúa de forma prioritaria es el cumplimiento de estándares metodológicos, acorde al diseño y tipo de estudio, así como el del respeto a la ética que debió haberse seguido en todo el estudio. Es contradictorio pues la mayoría de estos aspectos están sustentados y dan cuenta del trabajo realizado desde el inicio hasta el final del mismo.

En cuanto a las recomendaciones para autores, revisores y editores, éstas habitualmente se van actualizando. De manera general incluyen aspectos relativos a; *autoría, diseño del estudio y aprobación ética, análisis de datos, conflicto de intereses, el proceso de revisión por pares (peer review), publicación redundante, plagio, deberes de los editores, relaciones con los medios, publicidad y cómo tratar con la mala conducta (si la hubiere) en los involucrados así como cuáles son las directrices a seguir para enviar un manuscrito para su evaluación y posible publicación en una revista.*^{5,6}

Dado el avance de la enfermería en los diferentes ámbitos de ejercicio profesional, podemos afirmar hoy día que nada nos excluye como autores, revisores o editores e incluso, como lectores, de conocer y aplicar las pautas de buenas prácticas



que debemos seguir para la producción y difusión de un conocimiento válido y confiable pues, como ya se comentó, en múltiples ocasiones éste va a ser la base para la toma de decisiones en los diferentes escenarios donde desarrolla su labor el personal de enfermería.

Tomando en cuenta todo lo ya señalado, las editoras y editores de las Revistas Científicas de nuestro país deben asumir la responsabilidad de cumplir, y hacer cumplir, los lineamiento y estándares nacionales e internacionales en materia de publicación ya que, *las publicaciones científicas tienen un papel preponderante y significativo donde la ética y los valores se transforman en la clave de su calidad*⁷ lo cual, a su vez, es la base para la responsabilidad social de estas publicaciones. Lo anterior, sin perder de vista también el arduo trabajo que implica la

*dinámica operativa y estratégica de investigadores, autores de las publicaciones, árbitros, equipo de asistentes, revisores expertos, consejo científico de la revista, equipo editor, además de los organismos o instancias proveedoras del financiamiento y de los diferentes índices que evalúan las revistas con su clasificación establecida, sin olvidar el trabajo editorial de montaje e impresión.*⁷

De esta manera la labor de los editores de revistas, sustentada en los paradigmas de calidad y ética, requiere de la participación consciente y decidida de todos los implicados para una mayor y mejor producción y difusión del conocimiento en enfermería.

Mtra. Reyna Matus Miranda
Profesor de Carrera Asociado C
ENEO - UNAM

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baiget, T., Torres-Salinas D. Informe APEI sobre publicación en revistas científicas. Gijón: Asociación Profesional de Especialistas en Información. pdf 2013. Disponible en: <https://goo.gl/uJ9tp2>
2. Nursing Research. sitio oficial. Disponible en <http://bit.ly/2y7ES4Z>
3. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Sitio oficial. <http://bit.ly/2ICA4O3>
4. Matus-Miranda R. La Red Mexicana de Editores de Revistas Científicas de Enfermería y su responsabilidad en la difusión del conocimiento. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2017;25(4):241-3. Disponible en <http://bit.ly/2yM8rZc>
5. Committee on Publication Ethics (COPE). Directrices sobre buena práctica de publicación, 1999. <http://bit.ly/2lyoQLs>
6. INTERNACIONAL COMMITTEE of MEDICAL JOURNAL EDITOR (ICMJE). Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals. Updated December 2016. <http://bit.ly/1UIMDZz>
7. García GBC. Ética y valores en la responsabilidad social universitaria desde las publicaciones científicas. Visión de conjunto desde *Multiciencias*. Multiciencias. 2013; 13(3): 227-228. Disponible en: <http://bit.ly/2yj3mZ6>



DELIRIO EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

DELIRIUM IN PATIENTS
WITH ACUTE CORONARY
SYNDROME IN AN INTENSIVE
CARE UNIT

Recibido: 27 marzo 2017
Aceptado: 20 diciembre 2017

Correspondencia:
Mónica Hanna Lavallo
Barrio La Castellana
calle 61 cra 13B Montería - Córdoba - Colombia
correo electrónico: mhanna@correo.unicordoba.edu.co

Autores:

Mónica Hanna-Lavallo

*Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad de Córdoba - Colombia
Docente programa de Enfermería
Universidad de Córdoba
Magister en Ciencias Económicas*

Concepción Amador-Ahumada

*Docente Programa de Enfermería
Universidad de Córdoba - Colombia
Magister en Enfermería*

Eduardo Thorrens-Romero

*Docente Programa de Bacteriología
Universidad de Córdoba
Magister en Salud Pública*

Palabras clave: delirium, incidencia, síndrome coronario agudo.

Key words: delirium, incidence, acute coronary syndrome.

RESUMEN

Introducción: el delirio es una variación aguda del estado de conciencia, frecuente en unidad de cuidado intensivo (UCI). Su incidencia varía, presentando diferentes características clínicas correlacionadas.

Objetivo: determinar la incidencia de delirio en pacientes con Síndrome Coronario Agudo (SCA) en una UCI, las características clínicas asociadas, y su correlación con el grado de severidad de la enfermedad.

Material y métodos: estudio descriptivo, prospectivo, cuantitativo. Se aplicó herramienta diagnóstica CAM-ICU, a 24 pacientes para detectar la presencia de delirio en casos de síndrome coronario.

Resultados: la incidencia de delirio estimada fue de 4 casos por cada 1000 de Síndrome Coronario Agudo; la edad promedio para pacientes con delirio fue 67 años. El valor de Cramér's V obtenido de 0.589 sugiere una moderada relación entre "X" (la situación clínica medida con Apache II) y "Y" (la presencia de delirio identificada con CAM-ICU); al igual que la relación entre el delirium y la evaluación objetiva de la gravedad utilizando la escala APACHE-II (Phi 283).

Conclusión: el delirio fue una manifestación neurológica de baja incidencia entre los pacientes con SCA internados en UCI; el coeficiente de Cramér's V obtenido indicó intensidad moderada en la asociación estadística entre delirium y severidad del cuadro clínico.

Palabras clave: delirium, incidencia, síndrome coronario agudo.

ABSTRACT

Introduction: delirium is an acute variation of the state of consciousness, common in intensive care unit (ICU). Its incidence varies, presenting different correlated clinical characteristics.

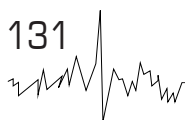
Objective: to determine the incidence of delirium in patients with acute coronary syndrome (ACS) in an ICU, the associated clinical characteristics, and its correlation with the severity degree of the disease.

Material and methods: descriptive, prospective, quantitative study. A diagnostic tool CAM-ICU was applied to 24 patients to detect the presence of delirium in cases of coronary syndrome.

Results: the estimated incidence of delirium was 4 cases per 1000 of Acute Coronary Syndrome; The average age for patients with delirium was 67 years. The value of Cramér's V obtained from 0.589 suggests a moderate relationship between "X" (the clinical situation measured with Apache II) and "Y" (the presence of delirium identified with CAM-ICU); As well as the relationship between delirium and objective assessment of severity using the APACHE-II Scale (Phi 283).

Conclusion: delirium was a neurological manifestation of low incidence among patients with ACS admitted to the ICU. The coefficient of Cramér's V obtained indicated moderate intensity in the statistical association between delirium and severity of the clinical picture.

Key words: delirium, incidence, acute coronary syndrome.



INTRODUCCIÓN

El delirio según el manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales V edición (DSM-V),¹ se define como una alteración de la conciencia, con cambios cognitivos y perceptuales, los cuales se presentan en horas o días y un curso fluctuante en el tiempo, "que no se explica por la existencia de una demencia previa o en desarrollo".¹

Autores como Roberts et al,² se han referido al papel que juega enfermería, en la evaluación de los aspectos cognitivos, puesto que la detección del delirium ofrece una oportunidad de revertir alteraciones que originan esta sintomatología reduciendo, con acciones de cuidado directo, y sus complicaciones y sus consecuencias inmediatas relacionadas con mortalidad, así como los días de estancia hospitalaria.

Para discernir entre el delirio inducido y el cuadro de demencia el DSM-V¹, indica que aun cuando en ambas patologías se presenta la alteración cognitiva manifestada por el deterioro de la memoria; la principal diferencia está en el estado de conciencia, en la demencia "el sujeto está vigil y no tiene la alteración de la conciencia característica del delirium"¹. En Europa, se ha estimado una alta incidencia de delirio en las UCI, la cual oscila entre el 20% y 80%,^{3,4} datos que concuerdan con investigaciones realizadas en Suramérica,^{5,7} estas variaciones, al parecer, guardan relaciones de dependencia con las características del estudio y su población objeto.³

Estudios desarrollados en Sudamérica por Ceraso et al,⁸ reflejan que el 90,1% de los médicos intensivistas encuestados afirman que el delirio es una entidad subdiagnosticada. En Bogotá, Colombia, Rojas et al,⁹ concluyeron que los porcentajes de incidencia del delirio en las UCI oscilan entre el 11,1 y 28,8%.

En la práctica profesional clínica en la UCI, es de interés la valoración de la alteración cognitiva que constituye el delirio como una condición compleja que aunque es considerada "común" y "esperable" tiene la particularidad de interferir con la recuperación prolongando la estancia de los pacientes;¹⁰ según Quiroz et al,¹¹ las consecuencias de estas situaciones

tiene un componente de seguridad de los pacientes y, además, demanda un mayor costo hospitalario en comparación a los pacientes hospitalizados que no presentaron delirio.

El departamento de Córdoba, Colombia, aunque cuenta con diversas instituciones de tercer nivel de atención acreditadas y unidades de cuidados intensivos polivalentes y específicas, no registra antecedentes investigativos sobre este tema, razón por la cual se planteó como objetivo, de este estudio, determinar la incidencia de delirio en pacientes con Síndrome Coronario Agudo (SCA) en una UCI, las características clínicas asociadas, y su correlación con el grado de severidad de la enfermedad.

Fisiopatología: en el estudio del delirio se han logrado avances significativos en la explicación de sus características conceptuales, epidemiología y somatización, sin embargo, "es poco lo que se conoce sobre la fisiopatología del delirium"¹² por lo que se han planteado diversas hipótesis, entre las que se destacan tres; "de la privación de oxígeno", "de los neurotransmisores" e "hipótesis inflamatoria".¹³

Etiología y factores de riesgo: el delirio según el DSM V,¹ presenta diversos factores causales los cuales se clasifican en cuatro etiologías; que comparten en común las alteraciones en la conciencia, cognición y percepción, y son, delirio debido a una enfermedad médica, delirio inducido por sustancias, que está relacionado con la intoxicación, abstinencia de sustancias o efectos secundarios de la medicación y delirio debido a múltiples etiologías. Por último, se categoriza el "delirio no especificado, que debe utilizarse para el diagnóstico del delirio que no cumple los criterios para ningún tipo específico de delirio descrito".¹ Para su apropiada clasificación se debe demostrar una relación causal directa entre el proceso patológico, el inicio y evolución del delirio.

Con el fin de clasificar los factores de riesgo y explicar la predisposición y variaciones en el inicio del delirio en pacientes expuestos a factores de riesgo similares, Inouye,¹⁴ desarrolló un modelo predictivo para delirio y dividió los factores de riesgo en dos categorías: 1) factores predisponentes, se



presentan en la admisión al hospital e indican la vulnerabilidad basal, destacando: edades iguales o superiores a los 65 años, estados de demencia o deterioro cognitivo previo, depresión, ansiedad y algunas comorbilidades y enfermedades graves; y 2) factores precipitantes, los cuales incluyen estímulos nociceptivos o lesiones y/o factores relacionados a la hospitalización que contribuyen al desarrollo de delirio, resaltando el uso de fármacos como las benzodiazepinas, así como las enfermedades neurológicas primarias y características ambientales de la UCI, inmovilización y sondaje vesical.

MATERIAL Y METODO

Estudio descriptivo longitudinal, en el cual participaron 24 pacientes mayores de 18 años internados en una UCI polivalente de la ciudad de Montería, Colombia, en el cuarto bimestre de 2015, con diagnóstico de SCA. Se incluyó todo paciente que cumpliera con los criterios de la Escala de Glasgow igual o superior a 13/15, entubación mayor a 24 horas, y previo consentimiento informado por paciente o familiar. Se excluyeron los pacientes sometidos a ventilación mecánica, con antecedentes de trastornos psiquiátricos diagnosticados, y aquellos que cursaban con alteración cerebral tipo encefalopatía o enfermedad encefálica vascular. El instrumento para el diagnóstico de delirio fue el *Confusion Assessment Method for the intensive Care Unit (CAM-ICU)*,¹⁵ el cual según Toro AC, et al,¹⁶ presenta una sensibilidad del 79,4%; especificidad del 97,9%; valor predictivo positivo (VP+) del 93,1%; y valor predictivo negativo (VP-) del 93,0%. La aplicación del CAM-ICU,^{15,17} se realizó cada 24 horas, y se desarrolló en dos pasos, en el primero se evaluó la sedación mediante escala de Agitación y Sedación de Richmond (RASS), y en el segundo se evaluó el delirio bajo cuatro criterios: 1) estado mental; 2) inatención mediante el examen auditivo; 3) pensamiento desorganizado, mediante cuatro preguntas (el paciente debió responder si o no); 4) alteración del nivel de conciencia. De igual forma, se realizó la revisión de la historia clínica para obtener el dato del grado de severidad de la enfermedad, tomando como referencia la puntuación dada al

ingreso a la UCI medida con la escala de *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (APACHE II)*. La tabulación se realizó mediante Microsoft Excel 2010; y las variables se correlacionaron utilizando el software estadístico SPSS versión 22.0, empleando el Coeficiente de Cramér's V.

RESULTADOS

En el cuarto bimestre de 2015 ingresaron 134 pacientes de los cuales 24 (17,9%) presentaron SCA, de éstos, 37,5% (9 pacientes) delirio. La incidencia estimada fue de 4 pacientes delirantes por cada 1000 casos de SCA. Las variables, por sexo de las personas, indicaron que el delirio se presentó mayoritariamente en hombres, la distribución general de frecuencias del evento evidencio que 77,8% (n=7) de los hombres, y 22,2% mujeres (n=2) con SCA, presentaron delirio. Por lo que dos de cada cuatro casos de pacientes masculinos con SCA presentaron delirio durante su estancia en UCI. El riesgo relativo de delirio se estimó en 2.5 entre los casos de SCA en el género masculino, con lo cual el sexo del paciente actúa como posible factor de riesgo, o causal (no modificable), de importancia para la presencia de delirio entre los pacientes internados con SCA.

Respecto a la edad, el rango de edad de los pacientes delirantes fue ubicado entre 53 y 86 años; con promedio de 67.44 años, y desviación estándar de 10.47 (ver tabla 1). Se estimó el riesgo relativo de delirio según la edad de los pacientes con SCA, estableciéndose en 0.825. Con base en este parámetro se procedió a calcular medidas de asociación y se encontró una correlación estadística positiva, entre moderada y fuerte, al obtener un coeficiente de correlación de Spearman de 0.6.

Tabla I. Riesgo relativo según edad de los pacientes con síndrome coronario agudo en UCI

EDAD DEL PACIENTE	CAM-ICU POSITIVO	CAM-ICU NEGATIVO	TOTAL
53 a 69 años	3	6	9
70 a 86 años	6	9	15
	9	15	

Fuente: estimaciones epidemiológicas



Por otro lado, el 77,8% (n=7) de pacientes con delirio, fueron ingresados en la UCI con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio (IAM), en tanto que 22,2% (n=2) con Angina (11,1% inestable y 11,1% estable) (ver tabla 2). Al calcular el riesgo relativo de padecer de delirio según el tipo de patología del SCA del paciente, se pudo identificar que el riesgo es de 1.748 confirmándose la posibilidad de relacionar el IAM con la presencia de delirio.

Tabla 2. Riesgo relativo según patología del síndrome coronario agudo en UCI

PATOLOGÍA	CAM-ICU POSITIVO	CAM-ICU NEGATIVO	TOTAL
Infarto Agudo de Miocardio	7	9	16
Angina	2	6	8
	9	15	

Fuente: estimaciones epidemiológicas

La correlación de Spearman puso en evidencia una fuerte asociación positiva, en la relación lineal, entre las dos variables al obtener un valor de 0.96 en su medición; por lo que hubo correlación estadística entre el IAM y el delirio medido con el CAM-ICU.

En otros aspectos de la valoración, se clasificó el valor porcentual APACHE para grupos de pacientes con base en el valor obtenido por cada paciente al ingreso a la UCI. Los resultados mostraron predominio de cifras en el rango entre 5 y 19 puntos; el intervalo modal del APACHE de los pacientes con SCA se ubicó entre los 5 y 9 puntos.

Tabla 3. Clasificación APACHE II de los pacientes con síndrome coronario agudo

PUNTUACIÓN	APACHE	Nº	%
0-4	I	3	12,5
5-9	II	6	25,0
10-14	III	4	16,7
15-19	IV	5	20,8
20-24	V	2	8,3
25-29	VI	2	8,3
30-34	VII	1	4,2
>34	VIII	1	4,2
	TOTAL	24	100

En el periodo de ventana de observación del estudio fallecieron dos pacientes; el promedio de APACHE II inicial entre los fallecidos fue de 23,4 y en los vivos de 13,7. Los pacientes que resultaron positivos en el CAM-ICU se caracterizaron por haber obtenido valores en el score APACHE II entre el tercer y sexto grupo; 77,7% de los casos de pacientes con SCA y delirio se ubicaron en los estratos IV y V del score.

Tabla 4. APACHE II de los pacientes con síndrome coronario agudo y CAM-ICU positivo

PUNTUACIÓN	APACHE	Nº	%
0-4	I	-	-
5-9	II	-	-
10-14	III	2	22,2
15-19	IV	4	44,4
20-24	V	2	22,2
25-29	VI	1	11,1
30-34	VII	-	-
>34	VIII	-	-
	TOTAL	9	100

Fuente: Historia clínica

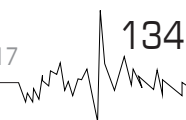
La relación entre delirio y severidad del cuadro clínico medido con la escala APACHE-II medida con riesgo relativo, fue de cero (0) (ver tabla 5). El grado de asociación entre Delirio y APACHE en los niveles intermedios de la escala fue de 0.283 que representa, en la correlación de Pearson, una relación estadística débil.

Tabla 5. APACHE II de los pacientes con síndrome coronario agudo y CAM-ICU positivo

SEVERIDAD DE LA PATOLOGÍA	CAM-ICU POSITIVO	CAM-ICU NEGATIVO	TOTAL
Apache extremo (I, II, VII, VIII)	-	11	11
Apache intermedio (III, IV, V, VI)	9	4	13
	TOTAL	15	24

Fuente: Historia clínica

El valor de Cramér's V, obtenido fue de 0.589, por lo que la relación entre "X" (la situación clínica



medida con Apache II) y "Y" (la presencia de delirio identificada con CAM-ICU), fue moderada.

DISCUSIÓN

Diversos estudios demuestran una alta incidencia de delirio en UCI, con variaciones dependientes de las características del estudio y su población objeto, estas fluctuaciones según Abelha, et al⁶ varían ampliamente alcanzando valores hasta de 89%.

El delirio en pacientes con SCA, es una patología con escasos antecedentes investigativos; en la Unidad de Cuidados Intensivos del escenario de estudio, la incidencia hallada es congruente con los rangos evidenciados en la literatura, ubicándose por debajo de los resultados obtenidos por Ramos, et al,¹⁸ quienes al estudiar el delirio, en una muestra con diagnóstico clínico principal y criterios de exclusión similares a los expuestos en el presente estudio, en una unidad de cuidados coronarios, evidenció una incidencia del 11.1%; cifras muy superiores (superada en 7.1%) a las encontradas en la ciudad de Montería, posiblemente debido a que el estudio citado se realizó en una UCI de cuidados coronarios y la presente en una UCI general.

Como ya se ha visto el infarto agudo de miocardio, al parecer, está asociado con las probabilidades de que un paciente presente delirio; estas variaciones quizás se deban a las características propias de la muestra de sujetos, entre las que se resaltan las patologías concomitantes que cursan los pacientes, pues debe recordarse que a mayor edad mayor probabilidad de enfermedades concomitantes como las observadas en la población de adultos mayores; lo anteriormente descrito se puede evidenciar en el trabajo de investigación realizado por autores como G. Ndrepepa, A. Kastrati, J. Mehilli, et al.¹⁹ Además, podrían enunciarse las conclusiones de la investigación realizada por Garrido et al,²⁰ donde se enfoca en analizar otras razones externas que pueden influir en los resultados, como el nivel de estrés al que se encuentran sometidos los pacientes, o al alto nivel de complejidad de la Unidad de Cuidado

Intensivo; es posible que tales apreciaciones tengan validez si se considera el rango del score APACHE II (del estrato III al VI) en el cual se presentaron los delirios en los pacientes con SCA.

El delirio presentó mayor incidencia en hombres que en mujeres, obteniéndose un riesgo relativo de 2.5, dato estadístico que indican mayor probabilidad de desarrollar delirio en hombres que en mujeres, con aparente independencia de la frecuencia de ingresos de hombres a UCI, que fue de 82%.

Se pudo estimar que la edad del paciente guarda relación de proporcionalidad directa con la probabilidad de presentar delirio, la cual se incrementa a partir de la media de 67,44 años, estas cifras siguen la tendencia evidenciada en la literatura, a este respecto Ramos et al,¹⁸ refieren que a mayor edad, mayor probabilidad de presentar delirio, de igual forma Young J²¹ establece como factor predisponente para el desarrollo de esta entidad, ser mayor de 65 años.

El sistema APACHE-II es utilizado para definir la clasificación de severidad o gravedad de enfermedades de pacientes adultos admitidos en Unidades de Cuidados Intensivos, en los 9 casos de pacientes con SCA y delirio, no se encontraron asociaciones posibles entre el nivel del paciente en el score APACHE II y el riesgo relativo de presentar delirio; resultados que concuerdan con lo hallado por Henao²² y Rojas JA,⁹ quienes llegaron a igual conclusión mediante análisis estadístico multivariado.

Estudios desarrollados en Bogotá, Colombia, analizaron relaciones de causalidad e independencia, así como características condicionantes de la incidencia del delirio en unidades de cuidados intensivos, cuyos resultados plantean "diferencia estadística entre los pacientes que desarrollaron delirio, comparados con los que no, en cuanto a edad".⁹ Por otro lado, Revilla et al,⁵ en su estudio pudieron evidenciar asociación entre "el uso de sedación o analgesia" y delirio, observándose mayor tasa de delirio en el grupo de pacientes bajo estas intervenciones, igual asociación se constató para el uso de benzodiazepinas. En contraste, Henao A.²² estableció asociación significativa entre la



presencia de catéter vesical y delirio, no obstante, la variable "presencia de catéter" no fue considerada en esta intervención

Los resultados descritos revisten importancia puesto que potencializan la oportunidad para que el personal de Enfermería incluya dentro del proceso de atención a los pacientes con SCA de diversa etiología, estrategias de cuidado especializado encaminadas a identificar y prevenir, de forma precoz, la presencia de delirio principalmente en pacientes masculinos con IAM y mayores de 60 años (población descrita en este estudio, como mayormente afectada). Lo anterior demanda que los profesionales de Enfermería en la UCI, se empoderen de un cuidado individualizado, respecto a este punto, Roberts B,²³ infiere que "con el cuidado individualizado se reducen las consecuencias relacionadas con mortalidad, días de estancia y complicaciones de esta patología", como lo explican los modelos y teorías de Enfermería.²⁴

Es importante tener en cuenta, en la realización de los cuidados, a autores como Daniel Quesada A. entre otros consultados, que deducen que ciertos medicamentos, deficiencias sensoriales, deterioro cognitivo, y varias condiciones médicas son algunos de los factores de riesgo asociados con el delirio. Las intervenciones preventivas como la reorientación

frecuente, la movilización precoz, el tratamiento del dolor, la nutrición adecuada, la hidratación, y garantizar patrones de sueño adecuados han demostrado reducir la incidencia de delirio, sin importar el entorno de la atención.²⁵

CONCLUSIONES

La incidencia de delirio en pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos fue de 4 por cada 1000 pacientes con SCA.

No se comprobó correlación estadística significativa entre el delirio y el índice de mortalidad utilizando el score APACHE II que presenta un paciente con SCA al ingreso a UCI.

El Método de Evaluación de confusión para la Unidad de Cuidados Intensivos (CAM-ICU) es una herramienta confiable, efectiva, sencilla y de rápida aplicación, por lo que se debería protocolizar su aplicación en cada institución.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan su reconocimiento a los pacientes y sus familias quienes participaron de manera activa y voluntaria en el seguimiento con el CAM-ICU, al profesor Jorge Herrera y a los estudiantes de Enfermería, quienes tomaron la información básica para el análisis epidemiológico de esta publicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5. ManMag 2003.
2. Roberts B, Chaboyer W. Patients' dreams and unreal experiences following intensive care unit admission. *Nurs Crit Care* 2004;9(4):173-180.
3. Depósito digital de documentos Universidad Autónoma de Barcelona {sede Web} * Incidencia de delirium en una unidad de cuidados críticos postquirúrgicos;2011 {acceso 14 de junio de 2015}. Martínez Gimeno L, Oller Sales B, Moret Ruiz E. Incidencia de delirium en una unidad de cuidados críticos postquirúrgicos. Disponible en: <http://ddd.uab.cat/record/81076>.
4. Herrejón EP. Delirio en el enfermo crítico: nuevas herramientas, nuevas oportunidades. *Revista Electrónica de Medicina Intensiva {revista en Internet}* * 2004. {acceso 14 de junio de 2015}; 4(4). Disponible en: <http://remi.uninet.edu/2004/04/REMIED51.htm>
5. Revilla HV, Rodríguez ER, Luna VMT. Tercer lugar Premio «Dr. Mario Shapiro» Incidencia de delirium en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca. *Rev Asoka. Mex. Med. Crist y Tre Into* 2013; 27(4):231-6.
6. Abelha F, Veiga D, Norton M, Santos C, Gaudreau J. Delirium assessment in postoperative patients: validation of the portuguese version of the Nursing Delirium Screening Scale in critical care. *Rev Bras Anestesiol* 2013;63(6):450-5.
7. González J, Barros J. Delirium en pacientes de una unidad de cuidados intermedios: estudio prospectivo. *Revista médica de Chile* 2000;128 (1):75-9.
8. Ceraso DH, Dueñas-Castel C, Raimondi N, Celis E, Carrillo R, Ubierno SU, et al. Encuesta iberoamericana sobre delirium en pacientes críticos. *Medi Intens* 2010;34(8):495-505.



9. Rojas Gambasica JA, Valencia Moreno AA. Incidencia de delirium en las unidades de cuidados intensivos de adultos de las clínicas de la organización sanitas en Bogotá, Colombia. *Rev.Medica.Sanitas* 2012; 15(2): 8-13.
10. Ely EW, Shintani A, Truman B, Speroff T, Gordon SM, Harrell Jr FE, et al. Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *JAMA* 2004;291(14):1753-62.
11. Quiroz T, Araya E, Fuentes P. Delirium: actualización en manejo no farmacológico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría* 2014; 52(4):288-97.
12. Villalpando B JM. Delirium. En: D'Hyver, C y Gutiérrez-Robledo, LM. *Geriatría*. México: Editorial El Manual Moderno; 2006.
13. Maldonado JR. Pathoetiological model of delirium: a comprehensive understanding of the neurobiology of delirium and an evidence-based approach to prevention and treatment. *Crit Care Clin* 2008; 24(4):789-856.
14. Inouye SK, Viscoli CM, Horwitz RI, Hurst LD, Tinetti ME. A predictive model for delirium in hospitalized elderly medical patients based on admission characteristics. *Ann Intern Med* 1993; 119(6):474-81.
15. Wesley E, Truman B. The Confusion Assesment Method for the ICU (CAM-ICU); Training Manual: El Método para la Evaluación de la Confusión en la UCI, Manual de entrenamiento. Traducido a español por: José Luis Díaz G., Roberto A. CruzGervis, Juan Fernando Muñoz
16. Toro A, Escobar L, Franco JG, Díaz-Gómez J, Muñoz J, Molina F, et al. Versión en español del método para la evaluación de la confusión en cuidados intensivos, estudio piloto de validación. *Medicina intensiva* 2010; 34(1):14-21.
17. Ely EW, Truman B, Shintani A, Thomason JW, Wheeler AP, Gordon S, et al. Supervisión del estado de sedación con el tiempo en pacientes de UCI: fiabilidad y validez de la Richmond Agitación-Sedación Escala (RASS). *JAMA* 2003; 289 (22): 2983 a 91.
18. Ramos I, Trejo DP, Kaneo-Wada F, Almanza-Muñoz J. Incidencia de delirium en las unidades de Cuidados Intensivos y Cuidados Coronarios del Hospital Central Militar. *Rev Neurol Neurocir Psiquiatrí* 2007; 40(2): 41-49.
19. G. Ndrepepa, A. Kastrati, J. Mehilli, et al. Age- dependent effect of abciximab in patients with acute coronary syndromes treated with percutaneous coronary interventions. *Circulation*, 2006; 114; 2040-6.
20. Garrido NA, González MÁ, García MG. Factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería intensiva* 2007;18(4):159-67.
21. Young J, Inouye SK. Delirium in older people. *BMJ* 2007; 21; 334(7598):842-6.
22. Henao Castaño AM. Delirium en pacientes con ventilación mecánica en la UCI: factores asociados y cuidado de enfermería [tesis doctoral]. Universidad Nacional de Colombia; 2013
23. Roberts B, Chaboyer W. Patients' dreams and unreal experiences following intensive care unit admission. *Nurs Crit Care* 2004;9(4):173-80.
24. Tomey AM y Alligood MR. Modelos y teorías de Enfermería. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
25. Delirium in Older Persons: Evaluation and Management. *Am Fam Physician* 2014; 90(3):150-7.



LIDERAZGO DE LA ENFERMERA SUPERVISORA EN LA MOTIVACIÓN DEL PERSONAL DE ATENCIÓN DIRECTA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL EN ICA, PERÚ

LEADERSHIP OF THE SUPERVISOR NURSE IN THE MOTIVATION OF DIRECT CARE STAFF IN A HOSPITAL OF SECOND LEVEL IN ICA, PERÚ.

Recibido: 29 septiembre 2017
Aceptado: 22 diciembre 2017

Correspondencia:
Dra. Olinda Oscoco Torres
Correo electrónico: olita_4@hotmail.com
Dra. Lasty Balseiro Almario
Correo electrónico: lastybals@hotmail.com

Palabras clave: enfermera supervisora, liderazgo, motivación.

Key words: supervisor nurse, leadership, motivation.

Autores:

Dra. Olinda Oscoco Torres

Docente de la asignatura de Metodología de la Investigación UPSJB Filial Ica

Mg. Carmen E. Bendezú Sarcines

Docente de la asignatura de Elaboración de Proyectos de Investigación UPSJB Filial Ica

Mg. María L. Rojas Guillén

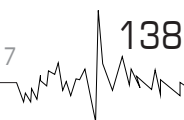
Docente de la asignatura de Enfermería en el Cuidado del Niño con Problemas de Salud UPSJB Filial Ica

Lic. María L. Alejos Tasayco

Docente de la asignatura de Metodología de la Enseñanza UPSJB Filial Chincha

Dra. Lasty Balseiro Almario

Profesor de Carrera Titular B de la ENEO, adscrita a la Unidad de Investigación de la ENEO – UNAM, Ciudad de México



RESUMEN

Objetivo: el objetivo de la investigación es determinar el estilo de liderazgo de las enfermeras supervisoras y su influencia en la motivación del personal de Enfermería de atención directa de un hospital de segundo nivel de la ciudad de Ica, Perú.

Marco teórico: el liderazgo es el proceso de dirigir e influir en las actividades laborales de un grupo. La motivación es el estímulo que mueve a las personas a realizar determinadas acciones y persistir en ellos hasta el logro de objetivos.

Metodología: investigación cuantitativa, descriptiva, correlacional, explicativa y transversal. Las dimensiones de la variable independiente Estilo de Liderazgo fueron: democrático, autocrático y liberal y de la variable dependiente Motivación fueron intrínseca y extrínseca. La muestra estuvo constituida por 72 participantes seleccionados a través del muestreo probabilístico simple.

Resultados: el personal de enfermería refirió en un 51% estar altamente motivado extrínsecamente con el estilo de liderazgo, motivado en un 25%, medianamente motivado en un 8%, el 10% poco motivado y el 6% nada motivado. Respecto a la motivación intrínseca el 42% está altamente motivada, 25% motivada, 17% medianamente motivada, 10% poco motivada y 7% nada motivada.

Discusión: los resultados reflejan que el personal de enfermería se encuentra motivado extrínsecamente e intrínsecamente con los tres estilos de liderazgo, lo cual podría deberse a que las enfermeras supervisoras convocan a reuniones para informar sobre las actividades a realizar, consultan ideas y opiniones, aceptando sus contribuciones siempre que sea posible y práctico. Conclusiones: Existe una relación positiva entre el estilo de liderazgo de las enfermeras supervisoras y la motivación del personal.

Palabras clave: enfermera supervisora, liderazgo, motivación.

ABSTRACT

Objective: the objective of the research is to determine the leadership style of the supervising nurses and their influence on the motivation of the direct care nursing staff of a second level hospital in the city of Ica, Peru.

Theoretical framework: leadership is the process of directing and influencing the work activities of a group. Motivation is the stimulus that moves people to perform certain actions and persist in them until the achievement of goals.

Methodology: quantitative, descriptive, correlational, explanatory and transversal research. The dimensions of the independent variable Leadership Style were: democratic, autocratic and liberal and the dependent variable Motivation were intrinsic and extrinsic. The sample consisted of 72 participants selected through simple probabilistic sampling.

Results: nurses were 51% highly motivated by the style of leadership, motivated by 25%, moderately motivated by 8%, 10% not motivated and 6% not motivated. Regarding the intrinsic motivation, 42% is highly motivated, 25% motivated, 17% moderately motivated, 10% not motivated and 7% not motivated.

Discussion: the results reflect that nurses are motivated extrinsically and intrinsically with the three styles of leadership, which could be due to the Supervisor Nurses convening meetings to inform about the activities to be carried out, to consult ideas and opinions, accepting their Contributions where possible and practical. Conclusions: There is a positive relationship between the leadership style of the supervising nurses and the motivation of the staff.

Key words: supervisor nurse, leadership, motivation.



INTRODUCCIÓN

El objetivo de la investigación es determinar el estilo de liderazgo de la enfermera supervisora y su influencia en la motivación del personal de Enfermería de atención directa en un hospital de segundo nivel de Ica, en el Perú. El problema formulado es ¿Cuál es la influencia del estilo del liderazgo de la enfermera supervisora, en la motivación del personal de enfermería de atención directa, en un hospital de segundo nivel de la ciudad de Ica, en el Perú? La importancia de la investigación radica en fortalecer el campo del conocimiento y servir de insumo para otras investigaciones que aporten a la construcción permanente del concepto de gestión de liderazgo y motivación.

Según Díaz B.¹ el Liderazgo es el proceso de dirigir e influir en las actividades laborales de un grupo. Román J. y Ferrández M.,² refieren que la motivación es un asunto fundamental para el desarrollo ya que se traduce en crecimiento tanto individual como colectivo, dando como resultado el cumplimiento de los objetivos trazados lo cual, a su vez, se convertirá en motivación para los integrantes de los grupos de trabajo, que puede transformarse en liderazgo. Así, las personas que conforman un grupo de trabajo deben identificarse con un ideal común para poder sentirse a gusto y lograr los objetivos proyectados, además, debe haber una perfecta interacción entre los factores, equipo-tarea-individuo para poder atender las necesidades correspondientes a cada problema.

La motivación intrínseca en el trabajo viene dada por las características de la actividad laboral que se realiza, busca satisfacer necesidades superiores derivadas de la actividad laboral en sí misma y con control interno. La motivación extrínseca proviene del exterior, donde la actividad del sujeto es un medio hacia un fin. Esta actividad puede ser un medio para ganar dinero, fama y estatus. Este tipo de motivación centra a las personas en las metas y no en las vías para alcanzarlas.

Para Gonzales A, y Pérez S,³ el liderazgo de Enfermería necesita de una especial transmisión de poder e influencia que consiga dirigir el rumbo de profesionales en la dirección correcta, así como también de la capacidad de influir sobre el grupo para provocar el convencimiento de los valores, objetivos y estrategias corporativas compartidas. Laurencio M, *et al.*,⁴ manifiestan que, al invertir en el poder existente en los liderados, el líder rearticula ese poder en sintonía con el suyo para conseguir una alianza grupal en relación a objetivos comunes, manteniendo su influencia a través del refuerzo y del compromiso con ideales comunes. De igual forma para Amestoy S. *et al.*,⁵ explica que, en el caso de enfermería, si el enfermero es responsable, comprometido y puntual, él podrá influir en su equipo para desarrollar esas mismas características.

Según Díaz M, *et al.*,⁶ el liderazgo es un tema crucial hoy en día, en donde las fronteras se han abierto al comercio global, en el cual las organizaciones y empresas permanentemente se encuentran en una constante lucha por ser cada vez más competitivas, lo que ha generado que las personas que la conforman sean eficientes y capaces de dar mucho de sí para el bienestar de la organización o empresa. Bass B.,⁷ señala que, en primer término el liderazgo involucra a otras personas, como los empleados o seguidores; en segundo término el liderazgo entraña una distribución desigual del poder entre los líderes y los miembros del grupo; el tercer aspecto del liderazgo es la capacidad para utilizar las diferentes formas del poder para influir en la conducta de los seguidores de diferentes maneras y, el cuarto aspecto, es una combinación de los tres primeros pero reconoce que el liderazgo es una cuestión de valores.

Díaz Z, y Escobar D.⁸ refieren que, aunque el liderazgo guarda una gran relación con las actividades administrativas y el primero es muy importante para la segunda, el concepto de liderazgo no es igual al de administración. Goleman D.,⁹ manifiesta que, en muchos sentidos, el estilo de su líder define a una organización. Si la organización es fiel



a su filosofía y misión, el estilo de su líder debe ser coherente con ellas. Un líder autocrático en una organización democrática puede crear el caos, un líder preocupado solo en el nivel administrativo de una organización basada en la importancia de los valores humanos, puede menguar el objetivo de su labor.

Balderas S.,¹⁰ menciona la importancia de señalar que el supervisor se encuentra en una situación de superioridad jerárquica, ya que tiene la facultad o capacidad de determinar si la acción es correcta o no, la supervisión en enfermería es una de las funciones principales de gestión, liderazgo, dirección y control que realiza la enfermera para mejorar las condiciones de trabajo y garantizar una atención de calidad. El propósito de la supervisión en enfermería es promover el trabajo en equipo y desarrollar la eficiencia del personal para lograr la máxima productividad. La finalidad de la supervisión en enfermería es mejorar la calidad de atención, crear un ambiente favorable a las personas, impulsar el desarrollo del personal, mantener la disciplina y el interés en el trabajo y organizar la utilización de los recursos materiales. La distribución del tiempo que se dedica para la supervisión es un 45% dirigida al personal, 20% al paciente, 20% al servicio, 10% a la docencia y 5% a otras actividades.

Para Martínez P, y Fernández A.,¹¹ la motivación se refiere a un proceso adaptativo, que es el resultado de un estado interno de un organismo, que le impulsa y le dirige hacia una acción en un sentido determinado. Es decir, es influenciado por factores externos e internos que activan el organismo y dirigen su conducta hacia la consecución de objetivos y metas gratificantes.

Dentro de la teoría humanista de Rosemarie Rizzo Parse, mencionada por Manrique F.,¹² Marriner-Tomey A, enfoca el descubrimiento del significado de las experiencias que han vivido las enfermeras respecto a la supervisión como parte de la administración; asimismo Bandura A.,¹³ dice que los empleados obtienen información fundamental acerca de cómo desempeñarse y comportarse por medio de la observación e imitación de los modelos a su alrededor.

Maxwell J.,¹⁴ menciona que la motivación es un asunto fundamental para el desarrollo, ya que se traduce en desarrollo tanto individual como colectivo, dando como resultado el cumplimiento de los objetivos trazados. Guillen C.,¹⁵ refiere que se han dado muchas explicaciones sobre la motivación laboral, sobre las variables que motivan a las personas a llevar a cabo una tarea.

METODOLOGÍA

El estudio fue de tipo descriptivo correlacional, explicativo y transversal. La técnica para la recolección de datos fue la encuesta para ambas variables, para la variable estilos de liderazgo se aplicó el test de liderazgo de Kurt Lewin el cual consta de 33 reactivos correspondiente a tres dimensiones: autocrático, democrático y liberal, cuyas opciones de respuesta fueron "de acuerdo" y "en desacuerdo"; para la variable *motivación* se utilizó un test tipo escala de Likert, el cual fue sometido a validación de contenido por expertos en el área, con base en las sugerencias se corrigió el instrumento, quedando finalmente con veinte reactivos, divididos en dos dimensiones, con cinco alternativas de respuesta: "altamente motivada", "motivada", "medianamente motivada", "poco motivada" y "nada motivada".

La población estuvo constituida por 92 enfermeras y enfermeros y 130 técnicas y técnicos de enfermería de los servicios de hospitalización y consultorios externos; luego de aplicar la fórmula para población finita, la muestra definitiva fue de 72 participantes. Criterios de inclusión: enfermeros y técnicos de enfermería de hospitalización y consultorios externos, por su parte, en los criterios de exclusión se contempló al personal profesional de enfermería que realiza actividades administrativas, y los criterios de eliminación se aplicaron a aquellos que no desearon participar en la investigación. Los métodos estadísticos para el procesamiento y análisis de la información fueron: media aritmética para datos agrupados, desviación estándar muestral para datos agrupados y método estadístico de la prueba de Chi cuadrada.



Para recolectar los datos de la variable *motivación*, se utilizó un cuestionario tipo escala de Lickert elaborado por la autora, según los objetivos de la investigación. El cuestionario fue previamente validado a través del juicio de tres profesionales expertos, con grado de doctor especialistas en la materia. La prueba piloto quedó conformado por dos dimensiones, extrínseca e intrínseca, quedando constituida de 20

ítems con respuestas cerradas tipo escala de Likert con cinco alternativas. Las consideraciones éticas de beneficencia, no maleficencia, respeto y autonomía, se mantuvieron durante todo el proceso de la investigación. También se consideró el consentimiento informado de los participantes, remarcando que su participación en la investigación es confidencial y no ocasionará ningún perjuicio a su persona.

RESULTADOS

Respecto a los datos generales se encontró que el 57% tienen de 41 a 56 años; el sexo predominante es el femenino en el 80%; un 47% es de estado civil casado, el 75% tiene de 12 años a más de experiencia laboral y el 61% son de condición laboral (ver tabla No. 1). En relación a la motivación extrínseca, el personal de enfermería refirió estar altamente motivado con el estilo de mando democrático en un 28%, con el estilo autocrático 19% y con el estilo liberal solo el 4%. Asimismo, un 14% refirió estar motivado con el estilo democrático, el 8% con el estilo autocrático y un 3% con el estilo liberal, el 4% refiere estar medianamente motivada con el estilo democrático, el 3% con el estilo liberal y el 1% con el estilo autocrático. También el 7% refiere estar poco motivada con el estilo liberal, el 3% con el estilo autocrático y nada motivada el 4% con el estilo liberal y el 1% con el estilo autocrático (ver tabla No. 2).

Tabla 1. Datos sociodemográficos del personal de enfermería de atención directa en un hospital de segundo nivel, Ica - Perú

EDAD	FR	%
De 25 a 40 años	25	35
De 41 a 56 años	41	57
De 57 años a más	6	8
SEXO		
Masculino	8	11
Femenino	64	89
ESTADO CIVIL		
Soltera	26	36
Casada	34	47
Conviviente	10	14
Divorciada	2	3
EXPERIENCIA LABORAL		
Menos de 5 años	12	17
De 6 a 11 años	6	8
De 12 años a más	54	75
CONDICIÓN LABORAL		
Nombrado	44	61
Plaza orgánica	18	25
Contrato cas	10	14
Total	72	100

Fuente: Encuesta realizada al personal de enfermería de un hospital de segundo nivel de la ciudad de Ica Perú, 2015.



Tabla 2. Estilo de liderazgo de la enfermera supervisora relacionado a la motivación extrínseca del personal de enfermería de atención directa en un hospital de segundo nivel en Ica - Perú

NIVEL DE MOTIVACIÓN	ESTILO DE LIDERAZGO						TOTAL		X ²
	AUTOCRÁTICO		DEMOCRÁTICO		LIBERAL				
Altamente motivada	14	19%	20	28%	3	4%	37	51%	X ² =25.2 gl = 8 p: 0.05
Motivada	6	8%	10	14%	2	3%	18	25%	
Medianamente motivada	1	1%	3	4%	2	3%	6	8%	
Poco motivada	2	3%	0	0%	5	7%	7	10%	
Nada motivada	1	1%	0	0%	3	4%	4	6%	
TOTAL	25	35%	32	44%	15	21%	72	100%	

Fuente: Encuesta realizada al personal de enfermería de un hospital de segundo nivel de la ciudad de Ica Perú, 2015.

En relación a la motivación intrínseca, el personal de enfermería refirió en un 22% estar en gran medida motivado con el estilo de mando democrático; el 18% con el estilo autocrático y el 1% con el estilo liberal. De igual modo, un 15% refirió estar motivado con el estilo democrático, el 7% con el estilo autocrático y el 3% con el estilo liberal; el 7% refiere estar medianamente motivada con el estilo liberal, el 6% con el estilo democrático y el 4% con el estilo autocrático; el 6% refiere estar poco motivada con el estilo liberal, el 3% con el estilo autocrático y el 1% con el estilo democrático (ver tabla No.3). De esta forma, el personal se encuentra nada motivada en un 4%, con el estilo liberal, el 1% con el estilo democrático y con el estilo autocrático respectivamente.

Tabla 3. Estilo de liderazgo de la enfermera supervisora relacionado a la motivación intrínseca del personal de enfermería de atención directa en un hospital de segundo nivel en Ica - Perú

NIVEL DE MOTIVACIÓN	ESTILO DE LIDERAZGO						TOTAL		X ²
	AUTOCRÁTICO		DEMOCRÁTICO		LIBERAL				
Altamente motivada	13	18%	16	22%	1	1%	30	42%	X ² =21.4 gl = 8 p: 0.05
Motivada	5	7%	11	15%	2	3%	18	25%	
Medianamente motivada	3	4%	4	6%	5	7%	12	17%	
Poco motivada	2	3%	1	1%	4	6%	7	10%	
Nada motivada	1	1%	1	1%	3	4%	5	7%	
TOTAL	25	35%	32	44%	15	21%	72	100%	

Fuente: Encuesta realizada al personal de enfermería de un hospital de segundo nivel de la ciudad de Ica Perú, 2015.



DISCUSIÓN

En cuanto a los datos sociodemográficos, el 57% del personal de enfermería tiene entre 41 a 56 años, el 89% son de sexo femenino, el 47% de estado civil casado, el 75% tienen de 12 años a más de experiencia laboral y el 61% es de condición laboral nombrada, lo cual puede ser contrastado con los resultados de Marqués-Sánchez M. *et al.*,¹⁶ donde las enfermeras juegan un rol de liderazgo como mediador entre las distintas subredes dentro de las unidades clínicas y esto se podría deber a que, en su mayoría, el personal de enfermería tiene más de 12 años de experiencia laboral y por su condición de nombradas les permite manejar con destreza habilidades y conductas, convirtiéndose en un factor de motivación intrínseca para beneficio de los pacientes a su cargo. Cabe destacar que el grupo estudiado, predominante, tiene experiencia laboral, seguridad y pertenece a la parte asistencial de la institución, dedicando la mayoría de su tiempo a actividades relacionadas con la mejora continua de sus conocimientos y habilidades especializadas.

Respecto a la motivación extrínseca, el 51% del personal de enfermería se encuentra altamente motivada con los tres estilos de liderazgo, estos resultados son similares con los de Carmona-Lovera C, y Carranza-Marimon L.,¹⁷ quienes manifiestan que las y los enfermeros mantienen un liderazgo continuo en el desempeño de sus intervenciones, establecen metas en un 50%. A diferencia de Niquén-Salazar M, y Zapata-Guerrero C.,¹⁸ quienes concluyen que las enfermeras asistenciales, perciben inadecuada gestión de recursos humanos y materiales, e insatisfacción con el desempeño gestor.

Esto significa que el personal de enfermería, en un alto porcentaje, se encuentra motivado extrínsecamente con el estilo de liderazgo democrático, lo cual podría deberse a que, en algunas oportunidades, la enfermera supervisora convoca a reuniones para informar sobre las actividades a realizar, consulta ideas y opiniones sobre muchas decisiones

que les incumben a ambos, aceptando sus contribuciones siempre que sea posible y práctico. Sin embargo, también perciben que la enfermera supervisora asume toda la responsabilidad en la toma de decisiones, centralizándose el poder, la toma de decisiones técnicas y funcionales del trabajo en forma autocrática. A pesar de que se entienda que van en función de los objetivos y metas del departamento de Enfermería, el personal de nivel operativo percibe que solamente la enfermera supervisora es competente y capaz de tomar decisiones importantes. Esto contrasta con los resultados del trabajo en donde, la mayoría del personal de enfermería se encuentra muy motivado extrínsecamente, por lo que se deduce que la supervisora emplea estrategias que hacen que el personal perciba que el líder es democrático en todos sus actos para lo cual se debe disponer de una buena comunicación de los objetivos a conseguir, compartir la definición del futuro de la profesión en la toma de decisiones y que les permita desarrollar con libertad sus criterios.

Respecto a la motivación intrínseca el personal de enfermería en un 42.00% se encuentra altamente motivado. Los resultados obtenidos se pueden comparar con los de Cortés-González J. *et al.*,¹⁹ donde el liderazgo está asociado con la eficacia. Es decir, que el personal de enfermería, no busca una recompensa exterior, sino el placer de hacer las cosas y el trabajo porque le gusta lo que hace. Los resultados hallados permiten expresar que en su gran mayoría el personal de enfermería se siente altamente motivado con el estilo de liderazgo democrático, porque trabajan con autonomía dentro del ejercicio laboral lo cual le permite fortalecer sus competencias profesionales y realizarse profesionalmente en el servicio que labora, realizando la toma de decisiones individuales en la solución de problemas que se presentan en el servicio asignado, sin esperar beneficios ni recompensas externas.

Además, se infiere que cuanto más motivado se encuentre el personal de enfermería hacia su trabajo, según el estilo de liderazgo en la institución, mayores esfuerzos harán para desempeñar mejor



su trabajo, por lo que el líder de hoy debe poseer un perfil muy distinto del líder de hace varias décadas, cuyo patrón se ajustaba en mayor medida al control y la supervisión.

CONCLUSIONES

El liderazgo es el proceso de dirigir e influir en las actividades laborales de un grupo y la motivación es el estímulo que mueve a las personas a realizar determinadas acciones y persistir en ellos hasta su culminación. La supervisión es la asistencia de la realización de una actividad por parte de una persona con autoridad para ello.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Díaz B. *Liderazgo en Enfermería*. México, 2007. p.3 Disponible en: <https://betssy3961.wordpress.com/2007/01/19/liderazgo-en-enfermeria/>. (Consultado el 25 de enero del 2014).
2. Román J, Ferrández M. *Liderazgo y coaching*. Ed. Mc Grill. México, 2008. 200 pp.
3. Gonzales A, Pérez S. *Liderazgo de enfermería-Dirección estratégica*. Madrid, 2007; Disponible en: www.gestiondeenfermeria.com/liderazgo-de-enfermeria-ii/. (Consultado el 25 de enero del 2014).
4. Laurencio M y Cols. *Liderazgo situacional*. Enferm Brasil, Sao Paulo, 2002; 15(1):48-52.
5. Buss M. y Cols. *Formación de vínculos profesionales para el trabajo en equipo en enfermería*. Enfermería global N° 20. Brasil, Universidad Federal de Rio Grande, Pelotas Brasil. 2010,pp11.
6. Díaz M. *Sistema de valores y concepción cultural de los Supervisores de Hospitales sobre la investigación en enfermería*. Index de Enfermería. Madrid, 2002; 39; 20 - 3.
7. Bass B. *Liderazgo y rendimiento más allá de las expectativas*. American Psychologist. Nueva York 2004; 52 (2): 130 - 9.
8. Díaz Z y Escobar D. *Competencia del gerente medio de enfermería y la satisfacción de la enfermera de cuidado directo*. Trabajo para optar el grado de Magíster de la Universidad de Carabobo. Caracas, 2006.
9. Goleman D. *Los estilos de liderazgo* En: Ricaurte E, Saval R. Club de Leones de Balboa Distrito D1- Panamá, 2011.P4 Disponible en: www.leonismoargentino.com/art/NT1180. (Consultado el 12 mayo 2014).
10. Balderas M. *Administración de los servicios de enfermería*. Ed. Interamericana. 3ª ed. México, 1995. 216 pp.
11. Martínez P Fernández A. *Neurobiología, alimentación y vida saludable*. Psicología. Madrid, 2002; 2(3): 55 -78.
12. Manrique F. *Significado de ser enfermera supervisora: Una aproximación fenomenológica*. Tesis para la obtención del grado de maestría en gerencia de los servicios en salud y enfermería. Universidad de Carabobo Caracas, 2009.
13. Bandura A. *Teoría del aprendizaje social*. Ed. SLU. Espasa Libros. Madrid, 1987. 280 pp. Disponible en: stanford.edu/dept/psychology/bandura/pajares/BanduraGarrido.PDF. (Consultado el 10 de abril 2014).
14. Maxwell J. *Lo que todo Líder necesita saber*. Grupo Nelson. Nashville, Tennessee, Washington, 2012. 622 pp.
15. Guillen C. *Psicología del trabajo para relaciones laborales*. Ed. McGraw-Hill. Madrid, 2000, 376 pp.
16. Marqués M. *El liderazgo de los profesionales de enfermería y el rendimiento organizativo: un estudio exploratorio con aplicación del análisis de redes sociales*. Hispana para el análisis de redes sociales. Madrid, 2014; 25. (2): 1- 140. URL disponible en: www.raco.cat/index.php/Redes/article/viewFile/289530/377862. (Consultado el 10 de abril 2014).
17. Carmona C., Carranza L. *Nivel de participación y liderazgo en la gestión del cuidado de enfermería en el nivel operativo desde la perspectiva de Diane Huber en una institución de tercer nivel de la ciudad de Cartagena de Indias*. Corporación universitaria Rafael Núñez. Cartagena, 2011; 3(1):27-34. Disponible en: revistas.curnvirtual.edu.co/index.php/cienciaysalud/article/view/42/37. (Consultado el 12 de junio 2015).
18. Niquén M., Zapata C. *Percepciones de enfermeras asistenciales sobre rol gerencial de enfermeras jefes de servicio*. Hospital Nacional-Essalud. Chiclayo - Perú. Tesis para la obtención de Licenciatura. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Perú, 2014. 73 pp. Disponible en: tesis.usat.edu.pe/.../TL_NiquenSalazarMaria_ZapataGuerrerClaudia.pdf. (Consultado el día 5 de julio de 2015).
19. Cortés J. *Estilos de liderazgo en jefes de servicio de enfermería*. Enfermería Neurológica. México, 2012; 12 (2): 84-94. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2013/ene132f.pdf. (Consultado el día 15 de julio de 2015).



FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* EN ADULTOS Y NIÑOS CARDIÓPATAS HOSPITALIZADOS EN UNA INSTITUCIÓN DE ALTA ESPECIALIDAD

RELATED RISK FACTORS TO *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* IN CHILDREN AND ADULT WITH HEART DISEASES, HOSPITALIZED IN A HIGH SPECIALTY INSTITUTION

Recibido: 11 septiembre 2017
Aceptado: 5 diciembre 2017

Correspondencia:
Gustavo Atescatenco-Pineda
Juan Badiano No. 1, Col Sección XVI
Del. Tlalpan, Ciudad de México. México
Correo electrónico: gatescatenco@yahoo.com

Palabras clave: clostridium difficile, cardiopatías congénitas, cardiopatías.

Key words: clostridium difficile, heart defects congenital, heart diseases.

Autores:

Atescatenco-Pineda Gustavo
Enfermero Especialista en el Adulto en Estado Crítico. Enfermero Adscrito del Comité de Control de Infecciones Nosocomiales. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Jiménez-Martínez Danae
Licenciada en Enfermería. Enfermera Adscrita del Comité de Control de Infecciones Nosocomiales. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Flores-Montes Imelda
Maestría en administración de Hospitales y Salud Pública. Jefe de Enfermeras del Comité de Control de Infecciones Nosocomiales. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Ordiano-Ramírez Micaela
Enfermera Especialista en Enfermería Infantil. Enfermera Adscrita del Comité de Control de Infecciones Nosocomiales. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Cervera-Rojo Mayeli
Maestría en Terapia de Heridas, Estomas y Quemaduras. Enfermera Adscrita de la Clínica de heridas del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez



RESUMEN

Introducción: la diarrea asociada con *Clostridium difficile* (DACD) provoca brotes de infecciones de difícil control aumentando la morbi-mortalidad de los pacientes. En los últimos años se ha observado un aumento en la incidencia de DACD en las áreas de hospitalización, afectando la estancia hospitalaria.

Objetivo: describir los factores de riesgo para el desarrollo de DACD, en adultos y niños cardiopatas, hospitalizados en una institución de alta especialidad.

Material y métodos: estudio observacional, retrospectivo y transversal. Muestra por conveniencia n=64 incluyó pacientes con DACD identificados de enero de 2012 a junio de 2016, con ≥ 3 evacuaciones de consistencia disminuida, sin evidencia de evacuaciones antes del internamiento y toxina para *clostridium difficile* positiva. Datos recolectados, con cédula ex profeso, con dos apartados: datos demográficos y factores de riesgo; escala de respuesta abierta. Análisis de datos con estadística descriptiva y prueba U de Mann-Whitney y χ^2 ; significancia estadística $p < 0.05$.

Resultados: prevalecieron 57.8% hombres, 50% población pediátrica, edad general promedio 30 años; media de 30 días desde su ingreso hasta la aparición de DACD, 71.8% utilizó cefalosporinas de tercera generación y tuvo cirugía cardíaca, 45.3% con alimentación enteral asistida por sonda. Las medidas de control fueron: aislamiento por contacto hasta el egreso hospitalario, reforzamiento del lavado de manos exclusivo con agua y jabón; desinfección correcta y total de material, equipo y área hospitalaria y, control de antimicrobianos.

Conclusión: la DACD se pudo controlar con el reforzamiento de medidas ya establecidas, sin necesidad de implementar nuevas tecnologías o procesos diferentes, que implícitamente hubieran generado mayor costo institucional.

Palabras clave: *clostridium difficile*, cardiopatías congénitas, cardiopatías, hospitalización.

ABSTRACT

Introduction: *clostridium difficile* associated diarrhea (CDAD) is a hospital acquired infection, almost always is very difficult its control, that increased morbidity and mortality during inpatient hospitalization.

Objective: describe de risk factor for CDAD in children and adult with heart diseases, hospitalized in high specialty institution.

Materials and Methods: retrospective, transverse, observational study, convenience sampling n=64, including patients with CDAD identified from January 2012 to June 2016, with three or more loose or liquid stools per day, that not has had diarrhea before the hospitalization, that no has had positive stool with *Clostridium Difficile* cytotoxin positive. Collected data with set up specifically card in two parts, demographic data and risk factors: open answer level, analysis of data with statistics descriptive and U de Mann-Whitney and χ^2 test; statistics significance $p < 0.05$.

Results: prevalence: 57.8% were male, 50% were children, with an average age of 30 years, and the median 30 days in hospital before the first CDAD, the treatment in 71.8% of patients with cardiac surgery was with third generation cephalosporins, 45.3% with gavage using a stomach tube. The control measures were: isolation by contact to hospital discharge, strengthen wash hands with soap and water, proper cleansing and disinfection for equipment and control of antimicrobial resistance.

Conclusion: the CDAD can be controlled with strengthen the requirements established, isn't necessary implementing new and expensive technology.

Key words: *clostridium difficile*, heart defects congenital, heart diseases.



INTRODUCCIÓN

La diarrea, asociada con *Clostridium difficile* (DACD), es una enfermedad que provoca brotes de infecciones asociadas a la atención a la salud, de difícil control, que aumenta la morbilidad de los pacientes, elevando los costos por hospitalización y tratamiento; provoca mayor daño a la salud y riesgo de contagio al personal y a otros pacientes; inclusive puede llegar a ocasionar la muerte. En los Estados Unidos de Norteamérica ha sido evaluado como uno de los microorganismos que, con mayor frecuencia, causan infecciones hospitalarias junto con el *S. aureus*.¹

Los clostridios son grandes bacilos anaerobios, gram positivos y móviles, muchos de ellos descomponen proteínas o forman toxinas y algunos llevan a cabo ambas acciones, además aquellos formadores de esporas (pertenecientes a las especies de *bacillus* y *clostridium*) pueden vivir en el ambiente durante varios años. Su hábitat es la tierra o el intestino de animales y seres humanos, donde viven como saprófitos. En la actualidad, se conoce que existen más de 190 especies de *clostridium* que pueden causar varias enfermedades producidas por toxinas, tales como *Clostridium tetani*, tétanos; *Clostridium botulinum*, botulismo; *Clostridium perfringens*, gangrena gaseosa; y *Clostridium difficile* (CD) colitis pseudomembranosa.²

El CD se aisló por primera vez en 1935 creyendo que no era patógeno para el ser humano hasta fines de la década de los 70's, cuando se le implicó como agente etiológico de la diarrea asociada a antibióticos y de la colitis pseudomembranosa. Los factores que pueden intervenir en la DACD son: 1. toxina A (también denominada D-1), descrita por primera vez por Taylor y cols., que es una enterotoxina capaz de producir acumulación líquida en los ensayos de ligadura de asa ileal en conejos; 2. toxina B (también denominada D-2), que es una citotoxina

potente, capaz de producir efectos citopatogénicos en diferentes líneas de células de cultivos de tejidos; y 3. un factor que altera la motilidad, que estimula las contracciones del músculo liso del intestino y es distinto de las toxinas A y B.

El CD es ubicuo en la naturaleza y ha sido aislado en el suelo, el agua, el contenido intestinal de diversos animales, la vagina y la uretra de los seres humanos. Se ha encontrado, de manera habitual, en las heces de muchos lactantes sanos y, aislado en este mismo grupo etario, con diarrea severa y prolongada, asociada con antecedentes de tratamiento con antibiótico, presentando colitis pseudomembranosa. En adultos sanos se ha encontrado en sólo el 3% y prevalece del 13 al 30% en los adultos hospitalizados que no presentan diarrea o colitis y no tienen evidencia de enfermedad producida por CD o de tratamiento con antibióticos.³

El factor de riesgo más importante para desarrollar DACD, es la administración de antibióticos (ampicilina, amoxiciclina, cefalosporinas, clindamicina y fluorquinolonas), mismos que con el paso de los años han sido asociados con la enfermedad. Otros factores conocidos son: la estancia hospitalaria prolongada, la enfermedad crónica, la edad mayor a 65 años, los procedimientos gastrointestinales, el uso de sonda nasogástrica para nutrición enteral (NE) y la inmunodepresión. En el caso de los niños, pueden ser portadores asintomáticos los primeros 6 meses de vida y en ellos, los factores de riesgo no cambian, siendo el uso de antibióticos de amplio espectro y la estancia hospitalaria prolongada los más importantes.

Ahora, el perfil epidemiológico de esta bacteria que se presenta en el mundo, ha evolucionado y existe una cepa con especial resistencia al tratamiento convencional, tal y como lo han reportado estudios realizados en Canadá, Costa Rica y Chile.⁶ Dada la magnitud de la enfermedad y sus graves



complicaciones, es fundamental la identificación de potenciales casos y los factores de riesgo que los predisponen a brotes hospitalarios de CD.

En las instituciones de salud de México existen escasos estudios relacionados con la identificación de brotes por DACD y los factores de riesgo que prevalecen, tanto en los pacientes adultos como en los niños. No obstante, en el Instituto Nacional de Cardiología (INC), el comité de control de Infecciones Nosocomiales (CCIN), ha identificado, desde el año 2012, diversos pacientes con la toxina de *C. difficile* (TCD) con y sin sintomatología, que requirieron de la vigilancia epidemiológica activa. A pesar de los esfuerzos realizados por dicho comité, en estos últimos años se ha incrementado el número de pacientes con cuadro de DACD, debido a que las características epidemiológicas de los pacientes pediátricos y adultos se han modificado. En el año 2012 se identificó la TCD por medio de laboratorio de microbiología, con una tasa anual del 0.08 % por cada 100 egresos, incrementándose a 0.17% en 2013, 0.4% en 2015 y 0.1% en el primer semestre de 2016.*

Ante este contexto, el presente estudio tuvo la finalidad de analizar los factores de riesgo relacionados con CD en adultos y niños cardiopatas hospitalizados en una institución de alta especialidad. Dado que la DACD es una enfermedad fácilmente transmisible, que provoca un aumento de la morbilidad y la mortalidad, prolonga la estadía hospitalaria y aumenta los costos de atención a la salud, es trascendental conocer a fondo los factores de riesgo y el manejo que se les debe dar a todos los pacientes que lo presenten. Con base en los resultados se podrán tomar medidas preventivas que ayuden, a los profesionales de la salud, a disminuir la transmisión y limitar el daño en los pacientes cardiopatas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, retrospectivo y transversal sobre los pacientes que presentaron DACD, de enero de 2012 a junio 2016, en los servicios de hospitalización y unidades de cuidados críticos.

El tamaño de la muestra estuvo constituido por: n=64 pacientes seleccionados por conveniencia; incluyó a todos los pacientes hospitalizados con cuadro diarreico de 3 ó más evacuaciones, sin antecedentes de haberlas presentado antes del internamiento, con inicio de al menos 48 horas después de su ingreso y que contaran con toxina positiva para detección de CD, tal y como lo solicita la Norma Oficial Mexicana 045-SSA2-2005 para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.⁷ Cabe señalar que se eliminaron aquellos pacientes hospitalizados que tenían TCD, con diarrea por causas secundarias como derivaciones intestinales, uso de laxantes o lactulosa, antiácidos catárticos o hiperalimentación enteral y quienes habían presentado cuadro diarréico con TCD negativa confirmado por el laboratorio central del instituto.

Con la intención de reducir el riesgo de sesgo en la recopilación de los datos, esta fue realizada por los propios investigadores previa estandarización del proceso, utilizando la hoja de vigilancia epidemiológica del CCIN del INC, los expedientes clínicos de los pacientes y un instrumento ex profeso, considerando las variables de datos *demográficos* como nombre, edad y sexo; *factores de riesgo* que intervienen en el desarrollo de la DACD como tratamiento con antibióticos, estancia hospitalaria, diagnóstico médico, cirugía, infecciones asociadas a la atención a la salud (IAAS), NE, fiebre, dolor, número y *características de las evacuaciones*, distensión abdominal y desenlace.

El análisis de los datos se realizó mediante el programa *Statistical Package for the Social Sciences* versión 17, con frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas (sexo, diagnóstico médico, cirugía cardiaca, mes de aparición del brote, unidad de hospitalización, tratamiento antimicrobiano, antecedente de hospitalización previa, tratamiento con inhibidor de la bomba de protones (IBP), NE, fiebre, distensión abdominal y tratamiento antimicrobiano para DACD y desenlace)

* Datos tomados de Comité de Control de Infecciones Nosocomiales del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, 2016.



y medidas de tendencia y de dispersión para las cuantitativas (edad, días de estancia hospitalaria, día de aparición del brote a partir del ingreso, número de evacuaciones); así como prueba U de Mann-Whitney, para comparar días de estancia hospitalaria y previos al episodio entre adultos y pediátricos y χ^2 , para antecedente de hospitalización, distensión abdominal, antecedente de tratamiento antimicrobiano y desenlace entre adultos y pediátricos, considerando una significancia estadística de $p < 0.05$.

De acuerdo a la Ley General de Salud en Materia de Investigación, así como en la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para

la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos,⁸ el presente estudio se cataloga como investigación *sin riesgo*, ya que sólo se recolectarán datos estadísticos de los registros clínicos del paciente, sin revelar la identidad, por lo que no se requirió de un consentimiento informado y no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los participantes, no obstante, previamente se obtuvo la aprobación y registro ante el Comité de Investigación en Enfermería **DIE/EP/22/2016**. Los investigadores se comprometen a resguardar confidencialmente los datos obtenidos por la institución apegándose a lo establecido en la normatividad ético-legal.⁹⁻¹¹

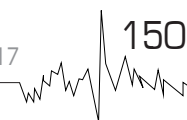
RESULTADOS

Del total de pacientes ($n=64$) que presentaron DACD durante el periodo de estudio, el 50% eran pediátricos; predominando aquellos del sexo masculino en ambos grupos. La edad de los participantes oscilaba desde 1 mes hasta 82 años de edad, no obstante, el 25% tenía ≤ 1 año y, por arriba del cuartil 75%, se encontraban los participantes con 65 a 82 años de edad (tabla 1 y 2).

Tabla 1. Características demográficas de los pacientes hospitalizados con cuadro diarreico por CD.

	Pediátricos n=32 (%)	Adultos n=32 (%)	Total N=64 (%)
SEXO			
Femenino	12 (37.5)	15 (46.9)	27 (42.2)
Masculino	20 (62.5)	17 (53.1)	37 (57.8)
SERVICIO			
Cuidados críticos	17 (53.1)	11 (34.4)	28 (43.8)
Hospitalización	15 (46.9)	21 (65.6)	36 (56.3)
DIAGNÓSTICO			
Valvulopatía	0	8 (25)	8 (12.5)
Insuficiencia renal	0	4 (12.5)	4 (6.3)
Congénitos	32 (100)	3 (9.4)	35 (54.7)
Infec.comunitaria	0	2 (6.3)	2 (3.1)
TEP	0	5 (15.6)	5 (7.8)
SICA	0	8 (25)	8 (12.5)
Aneurisma	0	2 (6.3)	2 (3.1)

Continúa



	Pediátricos n=32 (%)	Adultos n=32 (%)	Total N=64 (%)
CIRUGÍA			
Ninguno	7 (21.9)	11 (34.4)	18 (28.1)
Cambio valvular	0	5 (15.6)	5 (7.8)
Congénitos	25 (78.1)	1 (3.1)	26 (40.6)
Mixoma	0	1 (3.1)	1 (1.6)
Rev Cor+ CV	0	3 (9.4)	3 (4.7)
Traqueostomía	0	2 (6.3)	2 (3.1)
Rev Cor	0	3 (9.4)	3 (4.7)
Bentall y De Bono	0	1 (3.1)	1 (1.6)
Trasplante renal	0	1 (3.1)	1 (1.6)
Otro	0	4 (12.5)	4 (6.3)

Fuente: Base de datos del Comité de Control de Infecciones Nosocomiales.

Tabla 2. Medidas de tendencia central y de dispersión de la edad, estancia hospitalaria, días y número de evacuaciones en pacientes hospitalizados con cuadro diarreico por CD.

	Mínimo	Máximo	Media	DE	Q ₂₅	Q ₅₀	Q ₇₅	Pediátricos	Adultos
Edad (meses)	1	984	357.83	358.35	12	222	780	34.66 ± 46.78	681 ± 207.76*
Estancia hospitalaria (días)	8	160	50.47	33.08	27.25	41	64.75	50.47 ± 33.79	50.47 ± 32.88
Días previos al episodio (días)	4	114	30.06	22.91	14	23	40.75	29.69 ± 21.05	30.44 ± 24.97
Número de evacuaciones	1	10	3.93	1.88	3	3	5	4.15 ± 2.17	3.7 ± 1.54

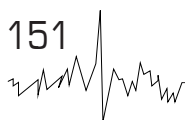
DE: desviación estándar. Q: cuartil.

Prueba T de Student, *p<0.05.

Fuente: Base de datos del Comité de Control de Infecciones Nosocomiales.

En cuanto al diagnóstico de ingreso, el 25% de los adultos presentaba valvulopatía, y sólo el 65.6% ingresó a cirugía cardiaca, siendo el cambio valvular la técnica quirúrgica más utilizada (15.6%); mientras que en el grupo de pacientes pediátricos el 100% ingresó para recibir un tratamiento médico, de los cuales el 78.1% se sometió a cirugía para la corrección total o parcial de su cardiopatía congénita (tabla 1).

Considerando el total de los pacientes, abril se presentó el mayor número de casos, con 17.2%, pero de acuerdo a la edad, los pacientes pediátricos fue en mayo (25%) y en adultos en abril (21.9%). El servicio donde se presentaron más casos en pacientes pediátricos, con un 53.1%, fue en cuidados críticos y, en adultos con un 65.6%, en el servicio de hospitalización.

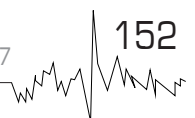


De acuerdo a los factores de riesgo previamente descritos en la literatura, se encontró que el 100% de pacientes pediátricos no reportó haber tenido tratamiento antibiótico antes de su ingreso a la institución y, en el caso de los adultos, sólo fue el 71.9%. Sin embargo, ya institucionalizados, se observó que el 68.7% de los casos recibieron tratamiento con antibiótico previo a la manifestación del cuadro diarreico; siendo el antibiótico de primera elección, tanto en pacientes pediátricos como adultos, las cefalosporinas con un 71.9% y 31.1% respectivamente, pero el 31.3% del total de casos no recibió ningún tratamiento. Llama la atención que el 50% recibió un segundo antibiótico, principalmente carbapenémicos en pediátricos (21.9%) y la nitro-furantoína en adultos (12.5%), no obstante, el 50% de los casos ya no recibieron un tercer antibiótico (tabla 3).

Tabla 3. Factores de riesgo relacionados con CD en adultos y niños cardiopatas hospitalizados en una institución de alta especialidad, tratamiento y desenlace.

	Pediátricos n=32 (%)	Adultos n=32 (%)	Total N=64 (%)
TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN			
Cefalosporina	23 (71.9)	10 (31.3)	33 (51.6)
Quinolonas	0	2 (6.3)	2 (3.1)
Betalactámicos	0	2 (6.3)	2 (3.1)
Nitrofurantoína	0	3 (9.4)	3 (4.7)
Tetraciclina	0	2 (6.3)	2 (3.1)
Glucopéptido	0	1 (3.1)	1 (1.6)
Carbapenémico	0	1 (3.1)	1 (1.6)
Ninguno	9 (28.1)	11 (34.4)	20 (31.3)
TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 2ª ELECCIÓN			
Cefalosporina	0	2 (6.3)	2 (3.1)
Quinolonas	2 (6.3)	4 (12.5)	6 (9.4)
Nitrofurantoína	0	1 (3.1)	1 (1.6)
Tetraciclina	0	2 (6.3)	2 (3.1)
Glucopéptido	7 (21.9)	3 (9.4)	10 (15.6)
Carbapenémico	5 (15.6)	1 (3.1)	6 (9.4)
Sulfas	0	1 (3.1)	1 (1.6)
Nitromidazoles	0	1 (3.1)	1 (1.6)
Aminoglucósidos	2 (6.3)	0	2 (3.1)
Lincocinamidas	0	1 (3.1)	1 (1.6)
Ninguno	16 (50)	16 (50)	32 (50)
TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 3ª ELECCIÓN			
Cefalosporina	1 (3.1)	2 (6.3)	3 (4.7)
Quinolonas	3 (9.4)	2 (6.3)	5 (7.8)
Carbapenémico	0	2 (6.3)	2 (3.1)
Sulfas	0	2 (6.3)	2 (3.1)
Aminoglucósidos	4 (12.5)	2 (6.3)	6 (9.4)
Macrólidos	0	1 (3.1)	1 (1.6)
Ninguno	24 (75)	21 (65.6)	45 (70.3)

Continúa...



... continuación.

	Pediátricos n=32 (%)	Adultos n=32 (%)	Total N=64 (%)
TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 4ª ELECCIÓN			
Cefalosporina	1 (3.1)	1 (3.1)	2 (3.1)
Quinolonas	1 (3.1)	1 (3.1)	2 (3.1)
Glucopéptidos	1 (3.1)	1 (3.1)	2 (3.1)
Carbapenémico	0	2 (6.3)	2 (3.1)
Sulfas	0	1 (3.1)	1 (1.6)
Aminoglucósidos	0	1 (3.1)	1 (1.6)
Ninguno	29 (90.6)	25 (78.1)	54 (84.4)
CARACT. DE LAS EVACUACIONES			
Semilíquida	4 (12.5)	4 (12.5)	8 (12.5)
Líquida	18 (56.3)	25 (78.1)	43 (67.2)
Con moco	6 (18.8)	1 (3.1)	7 (10.9)
Pastosa	3 (9.4)	1 (3.1)	4 (6.3)
Con sangre	1 (3.1)	1 (3.1)	2 (3.1)
HOSPITALIZACIONES PREVIAS < 6 MESES			
No	27 (84.4)	14 (43.8)	41 (64.1)
Si	5 (15.6)	18 (56.3)	23 (35.9)
TX PREVIO AL INGRESO			
No	32 (100)	23 (71.9)	55 (85.9)
Si	0	9 (28.1)	9 (14.1)
INHIBIDOR BOMBA			
Si	29 (90.6)	28 (87.5)	57 (89.1)
No	3 (9.4)	4 (12.5)	7 (10.9)
ALIMENTACIÓN ASISTIDA			
No	13 (40.6)	21 (65.6)	34 (53.1)
SNG	0	4 (12.5)	4 (6.3)
SOG	17 (53.1)	5 (15.6)	22 (34.4)
Gastrostomía	0	2 (6.3)	2 (3.1)
SNY	1 (3.1)	0	1 (1.6)
Biberón	1 (3.1)	0	1 (1.6)
FIEBRE			
No	26 (81.3)	19 (59.4)	45 (70.3)
Si	6 (18.8)	13 (40.6)	19 (29.7)
DOLOR			
No	31 (96.9)	29 (90.6)	60 ()
Si	1 (3.1)	3 (9.4)	4 (6.3)

... continúa...



... continuación

	Pediátricos n=32 (%)	Adultos n=32 (%)	Total N=64 (%)
DISTENSIÓN ABDOMINAL			
No	28 (87.5)	30 (93.8)	58 (90.6)
Si	4 (12.5)	2 (6.3)	6 (9.4)
TRATAMIENTO CDIFI...			
Ninguno	0	1 (3.1)	1 (1.6)
Metro+Vanco	9 (28.1)	2 (6.3)	11 (17.2)
Metro	23 (71.9)	29 (90.6)	52 (81.3)
DESENLACE			
Mejoría	28 (87.5)	24 (75)	52 (81.3)
Defunción	4 (12.5)	8 (25)	12 (18.8)

Fuente: Base de datos del Comité de Control de Infecciones Nosocomiales.

La estancia hospitalaria fue de 50.47 ± 33.08 días (intervalo de 8 a 160); asimismo, los días previos al episodio oscilaron entre 4 hasta 114 con una media de 30.06 ± 22.91 días, siendo semejante tanto en pediátricos como adultos ($Z = -0.060$, $p = 0.952$).

En lo referente al antecedente de hospitalizaciones previas (6 meses antes del internamiento actual), el 21.7% de pacientes pediátricos lo refirió mientras que, en el caso de los adultos, fue el 78.3% ($\chi^2 = 9.773$, $gl = 1$, $p = 0.02$). Durante su internamiento, el 90.6% de pediátricos y el 87.5% de los adultos tuvo tratamiento con IBP. La NE por sonda orogástrica, en pacientes pediátricos, fue del 53.1% y en adultos, sólo el 15.6%.

Una vez iniciado el padecimiento, el número de evacuaciones fue de 3.93 ± 1.88 , donde sólo el 25% presentó ≥ 5 en 24hrs. Llama la atención que el 56.3% fueron evacuaciones líquidas, en pacientes pediátricos, mientras que, en adultos, fue en 78.1% de los casos. Así mismos, sólo el 18.7% de pacientes pediátricos presentó fiebre y el 40.6% de los adultos. En relación a la distensión abdominal el 12.5% de pacientes pediátricos y el 93.8% en adultos la mostraron ($\chi^2 = 0.736$, $gl = 1$, $p = 0.672$). El tratamiento con metronidazol como monoterapia se dio al 81.3% del total de los pacientes, y el 17.2% combinado con vancomicina. El desenlace fue el egreso hospitalario

a domicilio, en los pacientes pediátricos el 87.5% y adultos en un 75%, el resto de los pacientes fallecieron por otras causas no relacionado a DACD ($\chi^2 = 0.923$, $gl = 1$, $p = 0.337$).

DISCUSIÓN

Entre los factores de riesgo reportados en diversos trabajos para el desarrollo de DACD se encuentra la edad, considerando de alto riesgo a los pacientes en los extremos de la vida, debido a la vulnerabilidad provocada al recibir diversos tratamientos o/o requerir hospitalizaciones frecuentes. Estos datos concuerdan a lo encontrado en el presente estudio, ya que del total de casos la mitad corresponde a menores de un año y mayores de 60, pero se debe tomar en cuenta el contexto clínico de cada paciente, ya que se ha reportado que la colonización con la toxina en el paciente pediátrico es muy superior a los adultos y, por lo tanto, se deben descartar primero causas virales y evitar estudios rutinarios a los pacientes, tal y como lo mencionan Rodríguez y Cofré.¹²

Orellana y los investigadores del Instituto de Salud Pública de Chile han descrito que el uso indiscriminado de antibióticos, la falta de control y el

uso combinado de dos o más de estos se relacionan como un factor que predispone el desarrollo del DACD.^{13, 14} Este mismo factor se encontró en nuestros participantes con DACD. Hay que comentar que en el INC la CCIN es la encargada de autorizar el uso de antibióticos, para ello cuenta con personal especializado, como Infectólogos y con la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH), quienes diariamente realizan visita a los servicios clínicos, de hospitalización y críticos, para valorar el inicio, seguimiento y término de tratamientos antimicrobianos en los pacientes que lo ameriten, aportando con esto un importante control sobre la flora existente, evitando así la prolongación innecesaria de tratamientos antimicrobianos y la aparición de gérmenes multidrogos resistentes

De acuerdo a Rodríguez¹⁵ y Ramírez,¹⁶ la DACD suele ocurrir en el 90% de los casos después de la administración de antibióticos como clindamicina, ampicilina y cefalosporinas de tercera generación, mientras que las fluoroquinolonas son los fármacos más recientemente implicados en los brotes nosocomiales; sin embargo, todos los antibióticos presentan riesgo de desencadenar la enfermedad y el riesgo aumenta cuando se combinan diferentes antibióticos y con tratamientos más prolongados. Estos datos se asemejan en los obtenidos en el estudio, siendo las cefalosporinas el antibiótico más usado en nuestros pacientes. Este tipo de antibiótico es el que más se utilizan en la mayoría de las infecciones en el INC por ser la flora residente del instituto sensible a ellas.

En el estudio de Santiago *et al.*, la cardiopatía fue la segunda causa como enfermedad de base y comorbilidad para el desarrollo de la DACD en niños;¹⁷ otro estudio de Maccioni y cols., describieron a la cardiopatía congénita como la principal comorbilidad¹⁸, siendo el INC una institución especializada en cardiopatías congénitas y centro de referencia nacional para estas patologías, los niños que ingresan, en su totalidad, tienen alguna cardiopatía congénita. Teniendo su enfermedad de base como factor de

riesgo, los coloca en un punto aún más vulnerable en comparación con el resto de la población que se atiende, de este modo la capacitación y la vigilancia epidemiológica continua de estos factores de riesgo es central para el profesional de enfermería referente a los factores de riesgo. Cabe destacar que, en comparación con esta institución, nuestra tasa de CD es menor, a pesar de ser cardiópatas.

Para la prevención, detección y control oportunos de las IAAS, incluida la DACD, las guías recomiendan, a través de la vigilancia epidemiológica, diferenciar los casos con estancia hospitalaria >48 horas, sin antecedentes de hospitalización previa y uso de antibióticos, en no menos de 12 semanas.¹⁹ En el INC, la UVEH, con la vigilancia activa diaria a los servicios, analiza de cada paciente: su evolución clínica, si existe algún factor de riesgo para el desarrollo de una IAAS, o se les da seguimiento a los pacientes que tengan algún tratamiento antibiótico ya sea para infecciones de la comunidad u hospitalarias. Además se realiza el análisis a fondo en los casos que se sospeche de una IAAS, con un escrutinio riguroso ya sea, para que se confirme el caso en base a los criterios de la Norma Oficial Mexicana 045-SSA2-2005, para la vigilancia epidemiológica, la prevención y control de las infecciones nosocomiales o para que se descarte al no cumplir con dichos criterios.

El estudio de Villalobos y Boza hace referencia a que la DACD en su Institución alcanzó el pico máximo en el mes de abril con el cual se implementan acciones específicas para su control²⁰, estos resultados se relacionan con lo encontrado en los pacientes de este estudio ya que, durante dos años, se detectaron un mayor número de casos en el mes de abril en los pacientes adultos y en mayo en el caso de los pediátricos; se sabe que en los meses de calor existe una descomposición acelerada de los alimentos y con esto la proliferación de microorganismos, es por esto que en la época de calor las enfermedades gastrointestinales aumentan. Entre las acciones implementadas para el manejo de estos pacientes fue el



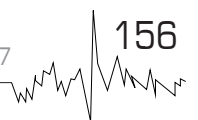
reforzamiento del sistema de aislamiento por contacto, el cual se implementó desde la confirmación del caso hasta el egreso a domicilio, aún cuando el cuadro diarreico se hubiese remitido o tuviese una muestra de TCD negativa.

La Academia Americana de Pediatría²¹ reporta, como factores predisponentes, el uso de IBP y el uso de sonda nasogástrica; en una revisión Kwok *et al.*²² reportan a los IBP como uno de los factores que altera el ácido gástrico y, con esto, al ingresar la espora al tracto digestivo no es eliminada por los jugos gástricos y prolifera la infección, coincidiendo con nuestro estudio donde estos factores se encontraron en un número importante de pacientes. En lo que se refiere al uso de sonda nasogástrica, Pérez *et al.*²³ la describen como una práctica cotidiana en los pacientes en las unidades de cuidados intensivos, sobre todo para nutrición parenteral, la cual pudiera ser un vector por la manipulación de la fórmula o la posible contaminación del equipo. En un estudio prospectivo²⁴, la NE aumentó el riesgo de adquisición de CD desde 8 a 20% y el riesgo de desarrollar DACD desde 1 a 9%. Aunque cabe señalar que en las guías actuales para la prevención de la neumonía asociada a la ventilación mecánica, así como en el INC, se recomienda el uso de sonda orogástrica sobre nasogástrica.

Orellana¹³ y Sánchez²⁵ mencionan que sólo una tercera parte de los pacientes con CD positivo desarrolla diarrea, el resto sólo serán portadores asintomáticos y en una pequeña parte la causa de muerte. En el INC no se cuenta con este dato, ya que solamente se incluyeron en el estudio a aquellos con sintomatología relacionada a DACD, pero es importante conocer el comportamiento de aquellos pacientes asintomáticos con CD, ya que es una fuente enriquecedora para la toma de decisiones durante la estancia en las instituciones de salud, de esta forma se limita la diseminación transversal en las unidades hospitalarias disminuyendo el riesgo en la transmisión o, como inicio de tratamiento, abre una línea de investigación futura.

Orellana describe como complicaciones más frecuentes la deshidratación severa, alteraciones hidroelectrolíticas, hipotensión arterial, acumulación de fluido en la piel profunda (edema), aumento del diámetro del intestino grueso (megacolon tóxico) y perforación de la pared del intestino grueso, estas últimas requieren del manejo quirúrgico¹¹. En el INC no se muestran complicaciones, ya que las infecciones fueron detectadas de manera temprana y la línea de intervención institucional es al iniciarse el cuadro diarreico en todo paciente que cumpla con factores de riesgo a través de la toma de toxina para CD, en caso de ser positiva se toman las medidas preventivas, se limita la transmisión, y en algunos casos se inicia el tratamiento de manera oportuna, cabe señalar que el mayor porcentaje de pacientes con CD se remitió con monoterapia, siendo este un indicador de las mínimas complicaciones.

Khanafar *et al.*²⁶ refieren en su estudio que el tratamiento de elección es el metronidazol y, en ocasiones, combinado con vancomicina vía oral. En los pacientes del INC el tratamiento de primera elección es el metronidazol siendo éste en mayor porcentaje, sólo en un reducido número de pacientes se utiliza la doble terapia, es decir, metronidazol con vancomicina sobre todo en pacientes que persistieron con la diarrea a pesar de estar varios días con metronidazol (complicados). Las estrategias en el manejo de pacientes con DACD tienen un enfoque multidisciplinario, jugando el profesional de enfermería un papel fundamental en la identificación oportuna de los casos probables de DACD, ya que es el personal que mantiene un contacto permanente con el paciente y realiza una valoración del estado de salud constantemente. Cuando se tiene un paciente con sospecha de DACD, el profesional de enfermería es el que identifica el cuadro clínico, —gracias a la capacitación constante que se recibe por parte de UVEH—, ya que son quienes toman la muestras para su proceso; y en caso de ser confirmatorio procede a realizar el protocolo de manejo de estos pacientes. Entre las medidas principales se tiene en el manejo de este tipo de pacientes, encontramos



el aislamiento por contacto e higiene de manos exclusivo con agua y jabón. Con esto se logra una identificación oportuna y una limitación de la diseminación del CD.

Khanafer¹⁹ reportó una mortalidad relacionada a esta entidad en un 56.3%, mientras que Ramírez refirió una mortalidad de 1.5% relacionada a isquemia mesentérica.¹³ En el presente estudio se encontró una mortalidad de 18.7%, sin embargo, no estuvieron asociadas a la DACD. Lo anterior se explica ya que el INC es un centro de referencia nacional, las enfermedades cardiacas que se atienden son de la más amplia variedad y complejidad, requiriendo para su atención de procedimientos, ya sean quirúrgicos o de intervencionismo, por lo mismo la mortalidad se ve reflejada en la población hospitalaria.

La prueba que se realiza, en el INC, para el diagnóstico de la DACD es detección de las toxinas A y B, ésta es una limitante en la detección de otras cepas hipervirulentas, ya que no se cuenta con los recursos para la identificación específica de éstas. En el estudio de The American Academy of Pediatrics y Rodriguez y cols se ha descrito que, en el contexto de una alta prevalencia de pacientes asintomáticos, no puede asegurarse que la detección de la toxina C y otras cepas, en pacientes escolares, pueda ser el agente causal de la DACD, particularmente en lactantes²¹.

De acuerdo a las publicaciones revisadas para este estudio, uno de los factores de riesgo predominante es la estancia hospitalaria prolongada. Factor que coloca al paciente en un eminente riesgo, al cambiar sus condiciones, desde ambientales, la comida,

el estado inmunológico y la propia terapéutica utilizada. En el presente trabajo encontramos semejanza respecto a los días de estancias, en ambos grupos de edad (pediátricos y adultos). El riesgo de colonización aumenta en los pacientes con estancia hospitalaria prolongada, como lo menciona Cohen et. al.,⁵ a una tasa constante durante la hospitalización por la exposición que se tiene a esporas de CD procedentes del medio hospitalario y de pacientes portadores asintomáticos.

CONCLUSIÓN

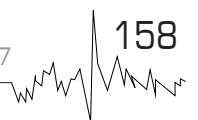
El CD es una entidad causante de un gran porcentaje de DACD provocando múltiples complicaciones a los pacientes atendidos incluso aumentando el riesgo de mortalidad, por lo tanto, el conocer los factores de riesgo causantes permite al personal de salud tomar las medidas preventivas en la atención de cada paciente con el fin de minimizar los riesgos a la adquisición o desarrollo de éste. A pesar de que se tienen reportados brotes a nivel mundial de DACD de difícil control, en el INC las medidas que se tomaron, como reforzar las precauciones estándar, mantener a los pacientes en aislamiento por contacto hasta su egreso, —a pesar de que la síntomas se hubiesen remitido o tuvieran una toxina de CD negativa—, proporcionar un tratamiento de acuerdo a las recomendaciones de guías, fueron suficientes para limitar los casos de DACD.

La DACD se pudo controlar con el reforzamiento de medidas ya establecidas, sin necesidad de implementar nuevas tecnologías o procesos diferentes, que implícitamente hubieran generado mayor costo institucional.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Malagón LG, Álvarez MC. Infecciones Hospitalarias. 3ª ed. México: Editorial Médica Panamericana; 2010.
2. Brooks G, Butel J, Morse S. Microbiología médica. 18ª ed. México: Manual Moderno; 2010.
3. Winn, Allen, Janda, Koneman, Procop, Schrenckenberger, Diagnóstico microbiológico. 6ª ed. Bogotá, Colombia: Editorial Médica Panamericana; 2008.
4. Leffler D, Lamont T. Clostridium difficile Infection. N Engl J Med 2015; 372:1539-1548. DOI: 10.1056/NEJMra1403772
5. Cohen SH, Gerding DN, Johnson S, Kelly CP, Loo VG, McDonald LC, et al. Clinical Practice Guidelines for Clostridium difficile Infection in Adults: 2010 Update by the Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA) and the Infectious Diseases Society of America (IDSA). Infect Control Hosp Epidemiol. 2010; 31(5): TI-T28.
6. Camacho A, Ponce A, Sifuentes, J. Enfermedad asociada a Clostridium difficile en América latina. Gac Méd (Méx) 2009; 145(3): 223-9.
7. Norma Oficial Mexicana 045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
8. Diario Oficial de la Federación. NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Disponible en: <http://goo.gl/JrtyEh>
9. Complete transcript 01 the Nuremberg Medical Trial: United States v. Karl Brandt et al. En: Colomer MF, Pastor GLM. ¿Vigencia del Código de Nuremberg después de cincuenta años? Cuad Bioética [Inter-net]. 1999 ene-mar;X(37):103-112. Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/1999/1/37/07-2-bioetica-37.pdf>
10. Ley General de Salud (Internet). México. Diario Oficial de la Federación. 2012 (citado 15 junio 2014). Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis>
11. Informe Belmont. Principios éticos y directrices para la protección de sujetos humanos de investigación. Reporte de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento (consultado 6 de noviembre 2014). Disponible en: goo.gl/jsm64z
12. Rodríguez P, Cofré J. Diarrea asociada a Clostridium difficile en niños. Rev Chilena Infectol 2015; 32 (5): 550-8.
13. Orellana A, Salazar E. Colitis pseudomembranosa asociada al uso de antibióticos. Acta odontol venez. (Internet). 2009(citado 13 ene 2017); 47(2): (aprox. 1 p). Disponible en: goo.gl/RdTpXw
14. Instituto de Salud Pública de Chile. Boletín laboratorio y vigilancia al día departamento de asuntos Científicos n° 11 / 15 de mayo de 2012.
15. Rodríguez P, Mirelis B, Navarro F. Infecciones producidas por Clostridium difficile. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2013; 31(4):254-63.
16. Ramírez A, Cantú E. Mortalidad intrahospitalaria en pacientes con diarrea asociada a infección por Clostridium difficile. Rev Gastroenterología de México. 2012; 77(2): 60-5.
17. Santiago B, Guerra L, García- Morín M, González E, González A, Izquierdo G, et al. Aislamiento de clostridium difficile en niños hospitalizados con diarrea. Anales de Pediatría. (Barcelona) 2015; 82(6): 417-25.
18. Maccioni A, Cerda J, Terrazas C, Abarca K. Descripción clínica y epidemiológica de la infección por Clostridium difficile en población pediátrica. Rev Chilena Infectol 2015; 32 (5): 523-9
19. Meyer L, Espinoza AR, Quera PR. Infección por Clostridium difficile: epidemiología, diagnóstico y estrategias terapéuticas. Rev. Med. Clin. Condes 2014; 25 (3): 473-84.
20. Villalobos ZMA, Boza CR. Caracterización epidemiológica, clínica y microbiológica del brote de diarrea asociado a Clostridium difficile, ocurrido en el Hospital San Juan de Dios, 2008-2009. Acta Méd. Costarric 2012, 54(3): 152-8.
21. Organizational Principles to Guide and Define the Child Health Care System and/or Improve The Health of all Children. Clostridium difficile Infection in Infants and Children. Pediatrics. 2013; 131 (1):196-200.
22. Kwok C, Kobina A, Ifeanyichukwu A, Singh S, Cavallazzi R, Kong Y. Risk of Clostridium difficile Infection With Acid Suppressing Drugs and Antibiotics: Meta-Analysis. Am J Gastroenterol 2012; 107:1011-19.
23. Pérez M, Hurtado A, Couto I, Gutiérrez J, Seoane L, Suárez J, Galeiras R. Abordaje multidisciplinario de la infección por Clostridium difficile Rev Chilena Infectol 2013; 30 (2): 165-85.
24. Bliss D, Johnson S, Savik K, Clabots C, Willard K, Gerding D. Acquisition of Clostridium difficile and Clostridium difficile-associated diarrhea in hospitalized patients receiving tube feeding. Ann Intern Med. 1998;129(12):1012-19.
25. Sánchez A, Otero W, Caminos J. Enfermedad asociada a Clostridium difficile: nuevas amenazas de un viejo enemigo. Rev Col Gastroenterol. 2008; 23 (2): 142-59.
26. Khanafar N, Touré A, Chambrier C, Cour M, Reverdy ME, Argaud L, et al. Predictors of Clostridium difficile infection severity in patients hospitalized in medical intensive care. World J. Gastroenterol. 2013; 19 (44): 8034-41.



CONSULTORIA EN ENFERMERÍA, UNA ESTRATEGIA DE CUIDADO AVANZADO

**NURSING CONSULTING,
AN ADVANCED CARE STRATEGY**

Recibido 26 de octubre 2017
Aceptado 30 de noviembre 2017

Correspondencia:
Mtra.E. Patricia Zamora Ruiz
correo electrónico: pzamora@gmail.com

Palabras clave: consulta de enfermería, consultoría, reingreso hospitalario.

Key words: nursing consultation, consulting, Reentry hospital, reentry by poor care.

Autores:

Valdez Labastida Rocio
*Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
Manuel Velasco Suárez*

Zamora Ruiz Patricia
*Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
Manuel Velasco Suárez*

Reyes Chávez Blanca-E
*Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
Manuel Velasco Suárez*

López-Cantera Guisety
*Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
Manuel Velasco Suárez*



RESUMEN

Objetivos: describir el impacto de la consultoría neurológica, en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez (INNyN MVS), mediante su relación con el número de reingresos hospitalarios por mal cuidado en el hogar.

Material y métodos: se trata de un estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo donde se incluye una muestra de 146 pacientes atendidos en consultoría neurológica en el periodo enero 2015 a marzo 2016, de cada uno de ellos se estudió la variable: *reingreso hospitalario en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía MVS*. Los datos se procesaron en el paquete estadístico SPSS y, para su análisis, en Excel.

Resultados: se atendieron 146 pacientes a los que se otorgaron un total de 524 consultas, con un promedio de 3.6 consultas por paciente. Se encontró que el porcentaje de reingresos es de 27.4% de los cuales el 10.9% reingresaron por mal cuidado en el hogar, principalmente con diagnósticos de: Ulceras por Presión (UPP), deshidratación, desnutrición e infecciones y otros.

Conclusiones: la Consultoría de especialidad permitirá desarrollar un modelo de atención, de enfermería neurológica, que no sólo contribuya con la demanda de atención disminuyendo reingresos sino que modifique, mejorando las condiciones clínicas del paciente dentro y fuera de la institución, y disminuya costos y favorezca la calidad de vida.

Palabras clave: Consulta de enfermería, consultoría, Reingreso Hospitalario, Reingreso por mal cuidado.

ABSTRACT

Objectives: to describe the impact of neurological consultant at the National Institute of Neurology and Neurosurgery Manuel Velasco Suarez (INNyN MVS) through its relationship with the number of hospital readmissions for poor care at home.

Materials and Methods: a descriptive, observational, cross-sectional and retrospective study where a sample of 146 patients treated in neurological consultancy in the period January 2015-March 2016 included, variable "Readmission" was studied in each patient in the INN MVS. Data were processed in SPSS version 23 and Excel for analysis.

Results: 146 patients were treated with a total of 524 consultations were granted, with an average of 3.6 visits per patient. It was found that the percentage of readmissions is 27.4% of which 10.9% were readmitted for poor care at home, mainly with diagnoses of Pressure Ulcers (UPP), dehydration, malnutrition and infections among others.

Conclusions: the consulting model of neurological nursing highly specialized, it contributes greatly in the care of patients who need it, which contributes in reducing hospital readmissions, thereby improving the clinical condition of the patient at home as in the institution, thereby lowering costs and quality of life of people is promoted

Key words: nursing consultation, consulting, Reentry Hospital, Reentry by poor care, care, advanced practice nurses.



INTRODUCCIÓN

En los últimos treinta años la enfermería ha pasado a ser de un arte y un oficio a una profesión y una disciplina, con su propio arte, basada en la ciencia.¹

El Cuidado enfermero evoluciona como un retrato de la época en que vivimos, con un fin determinado; brindar bienestar, proporcionar la calidad y cantidad de cuidados necesarios para mantener la vida. Ante estos hechos, se propone una enfermería más participativa, propositiva, analítica, autocrítica e innovadora, cuyos alcances repercutan en el bienestar de la población.

El rol específico de enfermería se deriva de la forma en que los profesionales lo identifiquen para proponer la prestación del cuidado personalizado a los pacientes neurológicos y neuroquirúrgicos, Tapia-Yáñez y Muñoz-Montes mencionan, en su artículo sobre la consultoría de enfermería en los programas de diálisis peritoneal, que la consultoría basa sus acciones en procesos sistematizados y planificados, sustentados en el conocimiento científico y legal en donde, el objetivo principal, es promover la cultura del autocuidado con la participación del paciente de manera efectiva, segura y eficaz, estableciendo vínculos de apoyo y confianza del binomio enfermera-paciente.²

En México, desde 1997, se realiza la consultoría en el primer nivel de atención, en el *Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento (CIMI-GEN)*³. Además existen programas que desarrollan acciones de carácter preventivo y de rehabilitación para mejorar la salud, mediante la consulta externa, para derechohabientes desde 2002 (PREVENIMSS).⁴

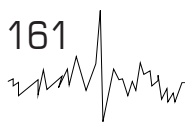
La consultoría, también es conocida como Consejería en enfermería, en el segundo nivel de atención, —como es el caso de la aplicación del Hospital General de México desde el 2008,— es utilizada como herramienta principal para promover la salud y fomentar la capacidad de decisiones de los familiares en el hogar.⁵

Actualmente, en el tercer nivel de atención en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN), se lleva a cabo la consultoría en enfermería, la cual fue implementada desde el 2011 otorgándose la primera consulta el 13 de septiembre, con el fin de beneficiar al enfermo por medio de la relación enfermera-paciente-familia esto, mencionado por Nava-Galan *et. al.*, en el *Modelo de la Consultoría de Enfermería Neurológica*.⁶

Debido a que las personas con daño neurológico, en muchos de los casos, presentan secuelas que lo vuelven dependiente total del profesional de salud y de su familia, la enfermera especialista en neurología debe tener el conocimiento, la experiencia, las habilidades, la capacidad para la toma de decisiones complejas y las competencias clínicas para propiciar el autocuidado y cuidado, por medio de sus familiares, en el hogar a los pacientes.

Este modelo es aplicado por profesionales en enfermería neurológica: especialistas capacitados, con experiencia clínica y pensamiento crítico, que poseen conocimiento y habilidad para proporcionar una consulta de alta especialidad. Los requisitos principales son: tener posgrado, experiencia clínica neurológica mínima de 5 años y cédula profesional.⁶ Su objetivo es: brindar capacitación y asesoramiento al paciente y sus familiares o cuidador primario, a través de la entrevista, valoración y educación para la salud. El modelo cuenta con tecnología que coadyuva a la implementación de instrucción educativa, a partir del uso y manejo de modelos anatómicos, para prevención de riesgos a la salud y, en apoyo, al conocimiento didáctico para, posteriormente, trasladarse a escenarios reales.

La consulta en el INNN se convierte en una estrategia en materia de salud. Frente a lo expuesto, la siguiente investigación pretende reflejar la eficacia de la Consultoría en Enfermería Neurológica, a partir de la mejora de los indicadores de satisfacción del usuario. Describe el impacto de la consultoría neurológica,



mediante su relación con el número de reingresos hospitalarios por mal cuidado en el hogar, o el apego al tratamiento, además de la disminución de la asistencia clínica y el impactando en la disminución en los costos hospitalarios en el tercer nivel de atención.

JUSTIFICACIÓN

La enfermería es considerada una de las disciplinas más antiguas, el acto de cuidar data desde la aparición del hombre, ha evolucionado y se ha fortalecido a partir de los cambios epidemiológicos, sociales y culturales que ha experimentado la sociedad. La profesionalización ha traído consigo un grado de autonomía por lo que la consultoría se puede ofertar, de manera individual, hacia una población asignada. Como lo menciona Nava-Galán, el proyecto de Consultoría en Enfermería Neurológica, ha realizado diversas actividades y una ardua labor por enaltecer y revalorar al profesional de enfermería, mediante prácticas de cuidado avanzado. Se ha utilizado material didáctico, como modelos anatómicos, y promocionado de diversas formas, para buscar su posicionamiento y aceptación no solo con los usuarios, si no también en todo el gremio de enfermería. Sin duda, a más de 5 años desde su inicio, los cambios han sido grandes.

Asimismo, se observó que los reingresos hospitalarios y las causas más frecuentes de hospitalización, en 2012, se registraron como: tumores cerebrales (benignos y malignos), enfermedad cerebrovascular, esquizofrenia, epilepsia, hemorragia subaracnoidea y neurocisticercosis.

Por lo que se refiere a los ingresos hospitalarios al INNN, durante el periodo 2009-2010, fueron de 1,479 pacientes; 53% correspondió al Servicio de Urgencias y el 47% a Consulta Externa, superando el 9% a los 1,361 ingresos de primer semestre 2009.⁷ La tercera parte de las alta hospitalarias egresaban con alguna discapacidad que requería apoyo de

cuidados en su domicilio que, en la mayoría de los casos, eran proporcionados por los familiares; al no haber profesionales que se dedicaran a la labor de consultoría, la demanda de atención clínica por consulta externa era muy alta. La Consultoría en Enfermería Neurológica fue la principal estrategia para disminuir la carga de trabajo.

Como ya se ha dicho, la Consultoría es un servicio profesional que proporciona asesoramiento orientando sobre los cuidados específicos de cada enfermo, además de la prestación de asistencia para impartir educación sanitaria y promover la salud. El Instituto cuenta con especialistas en enfermería neurológica que tienen el conocimiento, la habilidad, experiencia clínica neurológica y capacidad para elaborar una adecuada planeación, ejecución y evaluación de los requerimientos de cada paciente, lo cual que contribuyen en la calidad en la atención y de vida de la persona y familias a quién se brinda el servicio de consultoría.

Esta investigación contribuirá a evidenciar los beneficios que ha traído la implementación de la Consultoría en Enfermería Neurológica en el INNN, así como su relación con la disminución de reingresos hospitalarios. Además, los resultados pretenden ayudar a crear una nueva imagen, de los profesionales de enfermería, que mediante el cuidado avanzado como estrategia, desarrollan su actividad cotidiana.

OBJETIVOS

Describir el impacto de la consultoría neurológica, en el INNN, a partir de su relación con el número de reingresos hospitalarios por mal cuidado en el hogar.

HIPÓTESIS

El impacto de la consultoría neurológica, en el INNN, se relaciona con la disminución del número de reingresos hospitalarios por mal cuidado en el hogar.



MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo que realiza una revisión de registros clínicos de los pacientes atendidos en la consultoría de enfermería, tomando como principal herramienta la hora de ingreso hospitalario, en el periodo comprendido entre enero 2015 a marzo 2016 en el INNyN. El tamaño de la muestra fue de 146 expedientes.

- Criterios de inclusión: pacientes atendidos en consultoría neurológica en el periodo enero 2015-marzo 2016
- Criterios de exclusión: pacientes que no hayan sido atendidos por el área de consultoría neurológica; expedientes que no se encuentren disponibles en el archivo clínico.

El análisis se lleva a cabo con el programa SPSS versión 23 y Excel 2010.

RESULTADOS

Durante el periodo enero 2015 a marzo 2016 se atendieron 146 pacientes a quienes se otorgaron un total de 524 consultas, con un promedio de 3.6 consultas por paciente. Se recopilaron datos sociodemográficos de los pacientes, como la edad y género. La distri-

bución de pacientes de consultoría neurológica según el sexo indica que se atendieron 79 pacientes hombres (54.10%) y 67 mujeres (45.90%). El grupo de pacientes está formado por pacientes con edades comprendidas entre los 25-29 años en su mayoría con un 11.64% mientras que, el 1.37% son de 80-85 años, cuyas edades estaban distribuidas de forma aproximadamente equitativa, con una media de 47.51 años y una desviación estándar de 18.61 años.

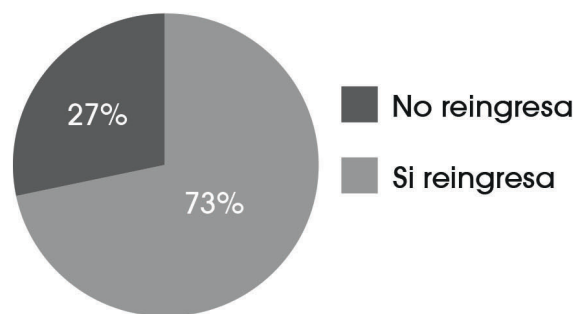
En relación con los diagnósticos se encontró que 44.5% pertenecía a neoplasias del sistema nervioso, seguidos por un 31.5% de las patologías vasculares, siendo el 2% de atrofas.

Del total de pacientes que conformaron la muestra evaluada, 106 pacientes (73%) no reingresaron y 40 pacientes (27%) si lo hicieron. Del total de pacientes reingresados, 16 (40%) lo hicieron por mal cuidado en el hogar (UPP, deshidratación, desnutrición, infecciones, etc), el 60% los reingresos restantes, lo hicieron por complicaciones del diagnóstico. El número de reingresos, en relación a la muestra total, representa el 10.9% y.

En términos de defunciones se encontró que de los 146 pacientes atendidos, solo el 9.59% fallecieron, en su mayoría de los casos, por complicaciones del diagnóstico.

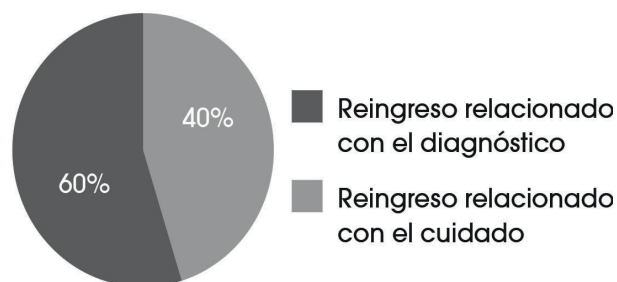
Distribución de pacientes atendidos en consultoría neurológica en relación con los reingresos en el periodo enero 2015 - marzo 2016

DISTRIBUCIÓN DE REINGRESOS		%
NO reingresa	106	72.60%
SI reingresa	40	27.40%
Total	146	100%



Distribución de los pacientes de consultoría neurológica según el motivo de reingreso periodo enero 2015- marzo 2016

VARIABLE SALUD-ENFERMEDAD MOTIVO DE INGRESO		
Reingreso Relacionado con el diagnostico	24	60%
Reingreso relacionado con el cuidado	16	40%
Total	40	100%



Distribución de pacientes atendidos en consultoría neurológica por diagnóstico en el periodo enero 2015- marzo 2016.

GRUPO DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA	%
Neoplasias del sistema nervioso	65	44.52%*
Patologías vasculares	46	31.51%
Enfermedades desmielinizantes	4	2.74%
Demencias	5	3.42%
Enfermedades inflamatorias del SNC	4	2.74%
Atrofias sistémicas con afección primaria SNC	3	2.05%*
Trastornos episódicos y paroxísticos	5	3.42%
Polineuropatías	5	3.42%
Trastornos extrapiramidales y del movimiento	4	2.74%
Otras enfermedades del SNC	5	3.42%
TOTAL	146	100

Distribución de pacientes atendidos en consultoría neurológica por defunciones en el periodo enero 2015- marzo 2016.

DISTRIBUCIÓN DE DEFUNCIONES		
	Frecuencia	%
Vivos	132	90.41
Muertos	14	9.59
	146	100

Fuente: Base de Datos de Pacientes Atendidos en Consultoría de enfermería durante el periodo enero 2015- marzo 2016 INNyN.

DISCUSIÓN

La intervención de enfermería, a través del modelo de consultoría, tiene objetivos claros en torno a la mejora de la calidad de vida de las personas con riesgos y/o daño neurológico, el impacto de esta se puede relacionar con el número y las causas de reingresos hospitalarios, así como con el número de días de estancia de hospitalización. Un dato que

se acerca al objetivo de la consultoría en enfermería, es la buena condición de cuidado general que presentaron los pacientes que reingresaron a causa del propio diagnóstico.

La consultoría en enfermería contribuye a mejorar la calidad de vida de los usuarios del Instituto al evitar o reducir el número de reingresos hospitalarios por mal

cuidado en el hogar y representa una oportunidad, para el profesional de enfermería, para ejercer una práctica autónoma y con fundamento científico.

Sin embargo, es necesario un análisis más profundo de los casos de los pacientes que no reingresaron, lo anterior a fin de conocer su condición clínica actual, de manera que se pueda contribuir al autocuidado de forma correcta y controlada. Pero además, profundiza el análisis servirá para retroalimentar el conocimiento, de manera continua, del equipo de enfermeros para responder a las exigencias de los avances en el cuidado de la salud. Así mismo, de los casos que reingresaron será conveniente analizar otros factores como son: tipo de la patología, edad, entre otros.

La consultoría de enfermería neurológica debe brindar una amplia cobertura extendiéndose a diferentes áreas de primera necesidad como heridas, estomas y cuidado para el adulto mayor. Con la consultoría en enfermería se promueve la cultura del autocuidado y se incursiona en la Enfermería de práctica avanzada (EPA).

Se puede afirmar que el número de reingresos, por mal cuidado en el hogar, ha disminuido gracias al impacto de la consultoría neurológica, lo cual nos reitera que los profesionales de enfermería están capacitados para llevar a cabo la consulta de especialidad, dando solución a problemas reales en cada situación.

PERSPECTIVA

La Consultoría de especialidad permitirá desarrollar un modelo de atención de enfermería neurológica que no sólo contribuya con la demanda de atención disminuyendo reingresos, sino que, mejorando las condiciones clínicas del paciente dentro y fuera de la institución, se disminuyan los costos y se mejore la calidad de vida del paciente.

CONCLUSIÓN

Esta es una de las principales estrategias que los profesionales de enfermería han desarrollado para el cuidado avanzado que ayudan a reducir tiempo, dinero y esfuerzo. Sin duda la labor apenas comienza, pero augura un gran paso en el camino del posicionamiento de la profesionalización de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Martínez-Martín M.L., Chamorro-Rebollo E. Historia de la enfermería "Evolución histórica del cuidado enfermero", (en línea). España: El Sevier: 2017 3 ed., (Fecha de acceso 25 de octubre 2016). Disponible en: <https://books.google.com.mx/>
- Tapia-Yañez T., Muñoz-Montes A., La consulta de enfermería, propuesta de mejora en los programas de diálisis peritoneal. Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Soc. (en línea) 2010; 18(3):159-162. disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2010/eim103g.pdf> (consultado 12 oct 2016)
- Vargas-García C. Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento México (CIM-Gen). Disponible en: <http://www.comunit.com/la/node/37725>. (Consultado el 20 de agosto de 2014)
- Muñoz-Hernández O. Programas Integrados de Salud. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44 (Supl 1): S1-S2
- Castro-Serralde, Padilla-Zárate, Solís-Flores. Consejería personalizada en enfermería en el Hospital General de México. Rev. Med. Hosp. Gen. Mex. 2009; 72(4): 228-230. (en línea) Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2009/hg094j.pdf> (consultado 20 de septiembre 2016)
- Nava-Galán MG, Valdez Labastida R., Zamora Ruiz P, Modelo de consultoría en enfermería neurológica. Enf Neurol (Mex), 2012, Vol. 11;(1): 6-13. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene121b.pdf> (Revisado: 15/8/2016).
- Base de datos de ingresos hospitalarios del Instituto Nacional de Neurología Manuel Velasco Suárez 2010.
- Pulcini J1, Jelic M, Gul R, Loke AY, An international survey on advanced practice nursing education, practice, and regulation. J Nurs Scholarsh. 2010 Mar;42(1):31-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20487184> (consultado: 20/9/2016).
- Franks H, Howarth M. Being an effective nurse consultant in the English National Health Service: what does it take? A study of consultants specializing in safeguarding. J Nurs Manag. 2012 Oct;20(7):847-57. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23050618> (Revisado: 27/4/2016) 15:09 hrs).
- Soto A. Enfermeras ejerciendo de manera independiente, por Guillermina Arenas Montaña. Cimacnoticias México, DF. 19/02/2015 Disponible en: <http://www.cimacnoticias.com.mx/node/68854> (Revisado: 20 de julio 2015).



11. Martínez E., Aranz JA., ¿Existe relación entre el reingreso hospitalario y la calidad asistencial?, *Rev. Calidad Asistencial*, 2002, 17 (2): 79-86. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X02774824> (Revisado: 6/8/2016).

12. Miralles Martínez A, Díez Tejedor E. Análisis de la demanda asistencial de la población inmigrante en la atención neurológica ambulatoria. *Neurología. Sociedad Valenciana de Neurología* 2008;23:361—Organización Panamericana de Salud.

13. Castrillón MC. La disciplina de Enfermería. En: *Desarrollos y perspectivas de la profesión de Enfermería*. *Inv Edu Enfer* 2000;10 (2): 53-6.

14. Castro-Serralde E, Padilla-Zárate MP, Solís-Flores L. Consejería personalizada en enfermería en el Hospital General de México. *Rev Med Hosp Gen Mex* 2009; 72 (4): 228-30.

15. Dávalos-Alcázar AG, García-Salinas D. La aplicación de la tecnología educativa en la formación del capital humano en enfermería. *Enf Neurol*. 2014; 13 (1) 33-6.



PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A LA CLÍNICA UNIVERSITARIA REFORMA

PERSPECTIVE OF THE QUALITY OF LIFE IN THE ELDERLY WHO ATTEND THE CLINIC UNIVERSITARIA REFORMA

Recibido 14 de agosto 2017
Aceptado 20 de diciembre 2017

Correspondencia:
Mtra. Elizabeth Araceli Izquierdo Barrera
Correo:shamoyito19@gmail.com
shamo_nequiz@hotmail.com

Autores:

Nequiz Jasso Jonathan Moisés
*Pasante de la Lic. en Enfermería.
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.*

Munguía Gómez Abraham
*Pasante de la Lic. en Enfermería.
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
Campus I Av. Guelatao No. 66 Col. Ejército de Oriente,*

Mtra. Elizabeth Araceli Izquierdo Barrera
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.



RESUMEN

Introducción: La calidad de vida con frecuencia es definida por la satisfacción que ocurre en el individuo contemplando aspectos ambientales, sociales, psicológicos y físicos. Para el adulto mayor, satisfacer cada uno de estos aspectos es importante y un tanto difícil principalmente por las circunstancias que se presentan en su vida cotidiana.

Objetivo: identificar la percepción de calidad de vida en el adulto mayor que acude a la clínica Universitaria Reforma.

Metodología: se realizó un estudio cualitativo, observacional, prolectivo, transversal y descriptivo, a 104 adultos mayores de 60 años, que acudieron a la Clínica Universitaria Reforma, en abril 2016. Se aplicó la escala de calidad de vida de la OMS WHOQOL y los datos obtenidos se analizaron a través de frecuencias y porcentajes.

Resultado: el 70% de los adultos mayores tienen una percepción promedio de su calidad de vida; la cual incluyó 4 esferas: medio ambiente, con 74%, salud física con 63%, aspecto psicológico 62% y relaciones sociales 55%.

Conclusión: las dimensiones que conforman la calidad de vida dependen de la percepción de las necesidades de la persona, a mayor satisfacción de éstas, mejor será su proceso de envejecimiento y por ende su calidad de vida será mejor.

Palabras clave: calidad de vida, adulto mayor, satisfacción.

ABSTRACT

Introduction: quality of life is often defined by the satisfaction that occurs in the individual contemplating environmental, social, psychological and physical aspects. For the older adult, satisfying each of these aspects is important and somewhat difficult, mainly due to the circumstances that arise in their daily life.

The objective of this study was to identify the perception of quality of life of the elderly who are treated at the Reforma University clinic.

Methodology: a qualitative, observational, prolective, cross-sectional and descriptive study was carried out on 104 adults over 60 years of age, who attended the Reforma University Clinic; in April 2016. The WHOQOL WHO quality of life scale was applied and the data obtained were analyzed through frequencies and percentages.

Result: 70% of older adults have an average perception of their quality of life; which included 4 spheres: environment, with 74%, physical health with 63%, psychological aspect 62% and social relations 55%.

Conclusion: the dimensions that make up the quality of life depend on the perception of the needs of the person, the greater satisfaction of these, the better their aging process and therefore their quality of life will be better.

Key words: quality of life, older adult, satisfaction.



INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la de calidad de vida, como la satisfacción que ocurre, en el individuo, de aspectos físicos y del medio ambiente. Para el adulto mayor percibir la satisfacción de cada uno de estos aspectos es importante para definir su calidad de vida, pues el equilibrio de la interacción de ellos en su vida cotidiana y el contexto en el que viven presenta barreras sociales y culturales que limitan su desarrollo integral.¹⁻²

Según información de la Encuesta Intercensal 2015, en México hay 12.4 millones de personas de más de 60 años, lo que representa 10.4% de la población total. La mayor parte de la población mayor de 60 (88.1%) forma parte de un hogar familiar, mientras que 11.1% forman hogares unipersonales. Durante el segundo trimestre de 2016, la población ocupada de 60 y más años representa 33.6 por ciento.³

Los adultos mayores, al igual que las personas jóvenes, tienen metas y actitudes que poseen aún durante esta etapa de la vida. Desgraciadamente, en México, se tiene una percepción muy negativa de la vejez, debido a que no se les visualiza de manera integral como personas con capacidades, intereses e inquietudes, ello provoca incluso una marginación laboral, familiar, social y política. La calidad de vida se define a partir de aspectos como la participación social, religiosa, cultural, económica, y afecto social, entre muchos más.⁴⁻⁵

La sociedad describe o percibe al adulto mayor de acuerdo a su experiencia; es por eso que para algunos la vejez es una etapa feliz y satisfactoria en la vida; pero otros más, pueden responder que es una etapa de sufrimiento, enfermedad, padecimiento, etc., además de las múltiples definiciones y descripciones que pueda haber de la vejez debemos considerar las familiares y sociales.⁶

Una de las principales formas para la valoración y estudio del adulto mayor, en todos sus aspectos; tanto psicológicos, sociales y biológicos, fueron las "teorías micro", primera generación de teorías de

gerontología social que surgen de la interacción de la gerontología y la psicología social, razón por la cual tiene marcado un carácter individualista para el desarrollo del adulto, la cuestión esencial es la capacidad de interacción del individuo con su medio social y, para estudiarla en toda su extensión, se acude a factores de nivel micro como papeles, normas y grupos de referencia.⁷

Pero no es suficiente llegar a la vejez para sentir la plenitud de la vida; su llegada no garantiza, por sí misma, su alcance. Por ello la vejez, dimensionada como fenómeno individual y colectivo, amerita una detención reflexiva y el riesgo de un preguntar sostenido acerca de su razón de ser en la vida humana. Al envejecer, la percepción de la propia imagen corporal, vida social y sexual se empieza a transformar, en este sentido, envejecer resulta más complicado para las mujeres por el gran peso cultural que se da a la juventud y a la maternidad.⁸

La importancia de la calidad de vida se debe ajustar a la esperanza de vida, de lo contrario aumentará la expectativa de incapacidad. Es necesario generar una mejor calidad de vida en el adulto mayor para incrementar el estado de confort en el aspecto social, para así poder mejorar el estadio de salud, la etapa funcional y un mejor equilibrio mental. Por lo que un adulto mayor que alcance cada vez más participación, expresión, relación, paz, dignidad y amor logrará una mayor calidad de vida.⁹

Se debe liberar al adulto mayor de esa imagen de incapacidad y soledad, contribuyendo a consolidar su papel social, redescubrir sus capacidades y habilidades, enriqueciendo su autoestima como protagonista activo. No se trata de afirmar que la población de edad mayor está aumentando, se requiere el incremento de espacios y actividades para ellos.¹⁰

El crecimiento de las tasas de población de adultos mayores ha suscitado el interés generalizado por un gran número de aspectos relacionados con las personas mayores. De entre ellos, tal vez la calidad



de la vida (CV) constituye, hoy por hoy, uno de los temas de estudio más importantes para las ciencias sociales y de la salud, pues supone una de las máximas aspiraciones de todo ser humano, quizás por ello se está convirtiendo en un tema frecuente tanto en la literatura científica, como en el uso que del tema hacen las personalidades sociales y políticas, tanto desde el punto de vista poblacional como del individual.^{11,12}

La presente investigación surge del interés en identificar la percepción de calidad de vida en adultos mayores que acuden a la Clínica Reforma, para analizar las representaciones que éste percibe en cuestión de su calidad de vida y las que enfrenta en su vida diaria.

METODOLOGÍA

Es un estudio de tipo cuantitativo, observacional, prolectivo, transversal y descriptivo, que se realizó a una población de 104 adultos mayores que acudieron, durante abril de 2016, a la Clínica Universitaria Reforma. Siendo la variable universal la percepción de la calidad de vida que el adulto mayor tiene durante esta etapa.

Se aplicó el instrumento WHOQOL-BREF de la OMS que consta de 26 preguntas; 24 de ellas están divididas en 4 dominios (físico, psicológico, relaciones sociales y medio ambiente) 2 preguntas son globales, cada una con 4 categorías tipo Likert para evaluar la calidad de vida del adulto mayor. El test proporciona un puntaje general relacionado con la percepción de la calidad de vida total.

El análisis de la información se realizó mediante estadística descriptiva utilizando el paquete SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 21.

RESULTADOS

La mayor parte de la población estuvo constituida por el sexo femenino 66%, mientras que, el 34% correspondía al sexo masculino; teniendo un rango de edad de 60 a 99 años, con una media de 70 años; se dividió en tres grupos por rango de edad, el primero de 60 -74 años

representa un 70%, el segundo de 75-84 años el 27% y el grupo más longevo representa un 3%. En cuanto al estado civil del adulto mayor el 56% son casados; el 36% son viudos; 3% son solteros; 3% separados; 1% divorciados y 1% en vive en unión libre con 1% respectivamente (tabla 1).

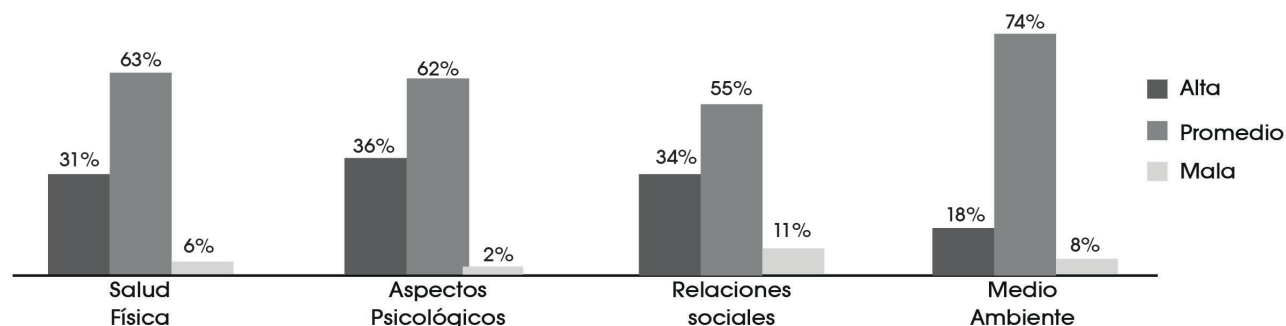
Tabla 1. Características sociodemográficas.

CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS	FRECUENCIA n= 104	PORCENTAJE %
Sexo		
Femenino	69	66%
Masculino	35	34%
Edad		
60 -74	73	70%
75 - 84	28	27%
≥ 85	3	3%
Estado civil		
Soltero	3	3%
Separado	3	3%
Casado	58	56%
Divorciado	1	1%
Unión libre	1	1%
Viudo	38	36%

Fuente: EGI, Abril 2016, Clínica Universitaria Reforma

En la evaluación de la percepción de calidad de vida, a partir de las 4 esferas: medio ambiente, aspecto psicológico, relaciones sociales y salud física, se observa el predominio de la calidad de vida promedio para las cuatro dimensiones, que en términos de favorable, el de medio ambiente es el de mayor importancia con 74%, seguido de salud física con 63%, aspecto psicológico 62% y relaciones sociales 55%. En la percepción de mala calidad se observa el dominio de la variable relaciones sociales con un 11%, seguida en el medio ambiente con 8%, salud física de 6% y aspectos psicológicos con 2% (gráfica 1).

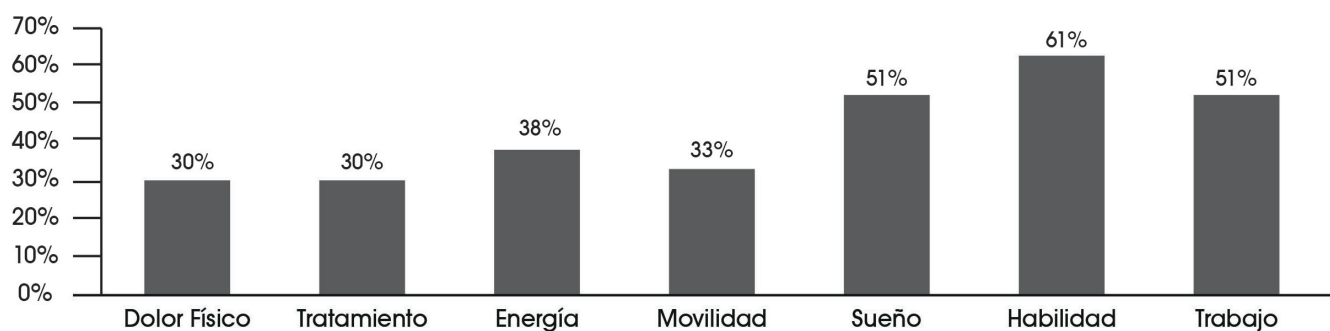
Gráfica 1. Percepción de la calidad de vida.



En relación a la percepción de la salud física, 61% de los adultos mayores consideran estar satisfechos con las habilidades que poseen, el 51% considera tener la capacidad para trabajar y conciliar el sueño. Para el 38% de ellos la energía que tienen es suficiente y, al igual que el 33% piensan que posee la capacidad de movilidad necesaria para

seguir realizando sus actividades diarias, sin sentir cansancio, el 30% de ellos percibe que el dolor físico es una barrera para seguir con sus actividades de la vida diaria, ya que el 30% ese mismo número de los adultos mayores complementa el tratamiento que llevan para cumplir con sus tareas o actividades sin problemas (gráfica 2).

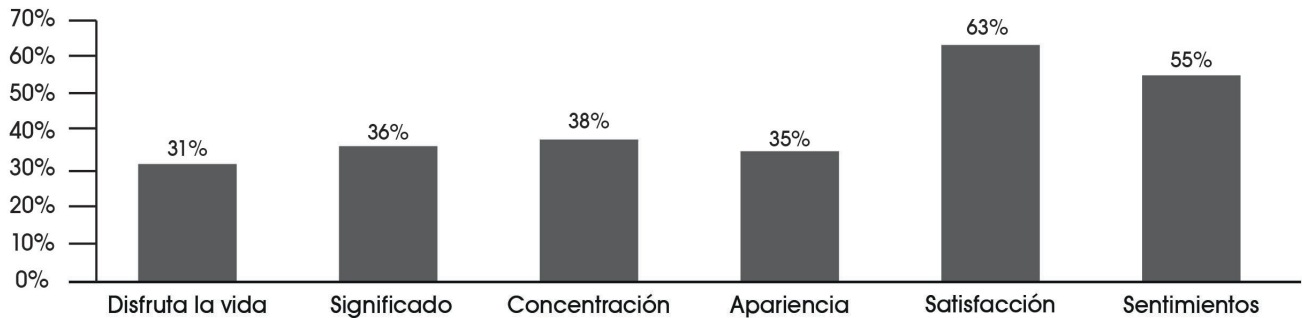
Gráfica 2. Percepción de la salud física



Del total de los adultos mayores se puede apreciar que el 63% está satisfecho con su vida y el éxito que han alcanzado; sin embargo, no todos los adultos mayores disfrutan por completo de la etapa de la vejez pues sólo el 31% refirió disfrutar de la vida moderadamente. Por otra parte, hallamos que sólo el 36% encuentra un significado en su vida ya sea religioso, espiritual o personal; cabe destacar que la gran mayoría experimentan soledad, abandono

y se refugian en grupos de apoyo que les ayudan a tener una vida feliz durante esta etapa. Esto se refleja en el hecho de que el 55% de ellos refieren haber experimentado sentimientos de tristeza, desesperación, ansiedad o depresión. El 38% logra concentrarse solo un poco en las actividades que realiza y, el 35% acepta, forzosamente, su apariencia física actual, muchos añoran su aspecto físico cuando eran jóvenes (gráfica 3).

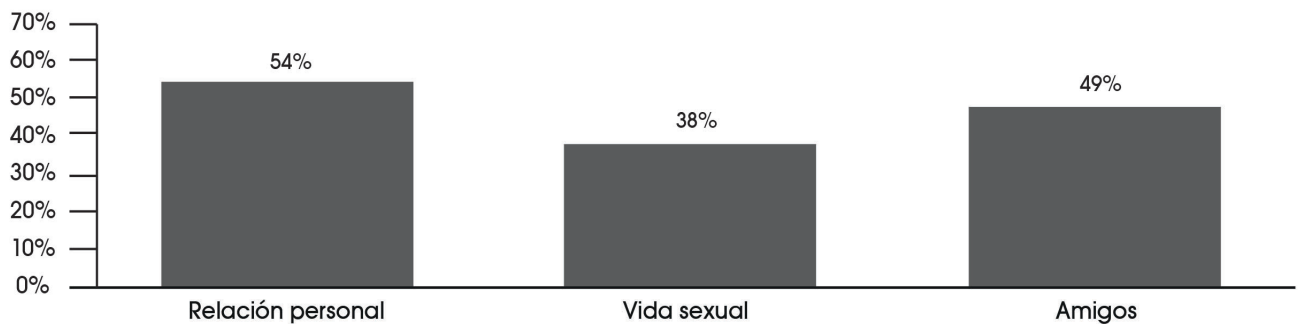
Gráfica 3. Aspectos psicológicos



En relación a la satisfacción percibida en sus relaciones sociales, el 49% de los adultos mayores están satisfechos con la relación que llevan con sus amigos, el 38% de ellos encuentran satisfechos con

su vida sexual, manifestando que la convivencia con su pareja es la adecuada. En cuanto a sus relaciones personales el 54% están satisfechos (gráfica 4).

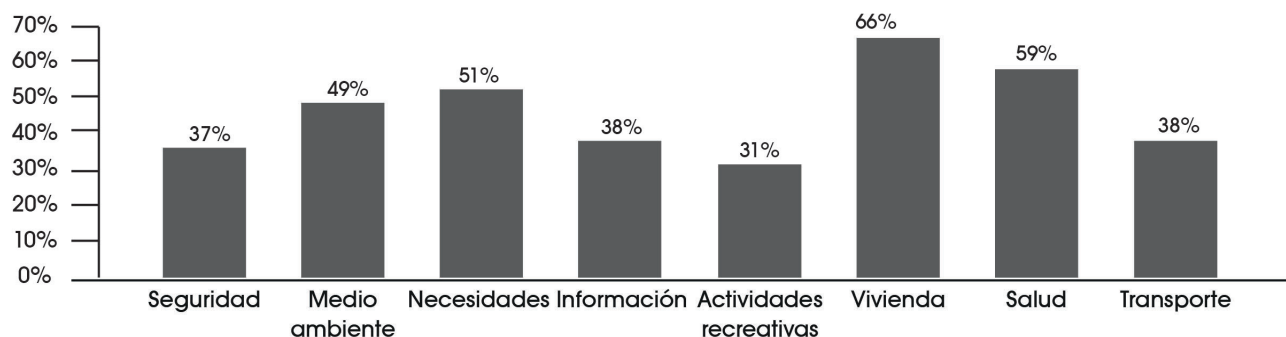
Gráfica 4. Percepción de la satisfacción social



El 66% se encuentra satisfecho, con su vivienda, para realizar sus actividades diarias; asimismo, el 59% refiere satisfacción con el acceso a los servicios de salud. El 51% de ellos refiere que no logra cubrir todas sus necesidades básicas, de igual manera resulta con los medios de transporte e información, pues sólo el 38% considera estar moderadamente satisfecho ya que, muchas veces, los transportes son ineficientes y no se encuentran adaptados con dispositivos de apoyo para los adultos mayores.

En cuanto al acceso a la información, con frecuencia los adultos mayores desconocen que hay apoyo para su desarrollo personal o los trámites para inscribirse en algún programa. En tanto a la participación en actividades recreativas el 31% refieren no tener conocimiento de programas que les apoyen en este aspecto. Por lo que se refiere a seguridad, el 37% menciona sentirse poco satisfecho y, el 49%, considera estar medianamente complacido con el medio ambiente que los rodea (gráfica 5).

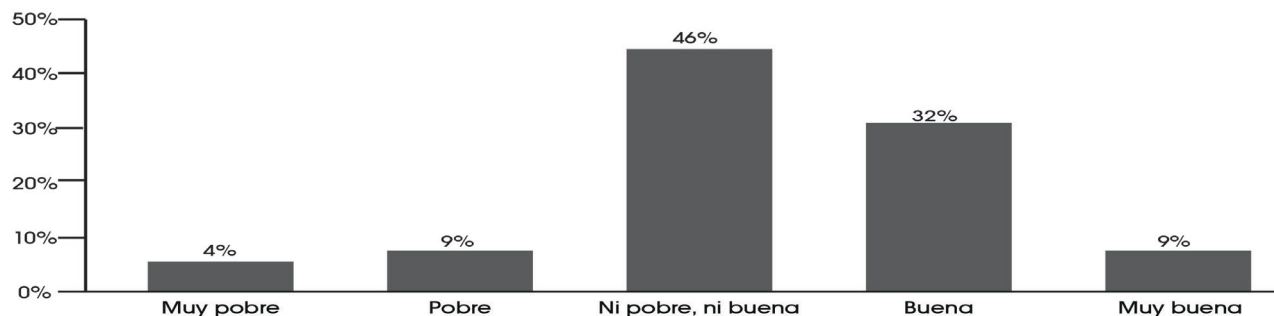
Gráfica 5. Satisfacción de medio ambiente



De forma individual, los adultos mayores encuestados evalúan su calidad de vida como "ni pobre" y "ni buena" en un 46% seguida de una calidad de vida "buena" con 32%. Es decir que la

evaluación, en promedio, es satisfactoria ya que implicaba su percepción sobre calidad de vida a pesar de las condiciones físicas y psicológicas (gráfica 6).

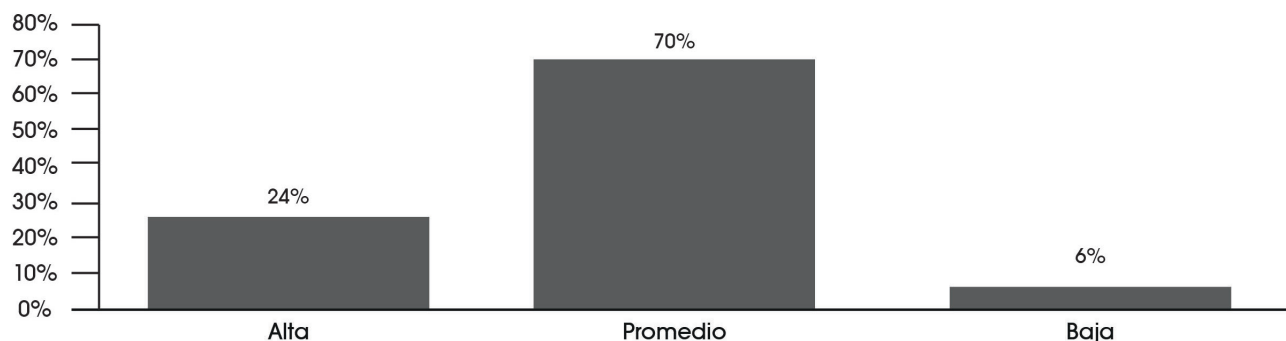
Gráfica 6. Evaluación de calidad de vida



De forma general, la percepción de los adultos mayores, prevalece la calidad de vida promedio

con un 70%, seguida de alta con el 24% y baja solo un 6% (gráfica 7).

Gráfica 7. Calidad de vida



DISCUSIÓN

La percepción de calidad de vida que tienen los adultos mayores de la Clínica Universitaria Reforma se encuentra en un nivel promedio, en comparación con lo que menciona Cerón S. en el 2010¹³ y Eugenia B. en 2007,¹⁴ donde se reporta que los adultos mayores tienen una buena y alta calidad de vida.

Los dominios por los cuales se define la percepción de calidad de vida, en este sentido se observa con una percepción promedio; en comparación con el estudio de González-Celis en su estudio calidad de vida en el adulto mayor del Instituto de Geriátrica en México,¹⁵ donde se reportó que los adultos mayores entre 65 y 74 años, se concentran en tres dimensiones en particular: vitalidad, función social y salud mental que constituyeron los dominios en donde los adultos mayores tenían una percepción de calidad promedio.

Cabe resaltar que, en lo que respecta a las relaciones sociales, muchos refieren que la convivencia e, incluso la confianza, es mejor con sus amigos y su pareja que con la propia familia; ya que muchos son olvidados e incluso discriminados, volviendo mala la relación con los hijos, familia y sociedad.

La percepción del adulto mayor sobre su calidad de vida demuestra que la mayoría de la población pertenece a la categoría promedio; cabe mencionar que, aun con la falta de recursos económicos, capacidad para el trabajo y la no satisfacción en relación con familiares, se obtienen porcentajes altos de factores que no limitan a los adultos a encontrar satisfacción a su vida.

CONCLUSIÓN

El objetivo fue conocer cómo percibe el adulto mayor su calidad de vida, a través del análisis de las representaciones sociales, psicológicas y biológicas que tiene de la misma. Este análisis permitió entender que la principal

tarea de las personas mayores es la de comprender y aceptar su propia vida, utilizar su gran experiencia para hacer frente a los cambios personales o a sus pérdidas.

Se concluye que, en México el envejecimiento, para la mayoría de los pobladores, es un problema a largo plazo que afecta las expectativas que se han formado a lo largo de su vida, esto es producto con frecuencia que ante la sociedad el adulto mayor, da la imagen de ser una persona no útil y frágil dada su avanzada edad; de igual modo, la presencia de algunos trastornos y enfermedades. Para atacar esta problemática es necesario formular estrategias que fomenten la participación activa y real de la población adulta mayor, en tanto personas que aportan desde sus saberes, necesidades y potencialidades. Es preciso asegurarnos que, para los adultos mayores se preserve y enriquezca la garantía de los derechos universales: salud, vivienda, alimentación, recreación, cuidado y participación, entre otros.

El envejecimiento de la población en México debe ser evaluada para con ello dar justa dimensión a sus defectos y virtudes, de manera que no sólo se eviten injusticias y discriminación. Pues, es imperante recordar que, los adultos mayores tienen la necesidad de plantearse nuevas metas y reorganizar su vida para evitar caer en la inutilidad y el ocio; en consecuencia con el tiempo, les puede provocar algún deterioro en la salud. Además, los profesionales de salud, tienen la obligación de velar por los adultos mayores para que los programas de promoción y prevención favorezcan su salud física, psicológica y social, y así, garantizar con ello su calidad de vida y apoyar al desarrollo satisfactorio de esta etapa.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rubio-Olivares DY, Rivera-Martínez L, Borges-Oquendo L, Gonzales-Crespo F. Calidad de vida en el adulto mayor. Varona (internet); 2015, julio-diciembre, no.61 (acceso 24-04-2016). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3606/360643422019.pdf>.
2. Flores M. Calidad de vida y salud en adultos mayores de viviendas multifamiliares en Guadalajara Jalisco, México. Procesos Psicológicos y Sociales, Revista Argentina de Clínica Psicológica (internet) 2010. Vol. 6 No. 1 y 2; (acceso: 26-04-2016). Disponible en: <http://www.uacm.kirj.redalyc.org/articulo.oa?id=281931436010>
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (Internet). México: 2016 Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad; (acceso 25-04-2017). Disponible en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/edad2016_0.pdf
4. Márquez, M.T. Transición. Envejecer no es de cobardes. México Editorial Norma; 2007.
5. Ham-Chande P. El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud en México. Salud Pública (internet) 1996 Nov- Dic; vol. 38, No. 6; (acceso: 25-04-2016). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10638603>
6. Arronte A, Beltrán C, Correa M, Martínez M, Mendoza N. Manual para la evaluación gerontológica integral en la comunidad, 2da Ed. México: FES Zaragoza, UNAM. 2008.
7. Díaz-Tendero A. Estudios de población y enfoques de gerontología social en México. Papeles de población (internet); vol. 17, núm. 70, octubre-diciembre, 2011, pp. 49-79 Universidad Autónoma del Estado de México Toluca, México (acceso 24-04-2016) Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11221584004>
8. Arce H, Contreras P, Gutiérrez B. La vejez (conferencia). Madrid. Alguazara. Seminario Estudiantes de Psicología de la Universidad de Concepción. 2013
9. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Ciencias y Enfermería IX (Internet). 2003, octubre, Vol. 2 (acceso: 24-04-2016). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-9553200300020000200200002&lng=es.
10. Mendoza-Núñez VM, Martínez-Maldonado ML. Cambios biológicos durante el envejecimiento. En: Mendoza-Núñez VM, Martínez-Maldonado ML, Vargas-Guadarrama LA, editores. Gerontología Comunitaria. México: FES Zaragoza, UNAM. 2004.
11. Baster JC. Hacia un envejecimiento mayor. Correo científico médico de Holguin (internet); 2003 (editorial en línea). COCMED. 2004 marzo; Vol.7 No.2 Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no72/n72edi.htm>
12. Mendoza-Núñez VM, Martínez-Maldonado ML, Vargas-Guadarrama LA. Envejecimiento activo y saludable. Fundamentos y estrategias desde la gerontología comunitaria. México: FES Zaragoza, UNAM. 2013.
13. Cerón-Santes MI, Sánchez-Espinosa A, Riego-Azuara NA. Estudio sobre la percepción que tiene el adulto mayor de su calidad de vida. Portal médicos. (internet); 2013 (Acceso 28-04-2016) Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/percepcion-adulto-mayor-calidad-de-vida/>
14. Botero E., Pico-Merchan M. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de 60 años, hacia la promoción de la salud (internet) 2007 enero- dic, Vol. 12 (acceso: 24-04-2016.) Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126689002>
15. González AL, Rangel C. Calidad de vida en el adulto mayor, Instituto de Geriátrica en México. (internet), 2009. (acceso 28-04-2016); Disponible en: http://www.pactemospaz.utsem-morelos.edu.mx/files/librosdocentesydirectivos/adultos_mayores/Calidad%20de%20Vida%20Adulto%20Mayor.pdf



FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PARTICIPACIÓN EN CURSOS DE EDUCACIÓN CONTINUA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

ELEMENTS THAT INFLUENCE THE PARTICIPATION OF NURSING STAFF IN CONTINUOUS EDUCATION COURSES

Recibido: 22 junio 2017
Aceptado: 29 noviembre 2017

Correspondencia:
Mtra. Olga Taboada-Aranza
Dom. Lino Merino No. 411, Col. Juan Escutia
09100, Del. Iztapalapa, Ciudad de México.
Correo electrónico: taao3@yahoo.com.mx
Cel. 55 5186 4036
Tel. 2633 807

Palabras clave: educación continua, capacitación, enfermería.

Key words: continuous education, training, nursing.

Autores:

Gabriela Hernández Velazco

Licenciada en Enfermería. Enfermera general ISSSTE. Alumna del Curso Postécnico Gerencia y Docencia en Enfermería de la ENEI del ISSSTE.

Beatriz Ramos Arista

Licenciada en Enfermería. Enfermera general ISSSTE. Alumna del Curso Postécnico Gerencia y Docencia en Enfermería de la ENEI del ISSSTE.

Olga Taboada-Aranza

Maestra en Enseñanza Superior. Profesora Tiempo Completo de la Carrera de Cirujano Dentista de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM.

Julio César Cadena-Estrada

Maestro en Enfermería. Jefe de Enseñanza e Investigación del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez".



RESUMEN

Introducción: la educación continua se concibe como una modalidad educativa que permite, a una persona –profesional o no–, actualizarse en un área específica para desarrollarse profesionalmente.

Objetivo: determinar los factores que influyen en la participación, en cursos de educación continua, del personal de enfermería.

Material y métodos: estudio observacional, trasversal, prolectivo y descriptivo, a una muestra por conveniencia de 136 sujetos, conformada por personal de base del área de enfermería del Hospital General Fernando Quiroz Gutiérrez del ISSSTE. Los datos fueron recolectados con un instrumento diseñado ex-profeso, auto-administrado, con una confiabilidad Alpha de Cronbach de 0.93 (0.82-0.93).

Resultados: de la participación en cursos de educación continua en los que participa el personal de enfermería, llama la atención el reporte de no asistencia a los mismos del 34% (46) de los enfermeros(as). La antigüedad que tiene el personal de enfermería dentro del instituto, se correlaciona de manera negativa con el número de cursos tomados ($r_s = -0.316$, $p < 0.0001$) esto es, a mayor antigüedad, menor número de cursos tomados; mientras que a mayor nivel académico, se observa una correlación positiva, es decir que, asisten a un mayor número de cursos ($r_s = 0.265$, $p < 0.002$).

Conclusión: Los cursos de educación continua deben tener características de visibilidad que los hagan atractivos y, en su programación, deben considerarse las habilidades que se desea sean adquiridas.

Palabras clave: Educación continua, capacitación, enfermería.

ABSTRACT

Introduction: continuous education is conceived as an educational modality that allows a person – professional or not– to update in a specific area to develop professionally.

Objective: to determine the elements that influences the participation of nursing staff in continuous education courses.

Materials and methods: an observational, transverse, prolective and descriptive study, in a convenience sample of 136 subjects comprised of nursing staff working at the General Hospital Fernando Quiroz Gutierrez of ISSSTE. Data were collected with a self-administered ex-professed instrument with a Cronbach Alpha reliability of 0.93 (0.82-0.93).

Results: from information about the continuous education courses in which the nursing staff participates, we must highlight the non-attendance report of 34% (46) of the nurses. The seniority of the nursing staff within the institute matches negatively with the number of courses taken ($r_s = -0.316$, $p < 0.0001$), that is, the higher the number of years working, the less courses are taken; while at a higher academic level it correlates positively, that is, they attend a higher number of courses ($r_s = 0.265$, $p < 0.002$).

Conclusion: continuous education courses must become attractive; it is necessary to display the skills to be acquired in their programming.

Key words: continuous education, training, nursing.



INTRODUCCIÓN

La educación es un componente de la vida, ocurre de manera continua y dinámica en el tiempo y en el espacio. El tiempo escolar no es el único espacio de formación, de aprendizaje y de cultura, el fenómeno educativo ocurre en otros lugares –las empresas, la calle, el trabajo, en los tiempos sociales y durante el ocio, entre otros– y como Boff decía “no sólo se aprende con el cerebro, ni sólo en la escuela, se aprende en la vida entera y en todas las formas de vivir”.¹

William, mencionado por Chong, puntualiza que el conocimiento adquirido a través de la formación profesional básica tiene una vida media de 2.5 años, al final de este período, si el conocimiento no se ha actualizado a través de la educación continua se torna obsoleto, lo que genera un mal desempeño del ejercicio profesional.²

La educación continua es un proceso de formación y actualización de conocimientos y habilidades al que las personas deben someterse con el propósito de mejorar su desempeño profesional; dentro de estos se encuentra el personal de enfermería, que requiere actualizar día a día sus conocimientos en el área de la salud –ante el acelerado desarrollo de la ciencia y la tecnología– con el propósito de mejorar sus destrezas, lo que posibilita una mejor práctica profesional, en este sentido la CONAMED señala que los eventos adversos ante el cuidado de enfermería, por lo general, se presentan por la falta de conocimiento.³

Cabe señalar que, a medida que los conocimientos cambian –y con ellos la tecnología, las herramientas y los procedimientos–, la educación continua es una estrategia clave para aumentar las competencias del profesional de enfermería, y con ello, mantener la calidad en la atención.⁴

Hay estudios que muestran una relación directa entre la participación del personal de enfermería en cursos de educación continua, con el mejoramiento de la práctica clínica, la alta productividad, el clima organizacional y la satisfacción laboral.⁵

La importancia de la educación continua es evidente en una sociedad como la nuestra que, transforma su productividad en función del conocimiento acelerado y del progreso técnico, y en la cual la posibilidad y, sobre todo, la necesidad de aprender no puede darse por terminada, en este contexto, el propósito de esta investigación fue determinar los factores que influyen en la participación en cursos de educación continua del personal de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, prolectivo, transversal, descriptivo,⁶ en el que se seleccionaron, a través de un muestreo por conveniencia, 136 integrantes del personal de enfermería del Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez del ISSSTE., seleccionados a través de un muestreo por conveniencia, de ellos El 16% (22) del sexo masculino y 84% (114) del femenino; con una media de edad de 40.8 (\pm 8.7), mínima 22, máxima 63.

Para evaluar los factores que influyen en la participación del personal de enfermería en los programas de educación continua, se aplicó el cuestionario modificado de Flores y colaboradores:⁷ *Evaluación de la participación de los cursos de educación continua del personal de enfermería*, que este es un cuestionario diseñado para evaluar las siguientes dimensiones: A. Datos personales, B. Condiciones laborales, C. Participación en cursos de educación continua, con preguntas abiertas; D. Percepción acerca de los cursos de educación continua y E. Condicionantes administrativas. Los apartados D y E tienen respuestas de opción múltiple en escala Likert con un valor de 1 a 5 puntos, donde 5 es la puntuación más alta. La confiabilidad del cuestionario obtuvo una consistencia interna un alfa de Cronbach de 0.93 (0.82-0.93).

Los datos fueron procesados en el paquete estadístico SPSS v. 20, con el cual se obtuvo la estadística descriptiva de las variables; la prueba de significancia estadística utilizada para las variables cuantitativas fue la t de Student, para las cualitativas nominales la χ^2 y para las cualitativas ordinales la r_s de Spearman con un nivel de confianza al 95% ($p < 0.05$).



RESULTADOS

La razón hombre: mujer del personal de enfermería encuestado es 1:5, lo que muestra que la profesión sigue siendo más atractiva para las mujeres; de esta población el 54% (74) son casados y 32% (43) solteros. El número de dependientes económicos para el 37.5% (51) es de 2, ocupando el segundo lugar con el 25.7% (35) sólo tienen un dependiente, seis enfermeros/as reportan tener entre cuatro y cinco dependientes económicos.

El ingreso económico promedio, auto reportado, es de \$ 9,118.38 M.N. (\pm \$ 951.19), mínimo \$8 000, máximo \$ 11 000; el promedio de años de servicio en el ISSSTE es de 12.5 (\pm 9.4), mínimo 1, máximo 37.

El nivel académico predominante en el personal de enfermería encuestado es: técnico general con el 36.8% (50); seguido de licenciado en enfermería, con el 35.3% (48); técnico general con especialización, 13.2% (18); auxiliar (curso) 9.6% (13) y, con posgrado, el 5.1% (6).

Respecto al rubro, *participación en cursos de educación continua*, que explora el número de cursos de educación continua, en los que participa el personal de enfermería, y que buscan orientada a mantener y/o mejorar la competencia profesional, llama la atención el reporte de *no asistencia* a cursos, tanto internos como externos a la institución, del 34% (46) de los enfermeros (as). En cuanto a la relación salario vs asistencia a cursos, se observa que ni el 36% (22) del personal de enfermería con ingreso \leq \$ 8500.00 (M.N.) o el 32% (24) con un salario mayor no asisten a cursos, por lo que se concluye que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

La distribución de la asistencia a cursos, respecto a ciertas características de nivel académico y condiciones laborales, se observan en el tabla 1.

Tabla 1. Número de cursos en los que participa el personal de enfermería.

VARIABLE	n	Cursos tomados al año*			
		0	1 ó 2	3 ó 4	≥ 5
Edad (años)					
≤ 40	72	29 (21)	42 (30)	18 (13)	11 (8)
> 40	64	39 (25)	30 (19)	22 (14)	9 (6)
Sexo					
Masculino	22	14 (3)	59 (13)	27 (6)	0 (0)
Femenino	114	38 (43)	32 (36)	18 (21)	12 (14)
Estado civil					
Soltero(a)	51	29 (15)	29 (15)	20 (10)	22 (11)
Casado(a)	85	37 (31)	40 (34)	20 (17)	3 (3)
Turno					
Matutino	35	43 (15)	37 (13)	9 (3)	11 (4)
Vespertino	47	28 (13)	38 (18)	25 (12)	9 (4)
Nocturno	54	33 (18)	33 (18)	22 (12)	12 (6)
Antigüedad (años)					
≤ 11	71	24 (17)	35 (25)	24 (17)	17 (12)
> 11	65	45 (29)	37 (24)	15 (10)	3 (2)
Nivel académico					
Técnico	81	45 (36)	32 (26)	16 (13)	7 (6)
Licenciatura	48	19 (9)	42 (20)	25 (12)	14 (7)
Posgrado	7	14 (1)	43 (3)	29 (2)	14 (1)
Puesto					
Auxiliar	29	48 (14)	28 (8)	14 (4)	10 (3)
General	72	29 (21)	39 (28)	22 (16)	10 (7)
Especialista	19	42 (8)	32 (6)	21 (4)	5 (1)
Jefe(a) de servicio	16	19 (3)	43 (7)	19 (3)	19 (3)
Servicio de adscripción					
Medicina interna	43	35 (15)	28 (12)	21 (9)	16 (7)
Área crítica	35	33 (12)	29 (10)	29 (10)	9 (3)
Área quirúrgica	24	38 (9)	46 (11)	8 (2)	8 (2)
Área pediátrica	17	12 (2)	59 (10)	17 (3)	12 (2)
Consulta externa	17	47 (8)	35 (6)	18 (3)	0 (0)
Total	136	34 (46)	36 (49)	20 (27)	10 (14)

* En porcentaje y frecuencia



Del análisis de algunos de los ítems de *Percepción acerca de los cursos de educación continua*, resalta la mirada que tiene el personal de enfermería respecto a: el 26% (36) considera que los cursos nunca, casi nunca y, a veces, son útiles para desarrollar su actual trabajo; el 66% (80) piensa que nunca, casi nunca o solo a veces, les permiten mejorar su ingreso económico ($r_s = 0.250$, $p < 0.003$).

La antigüedad del personal de enfermería dentro del instituto se correlaciona, de manera negativa, con el número de cursos tomados ($r_s = -0.316$, $p < 0.0001$) esto es, a mayor antigüedad, menor número de cursos tomados; mientras que a mayor nivel académico se observa una correlación positiva, ya que asisten a un mayor número de cursos ($r_s = 0.265$, $p < 0.002$).

Esto es congruente cuando se exploran percepciones de la realidad que los encuestados viven en sus ambientes de trabajo y que tienen relación con condiciones administrativas. Así, cuando se les cuestiona *¿en el hospital de adscripción se elaboran programas de educación continua dirigidos a las necesidades que requiere?*, se obtienen las siguientes percepciones: el 77% (105) considera que nunca, casi nunca, o a veces; para el 66% (90) ($r_s = 0.469$, $p < 0.0001$) la duración de los cursos no es el adecuado; el 61% (84) ($r_s = 0.554$, $p < 0.0001$) de los encuestados opina que los horarios no son afines, pues la mayoría se imparten en el turno matutino, cuadro II.

Tabla 2. Perspectiva del personal de enfermería acerca de los cursos de educación continua.*

LOS CURSOS DE EDUCACIÓN CONTINUA:	EN SU HOSPITAL DE ADSCRIPCIÓN:				
	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Son útiles para su actual trabajo	2 (3)	2 (3)	22 (30)	30 (40)	44 (60)
Contribuyen a mejorar la calidad del cuidado que ofrece a sus pacientes	1 (2)	5 (6)	14 (19)	35 (48)	45 (61)
Le han ayudado a actualizar y adquirir nuevos conocimientos	3 (4)	7 (9)	15 (21)	27 (37)	48 (65)
Le han permitido mejorar su ingreso económico	27 (37)	17 (13)	22 (30)	18 (24)	16 (22)
Le ayudan a ser más competitivo en su trabajo	1 (2)	5 (7)	19 (26)	35 (47)	40 (54)
Le ayudan a desarrollar habilidades de liderazgo en su profesión	5 (7)	9 (12)	23 (31)	32 (44)	31 (42)
EN SU HOSPITAL DE ADSCRIPCIÓN:					
Se elaboran programas de educación continua dirigidas a las necesidades que usted requiere	17 (23)	22 (30)	38 (52)	19 (26)	4 (5)
La cuota de recuperación de los cursos son los adecuados	18 (25)	13 (18)	31 (42)	18 (24)	20 (27)
El tiempo que se imparte para los cursos en la educación continua es el adecuado	19 (26)	15 (20)	32 (44)	26 (35)	8 (11)
Los horarios en que se imparten los cursos de educación continua son los adecuados	18 (25)	17 (24)	26 (35)	29 (39)	10 (14)
Esta usted interesado en los cursos de educación continua que le otorgan en el hospital	13 (18)	19 (26)	36 (49)	16 (22)	16 (21)

* En porcentaje y frecuencia

DISCUSIÓN

Flores *et al.*, en un estudio realizado en una institución pública, observaron que el tipo de personal de enfermería predominante era el de licenciatura, 60.9%; por tipo de puesto, enfermería general 51.5%, especialista 5%; la no participación a cursos de educación continua fue del 1.5%; la asistencia a cursos fue del 37%. El 51% de este personal considera que los cursos son útiles para su trabajo actual. Al correlacionar, años de antigüedad con el número de cursos tomados, los autores no encontraron una diferencia estadísticamente significativa,⁷ esta información que difiere a la encontrada en nuestro estudio.

Se ha descrito que, entre los factores motivacionales del personal de enfermería que influyen en la asistencia a cursos de educación se encuentra: la falta de tiempo, la omisión de la difusión de los cursos de educación continua, más de una jornada laboral, desinterés personal por estudiar y la carencia de recursos económicos,⁸ factores con los que coincide este estudio.

Cadena *et al.*, quienes realizaron un estudio para evaluar la capacitación del personal de enfermería en dos instituciones de salud, encontraron que el personal con más inasistencias fue el auxiliar, 30%, mientras que el general, 18% y las especialistas, 14%. En este estudio los autores reportan que el número de cursos a los cuales asiste el personal de

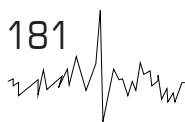
enfermería se ve relacionado con la edad, dato que concuerdan con el presente estudio; sin embargo, nuestro estudio difiere respecto a los resultados de aceptación de los cursos de educación continua por parte del personal de enfermería, con el estudio de Cadena.⁹

En un estudio realizado con enfermeras de Malaysia, se reporta como limitante para la asistencia a los cursos, la falta de oportunidades educativas por el alto costos y la falta de tiempo,⁴ limitantes que coinciden con nuestro estudio.

CONCLUSIÓN

La literatura científica ha mostrado que tanto la educación continua, como la capacitación del personal de enfermería, repercute en un aumento en la productividad, en un número menor de accidentes, mejores resultados en el paciente y en el trabajo y en un mejor clima organizacional, por lo que es importante la implementación de los cursos, y se tengan en cuenta las necesidades de aprendizaje del personal.

Los cursos de educación continua deben ser diseñados considerando las habilidades que se deseen adquirir por el personal de enfermería, que sean complementados con conocimientos técnicos de práctica laboral, con flexibilidad de horarios y tomados en cuenta para la obtención de estímulos económicos.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chiodelli SN, Do Prado ML. Educación continua en el trabajo: Nuevos desafíos para los profesionales de Enfermería. *Invest. Educ Enferm.* 2007; (25): 100-5.
2. Chong M, Sellick K, Francis K, Abdullah KL. What influences Malaysian nurses to participate in continuing professional education activities? *Asian Nursing Research.* 2011; 5 (1): 38-47. (Acceso 2016 noviembre 26). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1976131711600121>
3. Meljem-Moctezuma J, Pérez-Castro V.J, Vázquez, Soto A.M. Identificación de la mala práctica de enfermería a partir de la queja médica. *Revista CONAMED.* 2013; 18 supl: S6-S16. (Acceso 2016 noviembre 05). Disponible en: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/130/154>
4. Ross K, Barr J, Stevens J. Mandatory continuing professional development requirements: what does this mean for Australian nurses. *BMC Nursing.* (En línea) 2013; 12 (9): 7p. (Acceso 2016 noviembre 11); Disponible en: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6955-12-9>
5. Puntunet B.M, Domínguez B.A. La educación continua y la capacitación del personal de enfermería. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica.* 2008 16 (3): 115-117. (Acceso 2016 octubre 29). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2008/en083g.pdf>
6. Mendoza-Núñez V, Romo PR, Sánchez-Rodríguez M. Investigación. Introducción a la metodología. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2014.
7. Flores PY, Alonso CM, Gómez MM. Factores que influyen en la participación del personal de enfermería en la educación continua. (Tesis de Maestría).1999. (En línea). Universidad Autónoma de Nuevo León. (Acceso 2007 abril 13). Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/6108/1/1080089074.PDF>
8. Hernández-Muñoz A, García-Aguiluz K, Ponce-Gómez G, Bernal-Becerril M, Rivas-Espinosa J. Factores motivacionales en el personal de enfermería que influyen en la asistencia a cursos de educación continua. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2007; 15 (3): 125-128. (Acceso 2016 octubre 28). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim073b.pdf>
9. Cadena EJ, Olvera AS, Pérez LM, Balseiro AC, Matus MR. Evaluación de la capacitación de enfermería en dos institutos nacionales de salud. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM.* 2012;19 (3):15-24.



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A USUARIO CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA POSTRAUMÁTICA USANDO EL MODELO AREA

NURSING PROCESS APPLIED TO
USER WITH POSTUMATIC SUBARACNOIDAL
HEMORRHAGE USING THE AREA MODEL

Recibido: 30 marzo 2017
Aceptado: 30 noviembre 2017

Correspondencia:
Avenida aeropuerto Mz 23 h
Lt 2 Estado de México. México
Correo electrónico: in-u-13@hotmail.com

Palabras clave: proceso atención de enfermería;
hemorragia subaracnoidea; modelo AREA.

Key words: nursing care process; subarachnoid
hemorrhage; model AREA

Autores:

E.L.E. Gómez-Juárez S.

*Estudiante de pregrado de la Licenciatura en enfermería Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Universidad Nacional Autónoma de México Ciudad de México. México *Autor para correspondencia: Correo electrónico: in-u-13@hotmail.com (S. Gómez-Juárez).*

L.E.O. Rosales-Ortega J.

Profesor de asignatura, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Universidad Nacional Autónoma de México Ciudad de México. México :Correo electrónico: enf_jaro2@hotmail.com*



RESUMEN

Se eligió un usuario con quien se aplicó la metodología del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), empleando la taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Outcomes Classification (NOC), Nursing Interventions Classification (NIC). Se valoró al usuario a través de un instrumento basado en la teoría de Dorothea Orem, identificando los requisitos de autocuidado universales, del desarrollo y de desviación a la salud; el usuario se encontraba hospitalizado en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos con un Diagnóstico de Hemorragia Subaracnoidea, durante el periodo postquirúrgico tardío. Se llevó a cabo un razonamiento diagnóstico de enfermería mediante el Modelo de Análisis de Resultado del Estado Actual (AREA), cabe destacar que se implementa el lenguaje sugerido por la NANDA y el uso de un diagnóstico de riesgo como principal problema, haciendo énfasis en las aclaraciones de la misma en su nueva edición 2015-2017, para después planificar e implementar los cuidados de enfermería, los cuales fueron evaluados mediante la escala Diana, de manera cualitativa porcentual, logrando tener un avance del 90% en la evaluación final en el resultado esperado principal: perfusión tisular: cerebral.

Palabras clave: proceso atención de enfermería; hemorragia subaracnoidea; modelo AREA.

ABSTRACT

A user with whom the Nursing Care Process (PAE) methodology was used, using the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Interventions Classification (NIC), Nursing Outcomes Classification (NOC) Through an evaluation instrument based on the theory of Dorothea Orem, identifying the universal requirements of auto care, of the development, and of diversion to the health; the user was hospitalized in the service of Unit of Intensive care by Diagnosis of Hemorrhage subaracnoidea, during the postsurgical late period. A diagnostic reasoning of infirmity was carried out by means of the Model of Analysis of Result of the Current State (AREA), it is necessary to emphasize that the suggested language is implemented by the NANDA and the use of a diagnosis of risk as principal problem, doing emphasis in the explanations of the same one in his new edition 2015-2017, later to plan and to help taken care of infirmity, which were evaluated by means of the Diana scale, in a qualitative perceptual way, managing to have A 90% of improvement in the final evaluation in the main expected outcome: tissue perfusion: cerebral.

Key words: nursing care process; subarachnoid hemorrhage; model AREA



INTRODUCCIÓN

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es un método sistemático y organizado para brindar cuidado individualizado y holístico, es el método que aplica la enfermera para identificar necesidades y problemas del paciente, con una base dialéctica, cognoscitiva y educativa, incorporando la taxonomía *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*, *Nursing Outcomes Classification (NOC)* y por último la incorporación de la clasificación intervenciones *Nursing Interventions Classification (NIC)*.¹⁻⁴

El Modelo de Análisis de Resultado del Estado Actual (AREA), establece una estructura para el razonamiento clínico que incluye los problemas centrándolos en los resultados esperados en la práctica enfermera⁵. El modelo AREA plantea una alternativa al razonamiento clínico tradicional. Muchos diagnósticos NANDA se relacionan entre sí y pueden representarse de forma gráfica a través de lo que se denomina red lógica, en la cual se identifican los diagnósticos enfermeros principales y las complicaciones potenciales en los terrenos interdependiente y dependiente. La manera de abordar estas relaciones, pretende que con las intervenciones que la enfermera realice del diagnóstico principal, los diagnósticos secundarios se resuelvan de manera que el usuario regrese a un estado óptimo de salud.^{6,7}

Los diagnósticos de riesgo pueden ser realmente los de máxima prioridad en un paciente, el uso previo del término diagnóstico real puede haber dado lugar a esta confusión; algunas personas interpretan esto como que el diagnóstico real (enfocado en el problema) es más real que el de riesgo. Debido a que el término relacionado con >> se utiliza para sugerir una etiología en los diagnósticos enfocados en el problema, ya que sólo hay vulnerabilidad a un problema cuando se utiliza un diagnóstico de riesgo

NANDA-I ha decidido recomendar el uso de la frase como lo demuestra para referirse a la evidencia del riesgo que existe.²

La hemorragia subaracnoidea (HSA) se define como el escape de sangre a partir de un vaso arterial o venoso hacia el espacio subaracnoideo, que en condiciones normales está ocupado sólo por líquido cefalorraquídeo, nervios y vasos craneales; puede ser de dos tipos: espontánea (ruptura de aneurismas vasculares intracraneales en 80%) o traumática.^{8,9} La hemorragia subaracnoidea postraumática (HSAPT), es un hallazgo que se presenta con una frecuencia de 40% según los datos del *American Traumatic Coma Data Bank (TCDB)*. La HSA traumática es la forma más común y se produce por la laceración de las venas o arterias corticales que atraviesan el espacio subaracnoideo, pero también puede resultar de contusiones o laceraciones.

Por lo general, existe una elevada concentración de los productos de la sangre alrededor del origen de la hemorragia, pero la HSA originada de una fuente local tiende a ser difusa y llega a extenderse a los componentes del espacio subaracnoideo. La hemorragia también puede afectar a las estructuras del parénquima cerebral y el sistema ventricular adyacente. Al ocurrir la hemorragia se eleva la presión intracraneal (PIC) y, como consecuencia, disminuye de forma aguda la presión de perfusión cerebral. La hipoperfusión produce isquemia cerebral aguda y pérdida de la conciencia.

En la mayoría de las poblaciones la incidencia de la HSA se mantiene estable en aproximadamente 10 de cada 100 000 habitantes/año (rango entre 2 y 20 según la población estudiada). Aunque a nivel internacional pueden existir variaciones entre las regiones, generalmente la incidencia reportada es alta en los Estados Unidos de Norteamérica, Europa



y Japón. Sin embargo, es baja en Nueva Zelanda, Qatar, China, India y Sudáfrica, probablemente por subestimación, dificultades en el acceso a los recursos diagnósticos y variaciones en los factores étnicos/genéticos. Este tipo de ictus predomina en la mujer de edad media, con una relación 3:2 y un pico de incidencia entre los 50 y 60 años de edad. Cuando aparece antes de la cuarta o después de la sexta década de la vida es más común en el sexo masculino.¹⁰

La HSA representa solamente el 2–5% de los ictus, pero causa cerca del 25% de los fallecimientos relacionados al ictus. Aproximadamente el 50–70% de los pacientes con HSA fallece en los primeros 30 días. El 20–25% fallece antes de llegar al hospital y en los pacientes hospitalizados existe un promedio de 40% de mortalidad en el primer mes. El riesgo de muerte súbita es superior en los aneurismas de la circulación posterior. Entre el 20–30% de los sobrevivientes quedan con secuelas neurológicas incapacitantes. Los estudios de calidad de vida sugieren que menos de un tercio de los enfermos recuperan su ocupación y estilo de vida previo a los 18 meses.¹⁰

El cuadro clínico es muy variable, puede cursar el multidrogos resistentes e con deterioro del estado de conciencia, cefalalgia, náusea, vómito, así como datos de rigidez de nuca y datos de focalización neurológica. La clasificación clínica de Hunt y Hess es muy útil para estadificar la gravedad del padecimiento.

El tratamiento dependerá de la causa de la hemorragia y las complicaciones, una opción es el tratamiento quirúrgico por medio de craneotomía.¹¹

Caso clínico

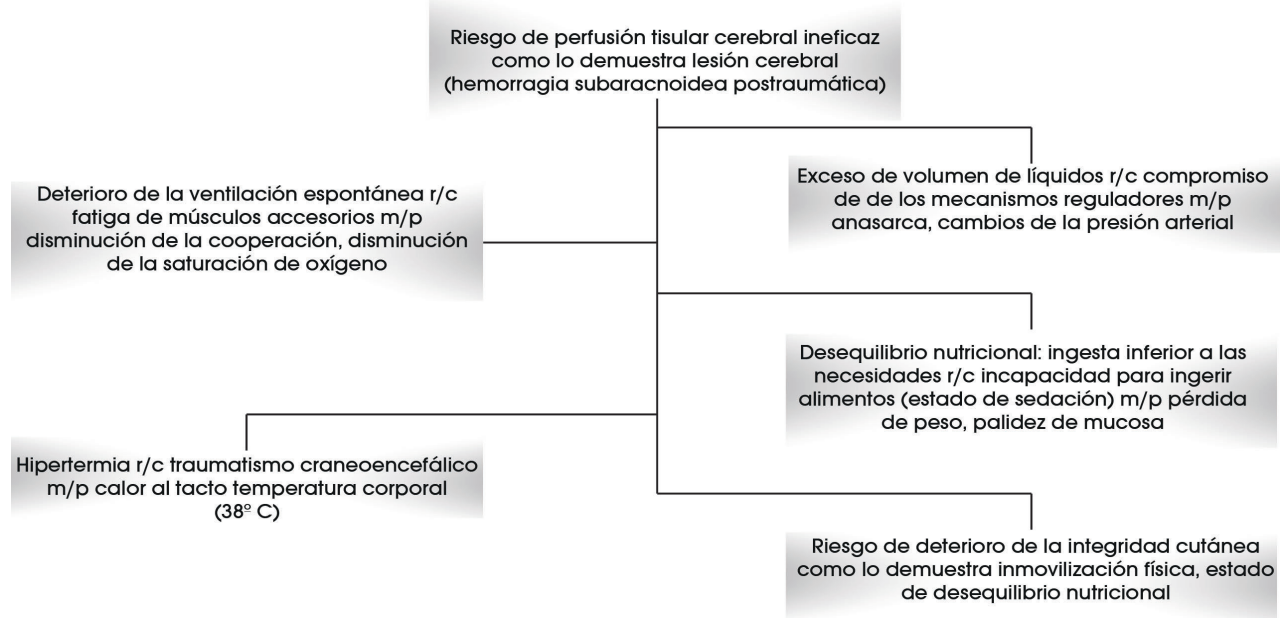
Masculino 78 años de edad, internado en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, con 10 días de estancia, se encuentra en estado de sedación con midazolam (Ramsay 6) y Glasgow

de 6 puntos, palidez generalizada de tegumentos, hermodinámicamente inestable con tendencia a la hipertensión e hipertermia, (T/A: 142/ 65 temperatura: 38°C FR: 26 FC: 76) normocéfalo, posoperado de drenaje por craneotomía, herida quirúrgica temporal izquierda con bordes bien afrontados, con alopecia, apertura ocular espontánea, pupilas isocóricas, normoreflexicas, intubación orotraqueal, cánula de #7 apoyo ventilatorio asisto control con parámetros ventilatorios FIO2 40. PEEP 4, I:E1:2:1 FREC 27 y con presencia de sonda nasogástrica, palidez de mucosas, cuello cilíndrico, no palpables adenomegalias, tórax en tonel, se auscultan campos pulmonares con presencia de estertores, ruidos cardiacos con buen tono e intensidad, PVC 14 cc, ruidos peristálticos 2 por minuto, no viceromegalias, miembros torácicos con catéter central largo permeable, miembros torácicos y pélvicos presentando anasarca evaluando con signo de Godet positivo de +++, genitales íntegros con sonda vesical # 14, diuresis color ámbar, oligúrico.

En la segunda etapa del proceso se desprenden los diagnósticos de enfermería reales y de riesgo, conforme los requisitos alterados y los factores de riesgo que el paciente presenta, así como la realización de intervenciones de enfermería dirigidas a la pronta recuperación o a mantener su estado de salud-enfermedad en su estancia. Con base en las problemáticas encontradas y los factores de riesgo detectados, se implementaron cuidados con el fin de mantener el estado de salud-enfermedad para corregir y mejorar su estado. En la ejecución se realizaron acciones de enfermería para la mejoría de la paciente, como son: mejora de la perfusión tisular, manejo de líquidos, mejora nutricional administración de medicamentos, cuidados a sonda nasogástrica (SNG), monitorización hemodinámica, aspiración de secreciones por tubo endotraqueal-boca y control de líquidos, entre otros. En la evaluación se analizaron los datos sobre cómo el paciente respondió al tratamiento y los cuidados que se le brindaron.



Esquema 1. Razonamiento diagnóstico modelo AREA



Red Diagnóstica de Enfermería basada en modelo AREA

En la presente priorización se abordó un diagnóstico de riesgo como principal, debido a que al ocurrir la hemorragia se eleva la presión intracraneal (PIC), y como consecuencia disminuye de forma aguda la presión de perfusión cerebral.

Tabla 1. Plan de Cuidados de Enfermería; Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz como lo demuestra lesión cerebral (hemorragia subaracnoidea Post-traumática) DOMINIO: 09: afrontamiento/ tolerancia al estrés CLASE: 03: estrés neurocomportamental																		
RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA															
Perfusión tisular: cerebral	<ul style="list-style-type: none"> Presión sanguínea diastólica Presión sanguínea sistólica Deterioro cognitivo 	1) Grave1 2) Sustancial...2 3) Moderado....3 4) Leve.....4 5) ninguno.....5	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Inicial</th> <th>Esperada</th> <th>Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>10</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>	Inicial	Esperada	Final	2	4	4	1	4	4	1	2	1	4	10	9
Inicial	Esperada	Final																
2	4	4																
1	4	4																
1	2	1																
4	10	9																
INTERVENCIÓN: Mejora de la perfusión cerebral ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> Monitorizar la presión arterial media Monitorizar la PVC Consultar con el médico para determinar los parámetros hemodinámicos y mantener dichos para mantener dentro de ese rango. Evitar la flexión del cuello y la flexión extrema de la cadera/rodilla. Administrar y vigilar los efectos de los diuréticos osmóticos y de asa. Administrar anticoagulantes. Monitorizar la aparición de signos de hemorragia(búsqueda de sangre en heces y en drenaje nasogástrico) Monitorizar estado neurológico 																		

Tabla 2. Plan de Cuidados de Enfermería; Deterioro de la ventilación espontánea.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro de la ventilación espontánea r/c fatiga de músculos accesorios m/p disminución de la cooperación, disminución de la saturación de oxígeno
DOMINIO:04: actividad/reposo
CLASE:04: respuestas cardiovasculares/pulmonares

RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA																		
Respuesta de la ventilación mecánica: adulto	<ul style="list-style-type: none"> • Perfusión del tejido periférico • Fracción de oxígeno inspirado (FIO₂) satisface la demanda del oxígeno • Secreciones respiratorias 	6) Grave1 7) Sustancial...2 8) Moderado...3 9) Leve.....4 10) ninguno.....5	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Inicial</th> <th>Esperada</th> <th>Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><hr/></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>12</td> <td>13</td> </tr> </tbody> </table>	Inicial	Esperada	Final	2	4	4	4	4	4	4	4	5	<hr/>			10	12	13
Inicial	Esperada	Final																			
2	4	4																			
4	4	4																			
4	4	5																			
<hr/>																					
10	12	13																			

INTERVENCIÓN: Manejo de las vías aéreas artificiales
ACTIVIDADES:

- Emplear precauciones universales
- Realizar aspiración endotraqueal.
- Cambiar las cintas/sujeción del tubo endotraqueal, inspeccionar la piel y la mucosa bucal.
- Comprobar el color, cantidad y consistencia de las secreciones.

Tabla. No.3 Plan de Cuidados de Enfermería; Hipertermia

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c incapacidad para ingerir alimentos (estado de sedación) m/p pérdida de peso, palidez de mucosas
DOMINIO: 02: nutrición
CLASE:01: ingestión

RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA									
Estado nutricional	<ul style="list-style-type: none"> • Ingestión de nutrientes 	11) Grave1 12) Sustancial...2 13) Moderado...3 14) Leve.....4 15) ninguno.....5	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Inicial</th> <th>Esperada</th> <th>Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	Inicial	Esperada	Final	3	4	4	3	4	4
Inicial	Esperada	Final										
3	4	4										
3	4	4										

INTERVENCIÓN: Terapia nutricional
ACTIVIDADES:

- Administrar alimentación enteral, cuando sea preciso

INTERVENCIÓN: Alimentación enteral por sonda
ACTIVIDADES:

- Observar si la colocación de la sonda es correcta inspeccionando la cavidad bucal.
- Elevar el cabecero de la cama de 30 a 35° durante la alimentación



Tabla 4. Plan de Cuidados de Enfermería exceso de volumen de líquidos

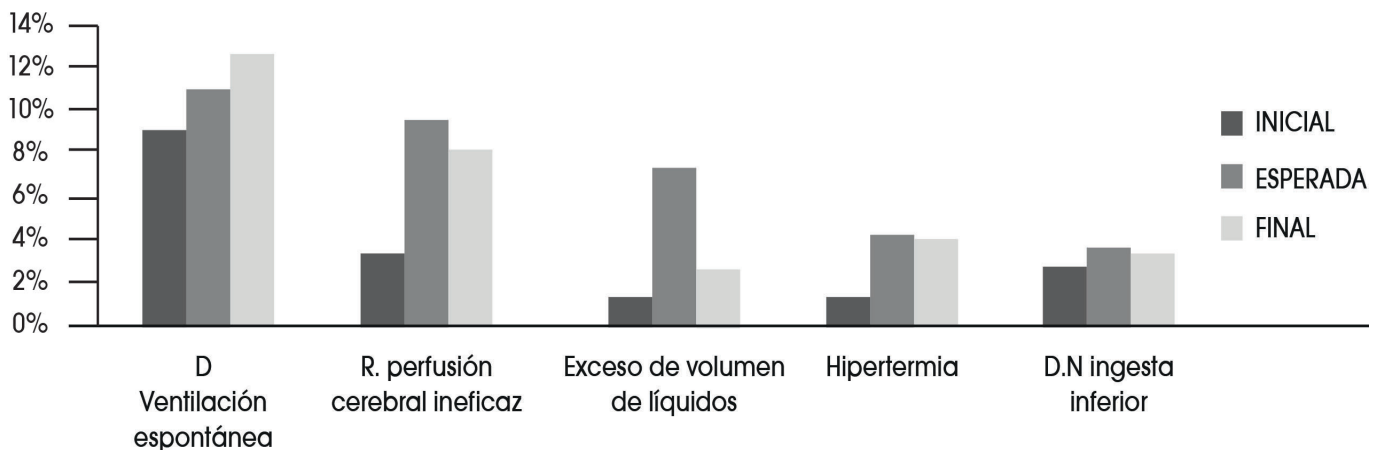
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Exceso de volumen de líquidos r/c compromiso de los mecanismos reguladores m/p anasarca, cambios de la presión arterial															
DOMINIO: 02: nutrición															
CLASE: 05: hidratación															
RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA												
Equilibrio hídrico	<ul style="list-style-type: none"> Entradas y salidas diarias equilibradas Edema periférico 	16) Grave1 17) Sustancial...2 18) Moderado...3 19) Leve.....4 20) ninguno.....5	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Inicial</th> <th>Esperada</th> <th>Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>4</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>8</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	Inicial	Esperada	Final	1	4	2	1	4	1	2	8	3
Inicial	Esperada	Final													
1	4	2													
1	4	1													
2	8	3													
INTERVENCIÓN: manejo de líquidos															
ACTIVIDADES:															
<ul style="list-style-type: none"> Realizar un registro preciso de entradas y salidas Vigilar estado de hidratación Observar indicios de sobrecarga/retención de líquidos (elevación de pvc, edema) Evaluar la ubicación y extensión del edema 															

Resultados

Para el diagnóstico de mayor prioridad (riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz), se consideraron los indicadores presión sanguínea diastólica, Presión sanguínea sistólica, Deterioro cognitivo>>, se

logró avanzar de una escala apaDiana inicial de 4, obteniendo una final de 9, logrando avanzar en un 90% en la evaluación final.

Gráfica 1. Evaluación



DISCUSIÓN

El realizar las intervenciones de enfermería de forma sistematizada a partir del proceso enfermero, se establece un método científico en donde cada intervención se fundamenta y da pauta a la aplicación de un cuidado especializado, dirigido hacia la mejora de la persona desde el punto de vista individual y con ello detectar oportunamente signos y síntomas de alarma, así como posibles complicaciones. Lo innovador en el presente artículo, es que se pretende eliminar la idea de que un diagnóstico de riesgo no puede ser uno de los prioritarios, cabe mencionar que la Taxonomía NANDA no cuenta con un diagnóstico real que haga alusión a la presente patología ya que, las definiciones no se adecuan a la fisiopatología y los diagnósticos aplicados en publicaciones pasadas como "Intervenciones de enfermería en la persona con vaso espasmo cerebral secundario a hemorragia subaracnoidea aneurismática" en el

volumen 14 mayo 2015,¹² hacen alusión a diagnósticos que ahora han sido eliminados de la nueva edición de la taxonomía. De igual manera se implementa el uso de la frase como lo demuestra para referirse a la evidencia del riesgo que existe y que, los planes de cuidado de enfermería no se hubiera detectado e implementando de manera oportuna la salud del usuario podría haberse visto comprometida.

CONCLUSIÓN

Implementar el modelo de análisis de resultados del estado actual nos ofrece las siguientes ventajas; identificación del diagnóstico principal, los diagnósticos secundarios con base al nivel de prioridad para su intervención, y diagnósticos de riesgo, de tal forma que se establecen los resultados. Las relaciones se han constituido con facilidad, teniendo en cuenta los criterios de resultados que van a medir la evolución del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Comisión Permanente de Enfermería. Manual de Plan de cuidados. (Online); 2011 [Citado 2016 Noviembre 30. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/].
2. NANDA International Inc. Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificación 2015-2017. 3 ed. H. TH, Shigemi K, editors. Madrid: El Sevier; 2015.
3. S. M, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5 ed. Madrid: El Sevier; 2013.
4. GM B, BHHK, McCloskey- DJ. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). 6 ed. Madrid: El Sevier; 2013.
5. Vallejo JCV. Sobre el modelo AREA y el proceso enfermero. *Inquietudes*. 2006; 1(35).
6. Sevilla R. Papel de enfermería en el juicio clínico: la valoración y el diagnóstico. *Enfer Cardiol* 2014; 1(61).
7. Brito PRB. Redes y diagnósticos enfermeros. en *Rev Enfer* 2008; 7(2).
8. Montiel LFH. Hemorragia subaracnoidea en el servicio de Admisión Continua del. *Medicina Interna de México*. 2010; 26(3).
9. Guyton CA HE. Tratado de Fisiología Médica. 11 ed. Madrid: El Sevier; 2006.
10. Pedro Luis Rodríguez García DRG. Revista cubana de neurología y neurocirugía. (En línea); 2011 [Citado 2016 noviembre 29. Disponible en: [file:///C:/Users/usuario/Downloads/Dialnet-HemorragiaSubaracnoidea-4790507%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/Dialnet-HemorragiaSubaracnoidea-4790507%20(3).pdf)].
11. Hospital General de México. Guías diagnósticas de Neurología y Neurocirugía. (En línea); 2011 [Citado 2016 Noviembre 30. Disponible en: http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/neuro/guias/hemorragia_subaracnoidea.pdf].
12. Bravo Castrejón DA. Intervenciones de enfermería en la persona con vaso espasmo cerebral secundario a hemorragia subaracnoidea aneurismática. *Revista de Enfermería Neurológica*. 2015; 14(1).
13. Suarez JI TRSW. Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage. *N Engl J Med* 2006;354:387-96.
14. Cruz MP. Enfermera; unidad de medicina interna. *Inquietudes*; 1999 ; 1(41).



Revista de Enfermería Neurológica

NORMAS PARA LOS AUTORES

La Revista de Enfermería Neurológica es editada por la Coordinación de Investigación en Enfermería de la Subdirección de Enfermería del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. Está dirigida a los profesionales de enfermería.

La revista publica artículos originales, artículos de revisión, informes de casos clínicos, ensayos, práctica diaria, trabajos sobre historia de la enfermería, editoriales por invitación, cartas al editor, reportes de congresos y noticias varias relacionadas con la enfermería. Para su aceptación, todos los artículos son analizados inicialmente al menos por dos revisores y finalmente ratificados por el Comité Editorial.

La Revista de Enfermería Neurológica acepta, en términos generales, las indicaciones establecidas por el International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). La versión actualizada 2010 de los Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals se encuentra disponible en www.icmje.org. Una traducción al español de esta versión de los "Requisitos de uniformidad para los manuscritos remitidos a las publicaciones biomédicas" se encuentra disponible en:

www.revenferneurolenlinea.org.mx/requisitos

El envío del manuscrito implica que éste es un trabajo que no ha sido publicado (excepto en forma de resumen) y que no será enviado a ninguna otra revista. Los artículos aceptados serán propiedad de la Revista de Enfermería Neurológica y no podrán ser publicados (ni completos, ni parcialmente) en ninguna otra parte sin consentimiento escrito del editor. El autor principal debe guardar una copia completa del manuscrito original.

Los artículos deberán enviarse a la editora de la Revista de Enfermería Neurológica:

ME. Gloria Ortiz López

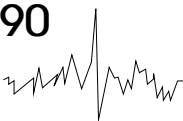
Correo electrónico: rev.enf.neurol@gmail.com
www.revenferneurolenlinea.org.mx

I. Artículo original: Puede ser investigación básica o clínica y tiene las siguientes características:

- a) **Título:** Representativo de los hallazgos del estudio. Agregar un título corto para las páginas internas. (Es importante identificar si es un estudio aleatorizado o control).
- b) **Resumen estructurado:** Debe incluir introducción, objetivo, material y métodos, resultados y conclusiones. En español y en inglés, con palabras clave y key words.
- c) **Introducción:** Redactar conjuntamente los elementos que deben ser incluidos en ella, como son los objetivos, la hipótesis y el planteamiento.
- d) **Material y métodos:** Parte importante que debe explicar con todo detalle cómo se desarrolló el estudio y, en especial, que sea reproducible. Mencionar tipo de estudio, observacional o experimental.
- e) **Resultados:** En esta sección, de acuerdo con el diseño del estudio, deben presentarse todos los resultados; no se comentan. Sin hay cuadros de resultados o figuras (gráficas o imágenes), deben presentarse aparte, en las últimas páginas, con pie de figura.
- f) **Discusión:** Con base en bibliografía actualizada que apoye los resultados. Las conclusiones se mencionan al final de esta sección.
- g) **Bibliografía:** Deberá seguir las especificaciones descritas más adelante.
- h) **Número de páginas o cuartillas:** Un máximo de 10. Figuras: 5-7 máximo.

II. Artículo de caso clínico (1-2 casos) o serie de casos (más de tres casos clínicos):

- a) **Título:** Debe especificar si se trata de caso clínico o serie de casos clínicos.



Revista de Enfermería Neurológica

b) **Resumen:** Con palabras clave y abstract con key words Debe describir el caso brevemente y la importancia de su publicación.

- Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS)
- AGROVOC (AIMS)
<http://aims.fao.org/website/AGROVOC/sub>
- The CAB Thesaurus (CAB)
http://thes.cindoc.csic.es/alfa_esp.php?thes=BIOL&letra=P&page=8
- Tesoro de Biología Animal (IEDCYT)
http://thes.cindoc.csic.es/alfa_esp
- Tesoro de ASFA (ASFA)
<http://www4.fao.org/asfa/asfa.htm>
- Tesoro EUROVOC
<http://www.r020.com.ar/eurovoc/i>

c) **Introducción:** Se trata la enfermedad o causa atribuible.

d) **Presentación del (los) caso (s) clínico (s):** Descripción clínica, laboratorio y otros, Mencionar el tiempo en que se reunieron estos casos. Las figuras o cuadros van en hojas aparte.

e) **Discusión:** Se comentan las referencias bibliográficas más recientes o necesarias para entender la importancia o relevancia del caso clínico.

f) **Número de cuartillas:** máximo 10. Figuras: 5-8.

III. Artículo de revisión:

a) **Título:** Que especifique claramente el tema del autor.

b) **Resumen:** En español y en inglés, con palabras clave y keywords.

c) **Introducción y, si se consideran necesarios, subtítulos:** Puede iniciarse con el tema a tratar sin divisiones.

d) **Bibliografía:** Reciente y necesaria para el texto.

e) **Numero de cuartillas:** 20 máximo. Figuras: 5-8 máximo.

IV. Carta al editor: Esta sección es para documentos de interés social, bioética, normativos, complementarios a uno de los artículos de investigación. No tiene un formato en especial.

V. Artículo de historia: Al igual que en "Carta al editor", el autor tiene la libertad de desarrollar un tema de historia de la enfermería. Se aceptan cinco imágenes como máximo.

Los requisitos se muestran a continuación en la lista de verificación. El formato en PDF se encuentra disponible en:

www.revenferneurolenlinea.org.mx/normas-autores

Los autores deberán descargarlo e ir marcando cada apartado una vez que éste haya sido cubierto durante la preparación del material para publicación.

La lista de verificación en formato PDF deberá enviarse junto con el manuscrito; también deberá adjuntar la forma de transferencia de derechos de autor.

Los manuscritos inadecuadamente preparados o que no sean acompañados de la lista de verificación serán rechazados sin ser sometidos a revisión.