

AÑO 6
NÚMERO 3
Diciembre de 2018

ISSN: 2339-7284

REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

EN ESTE NÚMERO:

P.85
Contribución del conocimiento científico de enfermería al Sistema de Salud de Honduras

P.87
Mecanismos de afrontamiento en pacientes crónicos con terapia de reemplazo renal

P.93
Calidad de vida en el adulto mayor con sarcopenia

P.97
Patrones funcionales: una experiencia en el camino de la construcción del conocimiento

P.103
Plan de cuidados en el paciente con fractura expuesta de fémur en el periodo preoperatorio

P.111
Estudio de caso: adulto con revascularización coronaria por cardiopatía isquémica



PERMANYER MÉXICO
www.permanyer.com



INSTITUTO NACIONAL DE
CIENCIAS MÉDICAS
Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN

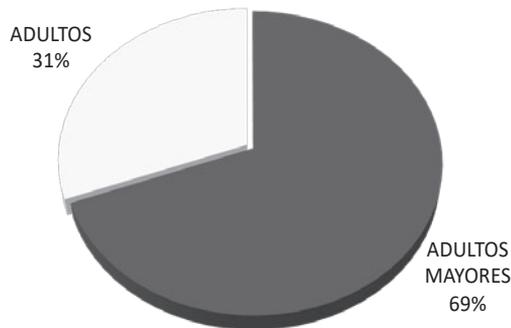
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN “SALVADOR ZUBIRÁN”
SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA “MA. DOLORES RODRÍGUEZ RAMÍREZ”

**Calidad del Cuidado de las Personas Adultas Mayores Desde una
Perspectiva Epistemológica y Social: Programa Mantente.**

Cárdenas Desales Dalia, Coria Soriano José Luis, Ramírez Arvizu Patricia.

INTRODUCCIÓN.

El numero de pacientes adultos mayores hospitalizados en el INCMNZS aumenta de manera significativa, por eso la importancia de tener un empoderamiento de enfermería en la reintegración social y la atención de calidad, considerando el metaparadigma de la transformación y los síndromes geriátricos: aplicando el programa **MANTENTE** “mantente activo, mantente despierto, mantente funcional”.



El 69% de ingresos de pacientes al INCMNZS son personas adultas mayores, el 31% representa población adulta, esto en el primer semestre del 2017.

OBJETIVOS.

Potencializar las intervenciones de enfermería enfocadas a resolver problemas específicos de la población adulta mayor hospitalizada,¹ a través del cuidado, con un enfoque epistemológico y social, basándose en el modelo teórico de Majory Gordon y una valoración geriátrica integral logrando la reintegración, social del paciente geriátrico.

CONTENIDO.

La disminución o ausencia de la capacidad del anciano hospitalizado para realizar actividades de la vida diaria de manera efectiva conlleva a diversas consecuencias como el incremento de la dependencia funcional y la desintegración social.²

El programa MANTENTE tiene de eje rector la estimulación cognitiva como proceso individualizado, adaptado a las necesidades cognitivas, emocionales y físicas para rehabilitar funciones alteradas, a través de neuroplasticidad generando procesos,³ con el fin de preservar aquellas capacidades deterioradas, adaptar sus habilidades cognitivas y mejorar su estado funcional y calidad de vida.⁴



CONCLUSIONES.

Proporcionar a los pacientes adultos mayores una reintegración social a través de nuevos constructos del conocimiento, con el correcto enfoque epistemológico, social y con calidad del cuidado nos permite reducir la dependencia y el aislamiento social asociadas al tratamiento de la hospitalización.

1 Freire, P. Pedagogía de la Esperanza, Siglo Veintiuno. México, 2013

2 Optimización del desarrollo personal mediante la intervención educativa en la adultez y la vejez. Departamento de Psicología Evolutiva y del Desarrollo, Universidad de Granada. España 2014

3 Ferrucci, L., et al., "Designing Randomized, Controlled Trials Aimed at Preventing or Delaying Functional Decline and Disability in Fragile Older Persons: A consensus report", en Journal of American Geriatric Society, núm 4, vol. 52, pp. 625-34. 2015

4 Requejo, A., "Sociedad del aprendizaje y tercera edad", en Teoría de la Educación. Revista Interuniversitaria, vol. 10, pp. 145-167 Chile 2013.





REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

Cuerpo Editorial

Editora en jefe

Lizeth Guadalupe López López

Coeditor

Silvino Arroyo Lucas

Editores asociados

David Kershenobich Stalnikowitz

Director General del INCMNSZ

Alberto Lifshitz Guinzberg

Secretario de enseñanza clínica e internado médico UNAM

Sergio Ponce de León Rosales

Director de enseñanza del INCMNSZ

Alvar Loria Acereto

Investigador de la Unidad de Epidemiología Clínica del INCMNSZ

Alicia J. Frenk Mora

Subdirectora de Servicios Paramédicos del INCMNSZ

Marina Martínez Becerril

Subdirectora de Enfermería del INCMNSZ

María de los Ángeles Torres Lagunas

Jefa de División de Estudios de Posgrado en Enfermería ENEO UNAM

Victoria Fernández García

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

María Paula Nájera Ortiz

Jefa del Departamento de Enfermería del INCMNSZ

Rosa María Nájera Nájera

Investigadora de la Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco

Araceli Jiménez Méndez

Jefa del Departamento de la Escuela de Enfermería del INCMNSZ

Comité de Árbitros

Antonio Velázquez González

Argelia Lara Solares

Christian Haydee Flores Balcázar

Diana Cecilia Tapia Pancardo

Eduardo González Flores

Emma Myrna Barquera Núñez

Francisco Jair S. González Robles

Guadalupe Citlaha Hernández

Jorge Salinas Cruz

José Alberto Ávila Funes

Judith González Sánchez

Lorena Bautista Paredes

Luis Manuel Pérez H. Pantoja

Ma. Del Pilar Sosa Rosas

Margarita Pulido Navarro

María Alberta García Jiménez

María de Lourdes Alemán Escobar

María Diana Ruvalcaba Rodríguez

María Paula Nájera Ortiz

Marina Martínez Becerril

Patricia Domínguez Sánchez

Rafael Antonio Estévez Ramos

Ricardo Cuellar Romero

Roberto Reyes Guerrero

Rosa María Ostiguin Meléndez

Sandra Antonieta Palacios García

Sergio Lemus Alcántara

Silvino Arroyo Lucas

Angélica María Armendáriz Ortega

Ulises Rieke Campoy

Bertha Medel Pérez

Graciela Hernández

Yesica Claudia Juárez Serrano

Martha Kaufer Horwitz

Ulises Rieke Campoy

Arturo Galindo Fraga

Irvin Samuel Dionisio Calderón

Javier Rosales Ortega

Juan Jesús Villegas Cortés

Nelson Rodrigo Cruz Castellanos

Gloria María Galván Flores

Noé Sánchez Cisneros

José Fabián Hernández Díaz

Victor Hugo Toral Rizo

Saúl May Uitz

Yolanda Murad Robles

Luis Antonio Hernández Flores

Alfonso Gulias Herrero

Jesús Soto Torres

Margarita Cárdenas Jiménez

Ma. Rosy Fabián Victoriano

María Alejandra Arredondo Pérez



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

Comité Internacional de Árbitros

Júlia Esteve Reig

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

María Antonia Martínez Momblán

*Docente (grado y máster) de la Escuela de Enfermería EUI - Sant Pau
Barcelona, España*

Isabel Pérez Pérez

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

Rosa Rifà Ros

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

Eva Roman Abal

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

Dedys Yajaira Berbesi Fernández

*Facultad de Enfermería
Universidad CES
Medellín, Colombia*

Doriam Camacho Rodríguez

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

Sandra Guerrero Gamboa

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

Eva Brunet Campaña

*Quironsalud
Sitges, España*

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

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



PERMANYER
www.permanyer.com

© 2018 Permanyer

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

© 2018 Permanyer México

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



www.permanyer.com



Impreso en papel totalmente libre de cloro

Edición impresa en México



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

ISSN: 2339-7284

Ref.: 4395AX183

Reservados todos los derechos

Sin contar con el consentimiento previo por escrito del editor, no podrá reproducirse ninguna parte de esta publicación, ni almacenarse en un soporte recuperable ni transmitirse, de ninguna manera o procedimiento, sea de forma electrónica, mecánica, fotocopiando, grabando o cualquier otro modo.

La información que se facilita y las opiniones manifestadas no han implicado que los editores lleven a cabo ningún tipo de verificación de los resultados, conclusiones y opiniones.



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

Índice

EDITORIAL

Contribución del conocimiento científico de enfermería al Sistema de Salud de Honduras

Perla Simons-Morales 85

ARTÍCULO ORIGINAL

Mecanismos de afrontamiento en pacientes crónicos con terapia de reemplazo renal

Patricia Rivera-Vázquez y Vivian Isabella Tovar-Escobedo 87

ARTÍCULOS DE PERSPECTIVA

Calidad de vida en el adulto mayor con sarcopenia

Isai Arturo Medina-Fernández, Ana Laura Carrillo-Cervantes y Sandra Cecilia Esparza-González 93

Patrones funcionales: una experiencia en el camino de la construcción del conocimiento

Silvino Arroyo-Lucas, Rocío Vásquez-Cruz, Marina Martínez-Becerril y María Paula Nájera-Ortiz. 97

BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN EN SALUD

Plan de cuidados en el paciente con fractura expuesta de fémur en el periodo preoperatorio

Juan Antonio Zavala-Obregón y Edgardo García-Rosas 103

RINCÓN DEL ESTUDIANTE

Estudio de caso: adulto con revascularización coronaria por cardiopatía isquémica

Laura Verónica Zepeda-Díaz y Alejandro David Rizo-Velasco 111

Instrucciones para los autores 119



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

Index

EDITORIAL

Contribution of nursing scientific knowledge to the Health System of Honduras

Perla Simons-Morales 85

ORIGINAL ARTICLE

Coping mechanisms in chronic patients with renal replacement therapy

Patricia Rivera-Vázquez and Vivian Isabella Tovar-Escobedo 87

PERSPECTIVE ARTICLES

Quality of life in the elderly with sarcopenia

Isai Arturo Medina-Fernández, Ana Laura Carrillo-Cervantes and Sandra Cecilia Esparza-González. . . . 93

Functional patterns: an experience in the path of knowledge construction

Silvino Arroyo-Lucas, Rocío Vásquez-Cruz, Marina Martínez-Becerril and María Paula Nájera-Ortiz. . . . 97

GOOD PRACTICES OF HEALTH CARE

Care plan in patient with exposed fracture of femur in preoperative period

Juan Antonio Zavala-Obregón and Edgardo García-Rosas. . . . 103

STUDENT'S CORNER

Case study: Adult with coronary revascularization due to ischemic heart disease

Laura Verónica Zepeda-Díaz and Alejandro David Rizo-Velasco 111

Instructions to authors 119

Contribución del conocimiento científico de enfermería al Sistema de Salud de Honduras

Perla Simons-Morales*

Profesora titular de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras

Según el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), la enfermería ayuda a la población a adquirir conductas que promuevan su salud; comprende en su desempeño los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas enfermas o sanas, en todos los contextos; incluye la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, y tiene como funciones esenciales el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud, la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación¹.

Esto nos obliga a reflexionar acerca de la gran cantidad de retos presentes y futuros que tiene la enfermería en Honduras para alcanzar el cumplimiento de los objetivos de la profesión y de los planes nacionales de salud de país, así como para optimizar y coadyuvar en la cobertura de los servicios de salud, tales como brindar atención oportuna y de calidad a los pacientes. Por ello se han realizado ingentes esfuerzos desde las instituciones formadoras y de servicio, y desde el trabajo gremial, para generar los recursos humanos idóneos: disponibilidad, distribución, calidad y desempeño.

A pesar de las limitantes existentes en la estructura de salud para el desarrollo de un ejercicio profesional adecuado y del débil reconocimiento social del desempeño de la enfermería, esta profesión ha brindado aportes consistentes y efectivos al Sistema de Salud y a la población hondureña; ha participado en la formulación de la política nacional de salud y sus planes,

y de la estrategia para la atención primaria de salud; ha sido bastión en el impulso del componente de promoción de la salud a nivel individual, familiar y comunitario, así como en la gestión de los cuidados a pacientes a nivel hospitalario y en intervenciones exitosas en la formulación y ejecución de las normas para la reducción de la mortalidad materna y de atención a la mujer².

La investigación es una herramienta esencial y de importancia para el ejercicio de la enfermería; origina el conocimiento fundamentado en la realidad social, especialmente para brindar una atención profesional que dé como resultado el bienestar y calidad de vida de los individuos que están bajo su responsabilidad. Se ha identificado la participación directa, competente y comprometida de la enfermería particularmente en la integración de información en la base de datos del Sistema de Salud y su análisis e interpretación.

En el ámbito de su competencia sobre el Listado de Niños en Vigilancia Integral (LINVI) y el Listado de Mujeres Embarazadas, mantiene actualizada la información, obteniendo con ello un registro oportuno del esquema de vacunación (LINVI) de los niños y niñas menores de cinco años, que ha sido fundamental para el mejoramiento de la entrega de nutrientes en el país.

En 1994 la investigación en enfermería levantó la mano al elaborar el libro *Metodología de la investigación: manual para el desarrollo de personal de salud*, escrito por las enfermeras hondureñas MSc. Elia Bea-

Correspondencia:

*Perla Simons-Morales
E-mail: perla.morales@unah.edu.hn

Fecha de recepción en versión modificada: 23-07-2018

Fecha de aceptación: 12-09-2018

DOI: 10.24875/ENF.M18000015

triz Pineda, MSc. Eva Luz Sánchez de Alvarado (Q.D.D.G.) y MSc. Francisca Canales (Q.D.D.G.). Este libro ha sido una guía metodológica para facilitar el aprendizaje del personal de salud que realiza investigación.

Sin embargo, la mayoría de las investigaciones realizadas en enfermería se caracterizan por esfuerzos individuales. Las publicaciones de investigaciones provienen de instituciones formadoras de recursos humanos a nivel universitario en las cuales, lamentablemente, hay una débil participación de estudiantes en el desarrollo de trabajos de investigación y sus publicaciones; existe una pobre vinculación entre lo académico y lo clínico, puesto que la enfermería a nivel de servicios de salud no publica los conocimientos que genera.

La enfermería hondureña tiene el desafío de desarrollar una investigación en salud que logre aportar de manera consistente el conocimiento científico para el sistema de salud, logrando impactar en las mejores prácticas del cuidado y contribuyendo a reducir los principales problemas de salud del país. Enfermería debe examinar el propósito de su accionar, si va encaminado a alcanzar el mejoramiento de las condiciones de bienestar de la población, a la contribución en los indicadores de crecimiento económico y desarrollo social, y a la vigilancia del desempeño del sistema sanitario.

Los retos y las preguntas son: «¿por qué se debe desarrollar la investigación en enfermería?», «¿cuáles son los retos que enfrenta la investigación en enfermería?», «¿cómo potenciar su crecimiento y aprovechar sus aportaciones para mejorar la salud pública?», «¿cómo fomentar la investigación y la publicación entre el personal profesional de enfermería?».

Se debe potenciar a los profesionales de enfermería en la investigación en salud, lo cual incluye gestionar estructuras de producción científica con una

visión clara para enfocar el quehacer investigativo hacia el desarrollo científico-técnico, ser capaces de asegurar el intercambio del conocimiento generado, garantizar el desarrollo de las funciones de un sistema de investigación efectivo en donde haya un establecimiento de prioridades, construir una agenda de investigación en salud y enfermería, crear capacidades en investigación en donde se promuevan las buenas prácticas de investigación y establecer normas y estándares en su desarrollo, mediante la educación continuada, implementando programas de capacitación en metodología de investigación para enfermería en los diferentes servicios. Se espera entonces que la investigación sea contextualizada y resolutive, y con ello se provea el diseño de políticas en salud que favorezcan la cobertura sanitaria universal, que adopte un enfoque multisectorial en donde exista la inclusión de los sectores interesados directos de las investigaciones en pro de la salud y se fomente la participación de las comunidades y la sociedad civil en el proceso investigativo.

Finalmente, se debe desarrollar la investigación en salud como un eje integrador entre docencia y asistencia, como una actividad permanente de mejora continua en el ejercicio profesional de enfermería en cualquiera de los campos, sabiendo que la función investigadora debe ser evaluada, pues es esencial en el desarrollo de la profesión y la formación de los recursos humanos, y para el aseguramiento de servicios de salud seguros y con calidad.

Bibliografía

1. Said R. La definición de enfermería del CIE. Enfermería Siglo XXI Weblog. 2008 [Internet] Consultado el 23 de julio de 2018. Disponible en: <https://anibalpi.wordpress.com/2008/06/11/la-definicion-de-enfermeria-del-cie/>.
2. Gobierno de la República de Honduras. Hacia la salud universal, Logros, avances y desafíos del sector salud de Honduras. [Internet] Consultado el 10 de agosto de 2018. Disponible en: https://www.paho.org/hon/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-estrategicos&alias=362-hacia-la-salud-universal-logros-avances-y-desafios-del-sector-salud-de-honduras&Itemid=211.

Mecanismos de afrontamiento en pacientes crónicos con terapia de reemplazo renal

Patricia Rivera-Vázquez^{1*} y Vivian Isabella Tovar-Escobedo²

¹Maestra en Ciencias de la Salud, coordinadora de Investigación en Enfermería, Hospital Regional de Alta Especialidad «Bicentenario 2010», Ciudad Victoria, Tamaulipas, docente de tiempo completo, Universidad Autónoma de Tamaulipas; ²Licenciada en Enfermería, Hospital General de Ciudad Victoria «Dr. Norberto Treviño Zapata». Tamps., México

Resumen

Objetivo: Identificar los mecanismos de afrontamiento de los pacientes con trastorno renal sometidos a una terapia de reemplazo en un hospital de Ciudad Victoria, en Tamaulipas. **Metodología:** Estudio descriptivo-transversal desarrollado en 100 pacientes mediante un muestreo no probabilístico por disponibilidad, previa autorización de los comités de ética e investigación, así como firma de carta de consentimiento informado. Se utilizó una cédula de datos personales y la escala de afrontamiento y adaptación (CAPS) de Callista Roy. **Resultados:** El 70% utilizan mecanismos centrados en la emoción, buscando la ayuda de Dios e intentando conseguir soporte emocional de amigos o familiares. **Conclusión:** El autoconocimiento y control sobre las emociones evita el vacío físico y emocional, por lo que el equipo multidisciplinario de salud, la familia y/o los amigos deben ser tomados en cuenta para favorecer los procesos de adaptación a la enfermedad.

Palabras clave: Afrontamiento. Enfermedad renal. Enfermería.

Abstract

Objective: to identify the coping mechanisms of patients with renal disorder undergoing replacement therapy at a hospital in Cd.Victoria Tamaulipas. **Methodology:** Descriptive-cross-sectional study developed in 100 patients by non-probabilistic sampling for availability. Prior authorization by the ethics and research committees as well as signature of informed consent letter. Using personal data card and Callista Roy's coping and adaptation scale [CAPS]. **Results:** 70% use mechanisms focused on emotion, seeking God's help and trying to get emotional support from friends or family. **Conclusion:** Self-knowledge and control over their emotions avoids the physical and emotional vacuum, so the multidisciplinary health team, the family and / or friends must be taken into account to favor the processes of adaptation to the disease. (Rev Mex Enf. 2018;6:87-92)

Corresponding author: Patricia Rivera-Vázquez, pattyri@live.com.mx

Key words: Coping. Renal disease. Nursing.

Introducción

En los últimos 10 años la enfermedad renal crónica ha tenido un importante incremento en la estadística mundial, tanto de mortalidad como de morbilidad, y el paciente con frecuencia es sometido a un trata-

miento de diálisis o a un trasplante renal para conservar la vida. Sin embargo, el tratamiento puede convertirse en una amenaza, condición que hace que el paciente sea más vulnerable a experimentar diferentes fenómenos psicológicos y/o psiquiátricos, tales como estrés y depresión, debido a la disminución en

Correspondencia:

*Patricia Rivera-Vázquez

E-mail: pattyri@live.com.mx

Fecha de recepción en versión modificada: 18-07-2018

Fecha de aceptación: 28-09-2018

DOI: 10.24875/ENF.M18000016

la sensación de control personal, ya que se encuentra sujeto a una serie de procedimientos invasivos, como depender de una máquina, que hacen que a veces durante el curso de la enfermedad afloran sentimientos de culpa, negación, rabia, depresión y frustración, que son difícilmente comprendidos y aceptados por el propio paciente y sus familiares. Por ello, es importante el proceso de adaptación que mantiene la integridad del paciente dentro de la realidad de su entorno (interno y externo), para lo cual establece mecanismos de afrontamiento a través de estrategias como una respuesta a la situación estresante que vive¹.

En pacientes renales el afrontamiento interviene en la adaptación a la enfermedad y en la adherencia al tratamiento. Estos recursos reducen la percepción de amenaza y permiten un afrontamiento más eficaz de las situaciones estresantes.

Así pues, es importante el afrontamiento que utiliza el paciente para anticipar el impacto que el tratamiento puede ocasionar en la persona. Las estrategias de afrontamiento hacen referencia a los esfuerzos que realiza el individuo para hacer frente a las demandas internas, ambientales, así como a los conflictos entre ellas; se trata de esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Es un proceso continuo, puesto que constantemente está cambiando, depende de la situación que lo desarrolle, bien sea una enfermedad, la muerte o la pérdida de trabajo, entre muchos otros factores que implican que la persona desarrolle acciones para enfrentar esa situación².

Se estima que la enfermedad renal crónica afecta a cerca del 10% de la población mundial³. En nuestro país, aun cuando no hay un registro nacional de pacientes en diálisis crónica, sino sólo datos indirectos de la Fundación Mexicana del Riñón y de la industria de diálisis, se estima que de 40,000 a 50,000 pacientes renales están sujetos a este tratamiento y que anualmente la cifra se incrementa en un 11%. En términos generales, se considera que por cada enfermo en diálisis crónica hay otro que fallece sin acceso al tratamiento⁴.

En la actualidad, las enfermedades crónicas como la enfermedad renal terminal son consideradas para el paciente como fuentes generadoras de estrés y de gran tensión, ya que implican un proceso de deterioro continuo, que afecta a la calidad de vida de la

persona y origina nuevas exigencias que deben ser afrontadas. Algunas personas aceptan el hecho de que tienen una enfermedad renal y necesitarán tratamiento para el resto de su vida; otras, en cambio, pueden tener problemas para adaptarse a los desafíos de la enfermedad. De modo que el personal de enfermería debe identificar las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes para hacer frente a la enfermedad y contribuir con ello a disminuir el riesgo de que pueda repercutir en su calidad de vida⁵.

Las investigaciones realizadas han demostrado que tanto la insuficiencia renal crónica (IRC) como sus tratamientos afectan en gran medida las áreas de desempeño de los pacientes, especialmente a nivel emocional, cognitivo, físico y social, lo que altera de manera notable su calidad de vida global⁶.

Es importante mencionar que la adaptación se concibe como un proceso en el cual las personas que tienen la capacidad de pensar y de sentir como individuos o miembros de un grupo son conscientes y escogen modificar sus patrones de comportamiento para ajustarse a las normas imperantes en el medio social en el que se mueven, por lo cual es relevante la adaptación vivida, ya que los pacientes también son sometidos por dicha enfermedad⁷. Las personas asumen diferentes estrategias de afrontamiento; las más frecuentes son la negación o minimización de la gravedad de la enfermedad y de sus consecuencias; otras estrategias frecuentes son buscar información acerca de la enfermedad y soporte social y familiar⁸.

Díaz-Soto, et al.⁹ mencionan que el mecanismo de afrontamiento más usado es el que se centra en la emoción, seguido por el mecanismo centrado en el problema. En cuanto a las estrategias de afrontamiento, señalan que la planificación, la aceptación y la reinterpretación positiva-crecimiento son las más usadas, y consideran que la estrategia de planificación presumiblemente ayuda a los participantes a desarrollar un plan de acción con el cual pueden responder a los nuevos cambios y demandas de la enfermedad y sus tratamientos⁹.

El amparo en la religión como estrategia de afrontamiento presenta la media más alta, lo que conlleva que los pacientes con insuficiencia renal recurran a sus creencias religiosas como una forma de afrontar el estrés. La estrategia que le sigue es la aceptación, la cual tiene que ver con no cuestionarse o preguntarse el porqué de la situación en la cual están viviendo, sino más bien dar por hecho que lo que les acontece tenía que ocurrir.

En cuanto al género, en los hombres la aceptación se presenta en la media más alta, mientras que en mujeres lo hace el humor^{9,10}.

Al realizar el análisis correlacional entre los factores de depresión y las estrategias de afrontamiento, se observó que la estrategia de planeación y afrontamiento activo se correlacionaba de forma negativa con los factores somáticos, cognitivo y estado de ánimo, es decir, que a mayor planeación y afrontamiento activo, menor sintomatología depresiva¹⁰.

La estrategia de afrontamiento ante el estrés que utilizan el 48% de los pacientes es el recurso de la evitación ante estas situaciones estresantes en su vida cotidiana, tanto personal y familiar como académica y social. Le sigue, con un 23%, la búsqueda de soporte social, que está íntimamente relacionada con la funcionalidad de la familia, debido que, por el alto índice de familias disfuncionales, las relaciones filiales negativas y escasas hacen que los pacientes busquen soporte fuera de estos vínculos¹¹.

Otros autores mencionan que el mecanismo de afrontamiento centrado en la emoción es el que mayormente usan la mayoría de los pacientes (70%) y las estrategias de afrontamiento de mayor uso son la aceptación, la religión, el afrontamiento activo y la reinterpretación positiva. El estilo de afrontamiento orientado al problema se observó en un 30% de los casos. En este estudio la mayoría de los participantes presentaron mala adherencia al tratamiento y se observaron diferencias en el uso de estilos y estrategias de afrontamiento de acuerdo al tiempo de tratamiento y al tipo de adherencia alcanzada¹².

Para el manejo adecuado de la emoción, en ambos sexos, estrategias como el soporte social y la expresión emocional tienen como punto de referencia importante los estímulos externos que recibe el paciente, que le permiten sentirse comprendido y ayudado por su familia o por los profesionales con los que trata de manera frecuente debido a su enfermedad, lo cual demuestra una relación significativa entre los sistemas de adaptación y afrontamiento y el soporte social percibido; estas redes son los familiares y profesionales de salud más cercanos, tomando en cuenta el soporte emocional. Una de las principales estrategias que utilizan los pacientes es buscar soporte en los otros como mecanismo de afrontamiento¹³.

La literatura menciona que el tipo de estrategias más usadas son la búsqueda de información, la resolución de problemas, la reestructuración cognitiva, la delegación y la expresión regulada de las emociones. Los afrontamientos de aproximación que más se uti-

lizan son los de evitación y éstas diferencias no se modifican a lo largo del tiempo¹⁴. Los resultados de las investigaciones señalan que mientras evoluciona la enfermedad los niveles de estrés disminuyen; se trata del llamado estrés crónico o a largo plazo: a menor tiempo de evolución de la enfermedad, mayor nivel de estrés patológico¹⁵.

Por lo tanto, la presente investigación tiene relevancia teórica porque está basada en el concepto de afrontamiento del «modelo de adaptación» de Sor Callista Roy, que, con un modelo de redefinición de adaptación, sirve de guía en los procesos de cuidado y evolución de la enfermería¹⁶. Con este modelo se interpreta la adaptación de la persona mediante el fortalecimiento de los mecanismos de afrontamiento, dependiendo de los estímulos a los que esté expuesta. Por ello, la importancia del rol de la enfermera es conocer de manera minuciosa al paciente y determinar las actividades con las cuales ayudará a la calidad del cuidado y su desarrollo en el ambiente clínico y comunitario visualizando los alcances o reconocimientos que puede tener hacia ellos y cómo el entorno permite la adaptación del paciente a su enfermedad¹⁷. Nuestro objetivo fue identificar los mecanismos de afrontamiento que poseen los pacientes con trastorno renal sometidos a terapia de reemplazo (diálisis y hemodiálisis) en un hospital de Ciudad Victoria, en Tamaulipas.

Metodología

Estudio con enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal desarrollado en un hospital de segundo nivel de la localidad. La población de estudio estuvo constituida por pacientes de ambos sexos, con diagnóstico de IRC, que se encontraban en tratamiento sustitutivo (diálisis-hemodiálisis), durante el periodo de julio de 2016 a junio de 2017. La muestra estuvo constituida por 100 pacientes que reunieron los criterios de inclusión, los cuales fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por disponibilidad.

Para la recolección de datos, previa autorización del Comité de Ética e Investigación del hospital, así como firma de carta de consentimiento informado de los pacientes, se utilizó una cédula de datos sociodemográficos que contenía las variables edad, sexo, ocupación y estado civil para caracterizar al grupo de población de estudio. Con el fin de conocer los mecanismos de afrontamiento se utilizó la escala de medición del proceso de afrontamiento y

adaptación (CAPS) de Callista Roy¹⁸, que consta de 47 reactivos, con cinco factores (recursivo y centrado, reacciones físicas y enfocadas, proceso de alerta, procesamiento sistemático y conocer y relacionar) y un patrón de respuesta tipo Likert (respuestas «nunca», «rara vez», «algunas veces» y «siempre» con puntuaciones de 1 a 4). El puntaje puede oscilar entre 47 y 188 puntos; el mayor puntaje significa un uso más consistente de las estrategias de afrontamiento. El α de Cronbach fue de 0.88¹⁸. El análisis de los datos se realizó con estadística descriptiva y para la tabulación de los datos se utilizó el programa IBM SPSS (versión 20.0).

Resultados

En el perfil de la población hay un predominio del género masculino (55%). El 50% se encuentran entre los 51 y los 60 años. El estado civil que predomina es el de casado (55%). En cuanto a la escolaridad, el 70% tienen entre primaria y secundaria, frente al bajo porcentaje de personas que cursan una licenciatura o posgrado. El 45% son jubilados. En cuanto al rol dentro del núcleo familiar, el 45% no tienen ninguno (Tabla 1).

Respecto a los mecanismos de afrontamiento de los pacientes renales crónicos, el 70% utilizan los centrados en la emoción, el 20%, los centrados en el problema y el 10%, otros mecanismos (Fig. 1).

Las estrategias referidas a la emoción vienen dadas por acudir a la religión, la búsqueda de soporte social por razones emocionales y la aceptación, mientras que las estrategias referidas al problema están dadas por el afrontamiento activo y la búsqueda de soporte social por razones particulares. Respecto a los mecanismos de afrontamiento centrados en el problema, el 40% a menudo hacen paso a paso lo que deben hacer para superar la enfermedad y el 20% se esfuerzan mucho para superar la enfermedad. Los pacientes se dedican a disminuir los efectos de la enfermedad mediante una acción directa y suprimiendo el evento estresante que la ocasiona. El 15% siempre preguntan a personas con la misma enfermedad lo que han hecho para superarla y hablan con personas que puedan darles más información sobre la enfermedad; el 25% de los pacientes buscan en otras personas consejos, asistencia, información y orientación con el fin de solucionar el problema (Fig. 2).

El 75% siempre buscan la ayuda de Dios, lo que indica que los pacientes recurren a sus creencias re-

Tabla 1. Variables sociodemográficas según la cédula de datos sociodemográficos*

Variable		f	%
Género	Masculino	55	55.0
	Femenino	45	45.0
Edad	40-50 años	30	30.0
	51-60 años	50	50.0
	61-75 años	20	20.0
Estado civil	Casado	55	55.0
	Soltero	10	10.0
	Separado	25	25.0
	Viudo	10	10.0
	Unión libre	5	5.0
Grado de estudio	Primaria	30	30.0
	Secundaria	40	40.0
	Preparatoria	15	15.0
	Universidad	10	10.0
	Posgrado	5	5.0
Ocupación	Empleado	25	25.0
	Desempleado	10	10.0
	Jubilado	45	45.0
	Ama de casa	20	20.0
Rol familiar	Esposo	25	25.0
	Esposa	30	30.0
	Ninguno de los anteriores	45	45.0

*n = 100.

ligiosas como vía para afrontar el estrés, tratando de buscar consuelo en su religión para poder seguir adelante con la enfermedad. El 20% intentan conseguir soporte emocional con amigos o familiares; el 5% a menudo aprende algo bueno de su enfermedad (Fig. 3).

En cuanto a otros mecanismos de afrontamiento, el 87% de los pacientes a menudo se dedican al trabajo u otras actividades (ir al cine, ver la televisión) que ocupen su mente con otras cosas que no sean la enfermedad, ya que prefieren distraerse y dejar de pensar en el evento estresante, así como en lo que se puede hacer para detenerlo y/o disminuirlo (Fig. 4).

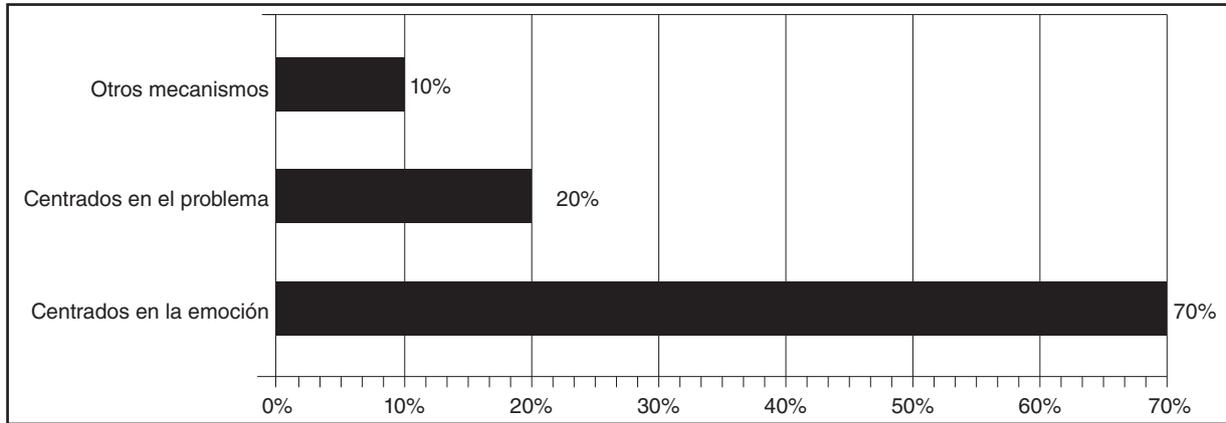


Figura 1. Mecanismos de afrontamiento utilizado en pacientes con trastorno renal sometidos a terapia de reemplazo (diálisis y hemodiálisis) en Cd. Victoria (fuente: Instrumento CAPS n = 100).

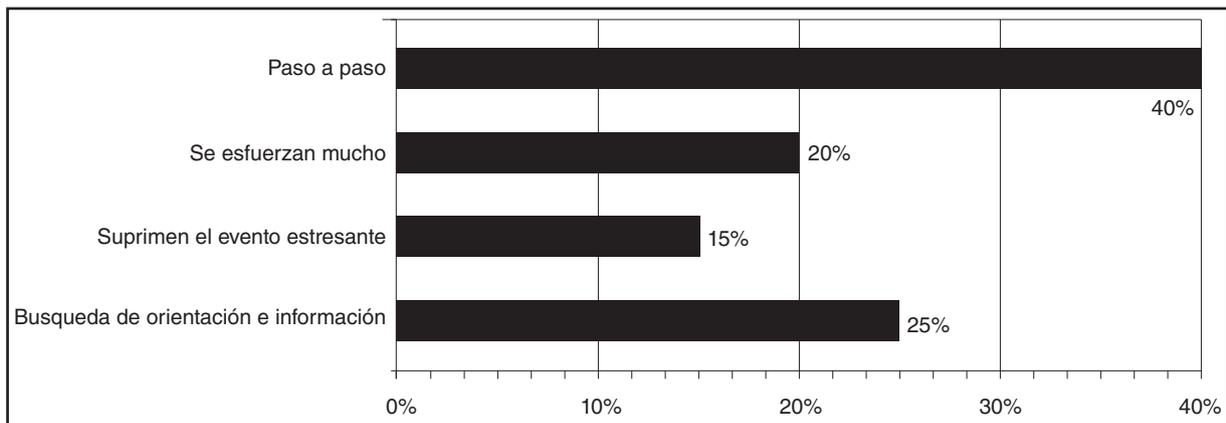


Figura 2. Estrategias de afrontamiento centradas en el problema (fuente: Instrumento CAPS n = 100).

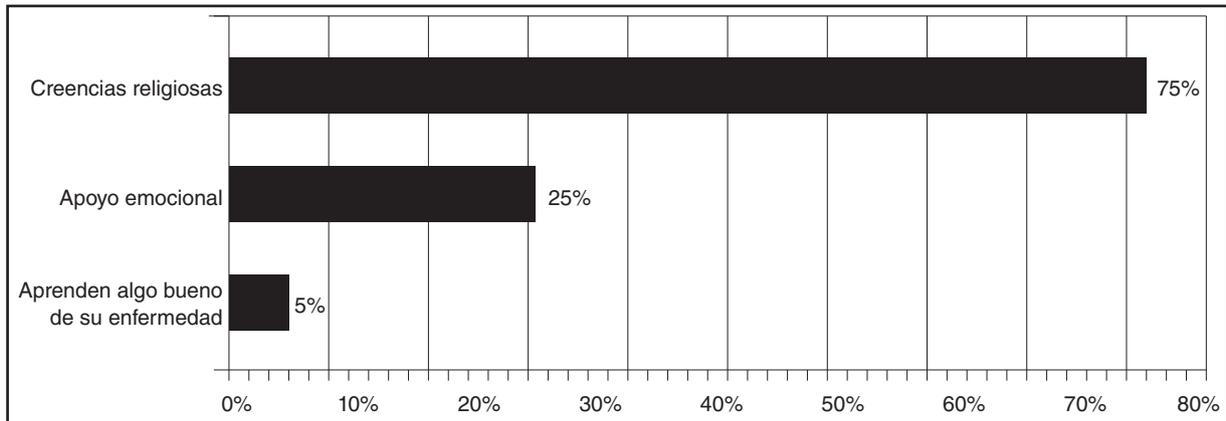


Figura 3. Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción (fuente: Instrumento CAPS n = 100).

Discusión y conclusión

El análisis de los mecanismos de afrontamiento permite comprobar el predominio de aquellas actividades que implican la aceptación de enfermar ante una situación estresante como la enfermedad renal crónica y su tratamiento, ya que la calidad de vida del paciente depende en alto grado de que ejecute con-

ductas de afrontamiento eficaces, es decir, adaptarse a su nuevo estilo de vida.

Con nuestro estudio concluimos que los mecanismos más utilizados son los enfocados en la emoción, como buscar consejo en personas con la misma enfermedad y preguntarles qué han hecho para superarla, así como hablar con personas que puedan darles más información sobre la enfermedad, lo cual

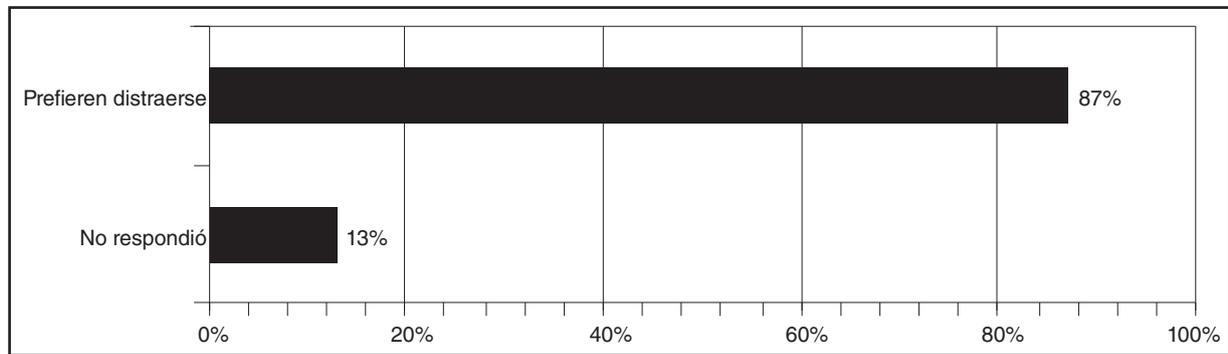


Figura 4. Otras estrategias de afrontamiento (fuente: Instrumento CAPS n = 100).

coincide con algunos reportes de la literatura^{13,15,18}, pero no con otros estudios¹⁹; este mecanismo va seguido de los que se centran en el problema: los pacientes se enfocan más en disminuir el malestar emocional que conlleva la enfermedad y su tratamiento. El mayor porcentaje siempre busca la ayuda de Dios e intenta conseguir soporte emocional de amigos o familiares, y un porcentaje considerable a menudo aprende a vivir con su enfermedad y acepta tanto la enfermedad como el hecho de no poder cambiarla.

En referencia a los otros mecanismos adicionales de afrontamiento, que incluyen acciones de evitación ante una determinada situación estresante, los pacientes del presente estudio a menudo se dedican al trabajo u otras actividades (ir al cine, ver la televisión) que ocupen su mente con otras cosas que no sean su enfermedad, de forma similar a lo que describe la literatura¹⁰⁻¹²; una parte considerable de pacientes optan por la estrategia de desconexión mental, a diferencia de lo que reportan otros autores¹³.

Todo lo anterior afirma lo establecido por Roy y evidencia la necesidad de implementar acciones de enfermería, no sólo en lo clínico, sino también en lo emocional y de soporte, facilitando herramientas que ayuden a los pacientes a tener un mayor autoconocimiento y control de sus emociones para evitar las consecuencias del vacío físico y emocional, la sobrecarga, el sentimiento de pérdida y la tendencia a la depresión, en conjunto con el equipo multidisciplinario de salud, la familia y/o los amigos del paciente.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

Bibliografía

- Silva-Richardson AR, Souza Neto Vinicius- Lino de SN, Oliveira Gabriel Jefferson-Noberto de OG, Coeli-Oliveira da SB, Capistrano-Teixeira RC, Rebberty-Rodrigo HJ.
- Contreras F, Espinoza J, Esguerra G. Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Psicología y Salud*. 2012;1(18):165-79.
- Ruiz de Alegría-Fernández de Retana B, Basabe-Barañano N, Saracho-Rotaech R. El afrontamiento como predictor de la calidad de vida en diálisis: un estudio longitudinal y multicéntrico. *Nefrología*. 2013;33(3):342-54.
- Contreras F, Esguerra G, Espinosa JC, Gómez V. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana de Psicología*. 2013;10(2):69-179.
- Organización Mundial de la Salud (2014). Cifras y datos. [Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/62/es>.
- Gil J. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en hemodiálisis. *Nefrología*. 2012;23 (6):528-37.
- Perales-Montilla CM, Tefan-Duschekb GA, Reyes del Paso A. Calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica: relevancia predictiva del estado de ánimo y la sintomatología somática. *Nefrología*. 2016;36(3): 275-82.
- Ruiz de Alegría-Fernández de Retana B, Basabe-Barañano N, Fernández-Prado E, Baños-Baños C, Nogales-Rodríguez MA, Echebarri-Escribano M, et al. Cambios en las estrategias de afrontamiento en los pacientes de diálisis a lo largo del tiempo. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. 2012;1(12):11-7.
- Díaz-Soto CM, Présiga-Ríos PA, Zapata-Rueda CM. Calidad de vida relacionada con la salud y adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad renal crónica en Antioquia-Colombia. *Rev. Edu. Desarrollo*. 2017;(41): 17-25.
- Vargas CK. Relación entre los niveles de estrés y la adherencia al tratamiento dietético en pacientes con insuficiencia renal crónica en el Servicio de Medicina Interna del HPDA en el periodo de enero-marzo de 2012. Tesis de licenciatura. 2014.
- García-Avenida D, Ochoa-Estrada M, Martínez-Espinoza N, González-Puebla B, Sánchez-Morán M, Martínez-Carrasco M. Prevalencia de los mecanismos de adaptación del paciente con enfermedad renal bajo tratamiento de hemodiálisis. *Rev Cuid*. 2016;7(1):1144-51.
- Kozier B. *Enfermería fundamental. Conceptos, procesos y práctica*. Madrid: McGraw-Hill; 2014.
- Rivera-Ledesma A, Montero-López LM, Sandoval-Ávila R. Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal. *Salud Mental*. 2012;35(4):329-37.
- Romero-Massa E, Martínez-Nisperura BF, Makaiza-Estrada E, Guarín-Peláez A. Afrontamiento y adaptación de pacientes en hemodiálisis y diálisis Cartagena 2010. *Av Enferm*. 2013;3181(1):32-41.
- Rodríguez Martínez R. Modelos de enfermería integrada al cuidado del paciente nefrológico en el contexto cubano. *Rev Cubana Enferm*. 2012;28(4): 474-84.
- Moreno-Fergusson M, Alvarado-García A. Aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura. *Aquichan*. 2009;9(1):62-72.
- Acosta-Hernández PA, Chaparro-López LC, Rey Anaconda CA. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. *Rev Col Psic*. 2008;(17):9-26.
- Sierra-Llamas CA, Julio JC. Estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal en fase dialítica. *Psicolgente*. 2010;13(23):27-41.

Calidad de vida en el adulto mayor con sarcopenia

Isai Arturo Medina-Fernández¹, Ana Laura Carrillo-Cervantes^{1*} y Sandra Cecilia Esparza-González²

¹Facultad de Enfermería «Dr. Santiago Valdés Galindo», Universidad Autónoma de Coahuila; ²Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Coahuila. Coah., México

Resumen

Introducción: La sarcopenia es una enfermedad frecuente en el adulto mayor y constituye un problema que impacta en la calidad de vida, cuyos componentes afectan al bienestar integral. El objetivo de este artículo es reflexionar sobre el impacto de la sarcopenia en los componentes de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). **Desarrollo:** El primer componente de la CVRS que influye negativamente en la sarcopenia es la función social, porque causa la evitación de las actividades de ocio por la limitación funcional, lo que repercute en sus relaciones sociales con la familia y amigos. La función física se ve afectada en las actividades de la vida diaria e instrumentales. De igual manera, la sarcopenia puede influir en la función psicológica mediante estados afectivos negativos. **Conclusión:** El vivir con sarcopenia y ser adulto mayor impacta en la calidad de vida, pues afecta de manera negativa a diversas esferas de la persona y ocasiona una mala percepción del bienestar.

Palabras clave: Sarcopenia. Anciano. Calidad de vida.

Abstract

Introduction: The sarcopenia is a prevalent pathology in The older adult considered like a trouble that influency on their quality life; their components affect The integral wellness. The objective of this article is reflect The impact of The sarcopenia like component of The quality life in relation with The healt (CVRS). **Development:** The first component of The CVRS that impact in The negative form in The sarcopenia is The social function because it cause that they avoid leisure activities by The functional limitation rebounding in their social relations with family and friends. The physical function are affected in The daily and instrumental activities. This disease as well can influence in The physical function through negative affective states. **Conclusion:** Life with sarcopenia and be a older adult impact in The quality life by influencing in The negative form un various spheres of The person causing bad perception of wellness. (Rev Mex Enf. 2018;6:93-6)

Corresponding author: Ana Laura Carrillo-Cervantes, alcc_73@hotmail.com

Key words: Sarcopenia. Elderly. Quality of life.

Introducción

Actualmente, la salud se considera un estado dinámico y complejo, el cual debe ser atendido en los ámbitos físico, mental y social, por lo que la atención a la persona

adulta mayor (PAM) debe ser holística e integral. De esta manera, al cuidar a una PAM con sarcopenia se deben considerar las repercusiones en su calidad de vida.

Por otra parte, al hablar del envejecimiento es necesario considerar que éste se acompaña de cambios

Correspondencia:

*Ana Laura Carrillo-Cervantes
E-mail: alcc_73@hotmail.com

Fecha de recepción en versión modificada: 09-06-2018

Fecha de aceptación: 26-07-2018

DOI: 10.24875/ENF.18000041

importantes tales como la composición corporal, la cual puede afectar negativamente al estado funcional de las PAM, debido a que existe una disminución progresiva de la masa y la fuerza musculares y de la calidad del músculo, acompañada de un aumento del porcentaje de grasa¹.

En referencia a lo anterior, el adulto mayor puede desarrollar sarcopenia, palabra que deriva de las raíces griegas *sarx*, que significa 'carne', y *penia*, 'pérdida', y se refiere a la disminución en la masa muscular y la función que afecta a la deambulacion, la movilidad, la ingesta de nutrientes y el estado nutricional, así como a las actividades básicas de la vida diaria².

Diversos estudios hacen referencia al impacto de las enfermedades en la calidad de vida, pero para comprenderlo con claridad se recurre a un concepto más específico, la CVRS, que se define como la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud actual, el autocuidado, así como la habilidad para alcanzar y mantener un nivel de funcionamiento general que permita seguir las metas valoradas de vida y que esto se refleje en el bienestar general^{3,4}.

Por ello, en este ensayo se reflexiona sobre el impacto de la sarcopenia en la calidad de vida del adulto mayor para entender la importancia de considerarla en la valoración, con el fin de proporcionar una intervención multidisciplinaria para prevenir las afectaciones en las esferas de la persona.

Desarrollo

Sarcopenia en el adulto mayor

La sarcopenia es una entidad característica del envejecimiento corporal y, por lo tanto, presente en los adultos mayores que se relaciona con una mayor morbilidad y mortalidad⁵; su signo es la disminución de la masa, fuerza y/o resistencia musculares⁶.

A nivel fisiológico, se produce una disminución de la masa muscular, así como del tamaño y número de las fibras II, es decir, que hay una menor concentración de capilares, mioglobina, mitocondrias y una gran capacidad glucolítica; así mismo, se presenta una infiltración por grasa y tejido conjuntivo, y una reducción de la razón capilar/fibra que altera el aporte de nutrientes provenientes del torrente circulatorio a la fibra muscular⁷.

Aunado a lo anterior, la sarcopenia es un estado muy frecuente en la población geriátrica pero poco considerado, dada la dificultad a la hora de diagnosticarla como consecuencia de la ausencia de un con-

senso universalmente aceptado y una gran variedad de métodos diagnósticos. Resulta complicado aportar cifras de prevalencia de la sarcopenia entre la población adulta mayor⁸, pero la prevalencia aproximada es del 10%; afecta en promedio al 5-13% de las PAM de 60 años, cifra que llega hasta el 50% cuando la edad es mayor de 80 años⁹⁻¹¹.

Calidad de vida relacionada con la salud

La CVRS es un término subjetivo que influye en el estado de salud de la persona; se trata de los factores que condicionan el bienestar integral. Este concepto ofrece una visión importante sobre el impacto que tienen determinadas enfermedades sobre la salud general de los pacientes, y su análisis ayuda en la toma de decisiones clínicas y a evaluar el cambio después de una intervención determinada¹².

En este sentido, la CVRS es un reto inmediato debido al creciente envejecimiento en la población, al aumento de la esperanza de vida, al descenso de la tasa de natalidad y a las modificaciones en la estructura-tamaño de la familia. La CVRS es diferente en cada individuo debido a las vivencias, al significado de vivir con un proceso patológico, a la apreciación de su persona, a la adaptación y a la disponibilidad para establecer nuevos vínculos^{12,13}.

Así mismo, se trata de un concepto dinámico que puede ser abordado desde lo subjetivo o lo objetivo, y es producto de una construcción social. Diversas evidencias demuestran que tiende a variar según factores sociodemográficos, personales y del entorno, lo cual muestra la complejidad del fenómeno¹⁴. Respecto a lo objetivo, la CVRS depende del individuo (utilización y aprovechamiento de sus potenciales intelectual, emocional y creador) y de las circunstancias externas (estructura socioeconómica, sociopsicológica, cultural y política) que interactúan con él. Lo subjetivo está dado por la satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales y la percepción que tenga de las condiciones globales de vida, lo que se traduce en sentimientos positivos o negativos¹⁵. Por ello, la reflexión de este concepto se realiza con respecto a los componentes de la CVRS (Fig. 1).

Impacto de la sarcopenia en la calidad de vida del adulto mayor

Respecto a los componentes mencionados anteriormente, el que tiene un mayor impacto en la vida

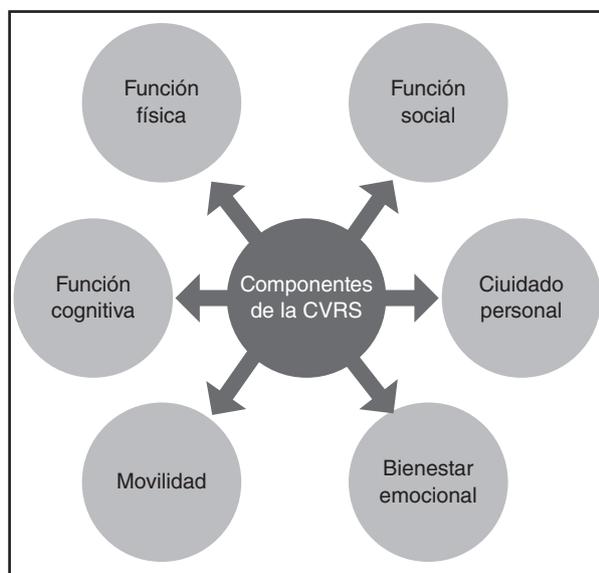


Figura 1. Componentes de la CVRS (adaptado de Shumaker⁴).

del PAM con sarcopenia es el funcionamiento físico, que se encuentra asociado al envejecimiento humano por la reducción progresiva de la masa muscular esquelética, una espiral descendente que puede provocar una disminución de la fuerza y la funcionalidad⁶. Por ende, los signos de la sarcopenia ocasionan una limitación en la realización de las actividades de la vida diaria o instrumentales, las cuales son fundamentales para tener una buena percepción de la calidad de vida.

Como parte de los componentes se encuentra la movilidad; diversos estudios abogan por utilizar este aspecto como inclusión de la calidad de vida, ya que las personas con sarcopenia experimentan un mayor problema con la deambulación¹⁶. La población que padece dicha enfermedad tiene aproximadamente dos veces más probabilidades de presentar dificultades para subir escaleras, llegando a la conclusión de que la disminución de la masa muscular esquelética de las extremidades inferiores se encuentra asociada con un menor rendimiento físico¹⁷.

El rol social es una de las esferas que se ven afectadas por la disminución de la funcionalidad física, debido a que se deja de realizar actividades satisfactorias, generando estresores sociales que tendrán efectos negativos en el estado de salud.

De igual manera, el sistema social está influido por el apoyo familiar, el estado económico y la cultura. Así mismo el rol social de las PAM no debe dejarse de lado, debido a que influye en el deterioro de las actividades básicas de la vida diaria e instrumentales, cuyas experiencias son determinantes para el autocuidado.

Por otro lado, el funcionamiento psicológico que se ve afectado por la presencia de emociones negativas puede imposibilitar el concretar actividades habituales, interfiriendo con ello en el autocuidado y generando mayor discapacidad^{18,19}. Sin embargo, el estado emocional sirve para afrontar situaciones que afectan a la persona; el afrontamiento se realiza brindando un significado a la vida, con ciertos esfuerzos de superación y consiguiendo metas valiosas. La tarea central de las personas es reconocer y realizar al máximo todos sus talentos frente a realidades adversas²⁰.

Por otra parte, es importante considerar el deterioro cognitivo dentro de la función psicológica es porque uno de los factores de riesgo, con posible influencia en el deterioro físico²¹. Por ello este punto forma parte de los procesos mentales mediante los cuales el organismo recibe, almacena y procesa la información, y que incluyen: percepción, atención, información, orientación en el tiempo y el espacio, comprensión y utilización del lenguaje y memoria²². La evaluación de este componente resulta importante como parte de un análisis de la funcionalidad para la determinación de dependencia.

En relación con todo lo mencionado, una de las repercusiones importantes debido a los síntomas es la dependencia, que ocasiona la modificación de los hábitos y las actividades cotidianas y de esparcimiento; por ello el grado funcional se encuentra asociado con la capacidad de autocuidarse. De esto se deriva la importancia de realizar la enseñanza del cuidado en las PAM con sarcopenia, lo cual se debe considerar primordial, tomando en cuenta los factores culturales, económicos y de género, para facilitar el autocuidado²³.

Conclusiones

La sarcopenia influye negativamente en las diversas esferas de la calidad de vida, entre las que se encuentra la social, ya que la disminución de masa muscular causa la evitación de actividades favorables para la persona, ocasionando una repercusión en sus relaciones sociales con la familia y los amigos. La esfera biológica se ve influida en su funcionamiento físico, ocasionando una limitación en la realización de las actividades de la vida diaria o instrumentales, lo que aumenta el riesgo de discapacidad. En cuanto a la esfera psicológica, hay afección en los estados afectivos negativos, así como en la función cognitiva, debido a que es un factor de riesgo para dicha enfermedad. Todo lo anteriormente referido puede influir en el autocuidado.

Una vez planteado lo anterior, nos damos cuenta de la importancia de considerar la calidad de vida en la valoración de las PAM con sarcopenia, debido a la compleja implicación que tiene en estas personas, pues afecta a su función social, física y psicológica, y a su repercusión en el autocuidado, ocasionando una mala percepción del bienestar.

Se sugiere que el profesional de salud considere la realización de actividades para la prevención o para retrasar el impacto de la sarcopenia mediante estrategias e intervenciones basadas en el ejercicio/nutrición que sean efectivas para ésta, así como con un tratamiento multidisciplinario e integral.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Masanés Torán F, Navarro López M, Sacanella Meseguer E, López Soto A. ¿Qué es la sarcopenia? *Semin la Fund Esp Reumatol*. 2010;11(1):14-23.
- Cruz-Jentoft AJ, Landi F. Sarcopenia. *Clin Med (Lond)*. 2014;14(2):183-7.
- Badía X, D P. Calidad de vida asociada a la salud e infección por el VIH. 1 era edic. Editores J, editor. Madrid; 2000. 19-33 p.
- Shumaker S, M. N. The International Assessment of Health- related Quality of Life: Theory, Translation, Measurement and Analysis. *Rapid Commun Oxford*. 1995;248-249.
- Acosta MÁ. Sarcopenia en el anciano. *FMC - Form Médica Contin en Atención Primaria*. 2017;24(6):334-7.
- Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing*. 2010;39(4):412-23.
- Nemerovsky J. Sarcopenia. *Rev Arg Gerontol Geriatr*. 2016;Anuario 20:28-33.
- Moral Moral P. Estudio sobre prevalencia de la sarcopenia en una unidad hospitalaria de pacientes crónicos. [Tesis de licenciatura]. España: Universidad Autónoma de Barcelona; 2013.
- Morley J. Sarcopenia in the elderly. *Fam Pract*. 2012;29:144-8.
- Von Haehling S, Morley JE, Anker SD. An overview of sarcopenia: Facts and numbers on prevalence and clinical impact. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2010;1(2):129-33.
- Shafiee G, Keshtkar A, Soltani A, Ahadi Z, Larjani B, Heshmat R. Prevalence of sarcopenia in the world: a systematic review and meta- analysis of general population studies. *J Diabetes Metab Disord*. 2017;16:21.
- Rubio Olivares DY, Rivera Martínez L, Borges Oquendo L de la C, González Crespo FV. Calidad de vida en el adulto mayor. *Varona, Rev Científico-Metodológica*. 2015;61:1-7.
- Adela Herrera P, Andrés Guzmán H. Reflexiones sobre calidad de vida, dignidad y envejecimiento. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2012;23(1):65-76.
- Melguizo-Herrera E, Ayala-Medrano S, Grau-Coneo M, Merchán-Duitama A, Montes-Hernández T, Payares-Martínez C, et al. Calidad de vida de adultos mayores en centros de protección social en Cartagena (Colombia). *Aquichan*. 2014;14(3):289-93.
- Botero de Mejía BE, Pico Merchán ME. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la Promoción la Salud*. 2007;12(1):11-24.
- Maeda K, Shamoto H, Wakabayashi H, Akagi J. Sarcopenia Is Highly Prevalent in Older Medical Patients With Mobility Limitation. *Nutr Clin Pract*. 2017;32(1):110-5.
- Velázquez Alva M del C, Irigoyen Camacho ME, Delgado Velázquez J, Lazarevich I. The relationship between sarcopenia, undernutrition, physical mobility and basic activities of daily living in a group of elderly women of Mexico City. *Nutr Hosp*. 2013;28(2):514-21.
- Roig JL. Sarcopenia: algo más que la disminución de la masa muscular. *PublICE Stand*. 2003. [Internet]. Disponible en: <http://g-se.com/es/fisiologia-del-ejercicio/articulos/sarcopenia-algo-mas-que-la-disminucion-de-la-masa-muscular-231>.
- Iacub R. Las emociones en el curso de la vida. Un marco conceptual. *Rev Temática Kairós Gerontol*. 2013;16(4):15-39.
- Keyes CLM, Shmotkin D, Ryff CD. Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *J Pers Soc Psychol*. 2002;82(6):1007-22.
- Chang KV, Hsu TH, Wu WT, Huang KC, Han DS. Association Between Sarcopenia and Cognitive Impairment: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Med Dir Assoc*. 2016;17(12):1164.e7-1164.e15.
- Asaduroglu A V, Tablada M, Cosiansi Bai J, Carrillo M, Canale M, Gallerano R. [Body profile and physical and cognitive function by age in ambulatory elderly women from the city of Córdoba]. *Rev Fac Cienc Med*. 2015;72(2):78-92.
- Herrera Melguizo E, Acosta López A, Castellano Pérez B. Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. *Cartagena (Colombia). Salud Uninorte Barranquilla*. 2012;28(2012):251-63.

Patrones funcionales: una experiencia en el camino de la construcción del conocimiento

Silvino Arroyo-Lucas^{1*}, Rocío Vásquez-Cruz¹,
Marina Martínez-Becerril² y María Paula Nájera-Ortiz³

¹Departamento de Educación e Investigación en Enfermería; ²Subdirección de Enfermería; ³Departamento de Enfermería. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

«No hay un mal eterno en la naturaleza humana. No hay nada que no pueda ser cambiado por la acción social consciente e intencionada, provista de información y apoyada por la legitimidad.»
Manuel Castells

Resumen

Considerando que el proceso de atención de enfermería (PAE) es la base del cuidado profesional, este artículo tiene como objetivo compartir la propuesta metodológica de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon en una institución de tercer nivel de atención en México. Se enfatiza en los esfuerzos que se deben realizar para no seguir formatos, sino orientar la construcción del conocimiento sobre el desarrollo de un juicio crítico en el equipo de enfermería. Identificar necesidades humanas dentro del proceso salud-enfermedad-atención, desde lo social, cultural, económico, espiritual y psicológico, es no centrarse en lo biológico, sino asumir la responsabilidad de seguir construyendo conocimiento en la valoración de seres humanos integrales, siempre analizando y vinculando la teoría y la realidad, a fin de que florezca el juicio crítico de la enfermera profesional.

Palabras clave: Patrones funcionales. Juicio crítico. Proceso salud-enfermedad-atención. Marjory Gordon.

Abstract

Considering that the Nursing Care Process is the basis of professional care, this article aims to share the methodological proposal of valuation by functional patterns of Marjory Gordon, in a third level care institution in Mexico. Emphasis is placed on the efforts that must be made not to follow formats, but to guide the construction of knowledge about the development of critical judgment in the Nursing team. To identify human needs within the health-disease-care process, from the social, cultural, economic, spiritual, psychological point of view is not to focus on the biological but to assume the responsibility of continuing to build knowledge in the valuation of integral human beings, always analyzing and linking the theory and reality, so that the critical judgment of the professional nurse flourishes.

(Rev Mex Enf. 2018;6:97-102)

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

Key words: Functional patterns. Critical judgment. Health-disease-care process. Marjory Gordon.

Correspondencia:

*Silvino Arroyo-Lucas

E-mail: sarroyo76@yahoo.com.mx

Fecha de recepción en versión modificada: 05-08-2018

Fecha de aceptación: 25-10-2018

DOI: 10.24875/ENF.M18000017

Introducción

Al hablar de los patrones funcionales de Marjory Gordon aludimos a la vinculación de una teórica y un sistema compatible de una institución de salud de tercer nivel de atención en México. La construcción de esta experiencia institucional se desarrolló desde el año 2010 y fue transitando en medio de proyección, responsabilidad, compromiso, pasión y entusiasmo, pero también de conflicto y resistencia.

La gestión del cambio siempre genera sentimientos en las personas, desde quienes crean las ideas y proyectos, los que deben materializarlos, quienes se sienten aludidos o los que se deben involucrar en alguna etapa del proceso. Estos sentimientos pueden complejizarse cuando son mutuamente incompatibles entre las personas implicadas¹. En esta experiencia institucional la proyección estuvo sustentada en una filosofía humanística, vinculada a la teoría, a una metodología científica y a un marco normativo como base para construir la capacidad intelectual de ser un profesional sensible, ético, moral. Es decir, en el conjunto del PAE, no se trataba sólo de enseñar una metodología, sino también de favorecer una construcción metacognitiva que permitiera aplicar un juicio crítico de acuerdo a las tendencias y necesidades, locales, nacionales o internacionales.

En el periodo de 2010 a 2017 se podría decir que el PAE aún no era aceptado por sus propios integrantes y en ocasiones por el equipo multidisciplinario, debido esencialmente, según consideramos, al desconocimiento de la necesidad de construir la profesionalización a partir del conocimiento.

Como muchas propuestas, entre la resistencia y la libertad, cada integrante toma sus propias decisiones y decide qué creer, qué no creer y cuándo sumarse al cambio. Cuando damos una mirada a la historia, vemos que las grandes ideas (por ejemplo, creer que la Tierra es redonda, la posibilidad de ver aviones volar, considerar la comunicación a grandes distancias por celulares, ver trasplantar un órgano para mantener la vida o retroceder la muerte, la nanotecnología como enorme potencial para el cuidado de la salud) no se aceptan en un solo momento. Sin embargo, en medio de una oportunidad de avanzar, los líderes apasionados y entusiastas con visión de futuro, de los cuales hay muchos en las instituciones, ponen en marcha una de sus cualidades, la automotivación, bajo el entendido de que hoy surge la oportunidad de construir la historia como seres únicos e irrepetibles, con fortalezas y virtudes, aspectos que permiten levantarse con una fuerza inspiradora, que hace sentir la responsabilidad y el compromiso con

la disciplina, con la educación como el motor que llevará a ser mejores seres humanos que den respuesta a las necesidades sociales en el proceso salud-enfermedad.

En la experiencia como organización se ha identificado que la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon aporta una serie de ventajas al proceso: los patrones pueden utilizarse independientemente del modelo de enfermería del que se parta; se adaptan muy bien al ámbito del cuidado preventivo y de promoción de la salud; permiten estructurar y ordenar la valoración a nivel individual, familiar o comunitario del cuidado a la persona, en situaciones de salud o enfermedad, y facilitan claramente la vinculación de las fases del diagnóstico de enfermería al hallarse en el origen de la clasificación por dominios de la NANDA, así como una guía de los registros electrónicos y profesionales de enfermería. y de acuerdo al perfil del paciente atendido en la institución, se han seleccionado 11 de 13 dominios que utiliza la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería NANDA, por sus siglas en inglés), siguiendo las necesidades de los pacientes de la institución. Se consideró pertinente excluir el patrón de sexualidad, así como el de crecimiento y desarrollo, debido a que las etiquetas propuestas por la NANDA no eran adecuadas para la población atendida en la institución, ya que, si bien no se descarta su cuidado en la realidad, prácticamente no existe un cuidado dirigido a mujeres embarazadas, lactando, víctimas de violación o niños en edad escolar o en otras etapas del crecimiento².

En esta institución se parte desde el año 2004 y se sigue el metaparadigma de enfermería, el cual pretende consolidar el cuidado holístico dirigido a seres humanos y responder, entre otros aspectos, a las necesidades de las personas, en las que influyen las relaciones del entorno e interpersonales, la historia de vida, la cultura, los valores, las creencias, los procesos de interacción con la salud-enfermedad-atención, elementos físicos, económicos e intelectuales, lo cual permitirá avanzar y dejar de ver las necesidades sólo como la carencia de un proceso eminentemente fisiológico.

A la par de esta forma de ver y entender el cuidado humano, la propuesta de valoración por patrones considera la proyección que se plantea en diversos documentos de la propia Subdirección de Enfermería, que tienen, entre otros, los siguientes objetivos:

- Implementar un modelo de cuidado de enfermería que responda a las necesidades de la población que se atiende en el instituto.
- Garantizar que el cuidado de enfermería institucional incluya proceso de atención de enfermería (PAE) y la taxonomía NNN: NANDA, NIC

(Clasificación de Intervenciones de Enfermería), NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería), por sus siglas en inglés, en un modelo de gestión del cuidado propio, orientado hacia la prevención de complicaciones, la cultura de calidad y el impacto en el perfil epidemiológico de la población mexicana.

- Propiciar el desarrollo de un pensamiento meta-cognitivo en los integrantes de la organización a partir de la valoración integral del individuo, el juicio crítico y la toma de decisiones durante la sistematización de los registros electrónicos.
- Promover una cultura del autocuidado a partir del plan de alta que permita un óptimo seguimiento y adherencia a los tratamientos médicos y de enfermería.
- Unificar los registros clínicos de enfermería a partir de una valoración basada en las necesidades humanas que propicie la investigación.
- Vincular los elementos integradores de los programas emanados del Plan Estratégico de Enfermería y de la filosofía institucional.
- Dar cumplimiento de la normatividad que señala la importancia del expediente clínico electrónico (NOM-024-SSA3-2010) y que hoy se vincula con la Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013 para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
- Vincular la valoración por patrones funcionales con los registros del expediente clínico electrónico, desde la propuesta de dominios de la NANDA

Así, en medio de altas y bajas, compartimos la forma de valorar en enfermería en la institución como una propuesta para la construcción del conocimiento, susceptible de ser mejorada después de someterla al análisis sustentado en conocimiento y bajo propuestas que la puedan reemplazar.

Cuidados de enfermería

Al hablar de enfermería, en la segunda década del siglo XXI, es indispensable comprender que ha trascendido de un cuidado centrado en la obediencia a uno basado en la experiencia y actualmente sustentado en la evidencia, si bien es cierto que aún está fortaleciéndose.

En México, el cuidado de enfermería se sigue construyendo a través del conocimiento científico vinculado con el conocimiento de la cultura en la que vive la persona, esto permitirá comprender su proceso salud-enfermedad-atención. Es decir, hoy como ayer se in-

tenta ver no sólo cuerpos enfermos, necesitados de curaciones y medicamentos, en medio de una valoración eminentemente biológica, sino ver seres sociales, que cursan con una enfermedad, y que ésta la enfrentan con una cosmovisión de la que no se pueden separar por el solo hecho de entrar en una institución³⁻⁵.

De esta manera, en enfermería se intenta dejar una propuesta que enseñaron los grandes maestros de la medicina en México y dio bases al conocimiento biológico de la salud y la enfermedad, una valoración heredada y aprendida, que en esencia se entiende que da respuesta a necesidades biológicas. Sin embargo, y sin descubrir el hilo negro, en el metaparadigma de enfermería se deben otorgar cuidados a seres humanos, es decir, a las necesidades de las personas, en las que influyen las relaciones del entorno e interpersonales, la historia de vida, la cultura, los valores, las creencias, los procesos de interacción con la salud-enfermedad-atención, los elementos físicos, económicos e intelectuales⁶. Así, en esta forma de mirar desde el pensamiento, los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon son la herramienta que tiene la característica de conducir como un todo y de forma lógica la valoración holística (biológica-psicológica-social-espiritual), recogiendo información necesaria del paciente, la familia y el entorno, para dar cuidados a sus necesidades humanas, ya que ello y su concepción influyen en la calidad de vida, la salud-enfermedad y el logro de su potencial humano a lo largo del tiempo.

La valoración no sólo es recoger datos como una simple metodología, sino como un concepto de análisis y vinculación de conocimiento en donde florece el juicio crítico para la obtención del éxito de la mirada profesional en el conjunto de un todo. Y a partir de este conjunto se permite definir en un segundo paso la confiabilidad en la elaboración del diagnóstico de enfermería y las acciones que se llevarán a cabo para «otorgar cuidados» al patrón alterado⁷. Así, en esta experiencia de lenguaje de valoración, comunicación metodológica y trabajo profesional de enfermería con distintos niveles de experiencia⁸, desde la comprensión de «lo regular-cotidiano-normal», la valoración se traduce en analizar unas formas de comportamiento no estático, porque cada patrón valora seres humanos complejos y diferentes, en donde, en función del conocimiento, se debe entender lo constante, lo que se puede permitir, y tener claridad del acercamiento a los «grados o valores de normalidad» en lo biológico-psicológico-social-espiritual, sin perder de vista el ser integral⁹.

Tabla 1. Guía para la valoración por patrones funcionales

Patrón	Qué valora	Posibles alteraciones del patrón
Percepción/manejo de la salud Indaga sobre las acciones que el paciente realiza para mantener su propia salud. Se considera el actuar en torno a la prevención de la enfermedad, complicaciones y finalmente se intenta comprender cual es el concepto de salud para la persona.	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento de la enfermedad - Adherencia al tratamiento - Alergias - Consumo de alcohol, drogas y/o tabaco - Antecedentes de enfermedades - Vacunas - Intervenciones quirúrgicas 	<ul style="list-style-type: none"> - Se considera sano o enfermo - Desconoce su enfermedad - Tiene un inadecuado cuidado de su salud - Bebe, fuma o consume drogas - No tiene adherencia a tratamientos farmacológicos y medidas terapéuticas - No está vacunado - Descuida su higiene personal - Ha sufrido accidentes caseros o laborales
Nutrición/metabólico Describe el consumo de alimentos y líquidos en relación con las necesidades metabólicas, así como las lesiones cutáneas y la capacidad de cicatrización, tomando en cuenta el aspecto de los dientes, la piel, el cabello y las uñas	<ul style="list-style-type: none"> - Numero de comidas diarias - Apetito - Índice de masa corporal - Líquidos ingeridos - Gustos y preferencias - Cambios de peso - Disponibilidad de recursos para la alimentación - Hidratación - Dentición - Temperatura 	<ul style="list-style-type: none"> - Ayuno, disminución o exceso de ingesta alimentos o líquidos - Hipo o hiperglicemia - Ictericia - Edema - Nutrición por sonda - Nutrición parenteral - Índice de masa corporal fuera de rangos - Pérdida o ganancia de peso - Malestar asociado con alimentos - Problemas de cicatrización, resequedad, lesiones cutáneas - Falta de recursos para la alimentación - Pirosis, regurgitación, halitosis, anorexia - Prótesis - Urticaria - Palidez - Híper o hipotermia - Reacción anafiláctica
Eliminación Describe la situación excretora (intestinal, urinaria, pulmonar, de la piel, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> - «Normalidad» en apariencia, consistencia y cantidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Sangrado - Uso de laxantes - Vómito - Melena - Ostomías - Uso de dispositivos (sondas) - Diarrea - Diaforesis - Expectoración - Hemoptisis - Estreñimiento - Incontinencia fecal o urinaria - Disuria - Poliuria - Retención urinaria - Drenajes - Hematuria
Actividad/ejercicio Actividad, ejercicio, ocio y recreación, incluyendo acciones de la vida diaria, así como el tipo, cantidad y calidad del ejercicio que se realiza	<ul style="list-style-type: none"> - Signos vitales - Movilidad - Fuerza muscular - Actividades de la vida diaria (higiene, compras, comer, mantenimiento del hogar, etc.) - Tipo, cantidad y calidad del ejercicio - Actividades de tiempo libre 	<ul style="list-style-type: none"> - Disnea - Cianosis - Tos - Uso de oxígeno - Hipoxia - Hiper o hipotensión arterial - Taqui o bradicardia - Edema - Cansancio excesivo - Hipotonía - Inmovilizaciones - Parálisis - Paresias - Parestesias - Deficiencias motoras - Problemas de equilibrio o coordinación - Sedentarismo - Úlceras

(continuación)

Tabla 1. Guía para la valoración por patrones funcionales (*continuación*)

Patrón	Qué valora	Posibles alteraciones del patrón
Sueño/descanso Percibe los ciclos de sueño, descanso y relajación a lo largo del día, los usos y costumbres individuales para conseguirlos	<ul style="list-style-type: none"> - Energía posterior al sueño - Horas de sueño - Descanso - Sueño y descanso durante la noche 	<ul style="list-style-type: none"> - Necesita ayuda farmacológica para dormir o descansar durante la noche - Dificultad para conciliar el sueño - Inversión del ciclo circadiano - Somnolencia diurna - Confusión o cansancio relacionado con la falta de descanso - Disminución de la capacidad de funcionamiento - Conducta irritable en relación con la falta de descanso - Insomnio
Cognitivo/perceptual Describe lo sensitivo, cognitivo y perceptual	<ul style="list-style-type: none"> - Visión, audición, gusto, tacto y olfato en parámetros normales - Habilidades cognitivas (lenguaje, memoria, juicio y toma de decisiones) dentro de la «normalidad» 	<ul style="list-style-type: none"> - Alteración de los sentidos - Dolor - Náuseas - Uso de prótesis - Inconsciente - Desorientado - Deficiencias en cualquiera de los sentidos - Confusión - Dificultades de comprensión por idioma o por analfabetismo - Problemas de memoria, concentración, expresión o comprensión de ideas - Fobias - Miedos
Autopercepción/autoconocimiento Incluye las percepciones y actitudes hacia uno mismo en: habilidades, imagen corporal, identidad, valía	<ul style="list-style-type: none"> - Percepción de uno mismo - Actitudes acerca de uno mismo - Percepción de las capacidades cognitivas, afectivas o físicas - Imagen corporal - Identidad - Sentido general de valía - Postura corporal - Contacto visual, de voz y conversación 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad en la percepción de la imagen corporal - Conductas disfuncionales - Trastornos de la imagen corporal. - Impotencia - Postura y contacto visual de timidez - Manifestación verbal de no sentirse querido. - Cambios del estado de ánimo (emotividad, voluntad...) - Deterioro de la valía¹¹
Rol/relaciones Valora el rol social que tiene la persona en la dinámica familiar, social y laboral, así como sus responsabilidades, compromiso y relaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Cuenta con trabajo - Estudia - Pertenece a un grupo social - Con quién vive - Estructura familiar - Rol en la familia - Soporte familiar - Amigos 	<ul style="list-style-type: none"> - Procesos familiares disfuncionales - Conflicto del rol que desempeña - No cuenta con soporte familiar, amigos, grupo social, trabajo o escuela - Aislamiento social, comunicación, violencia
Sexualidad/reproducción Satisfacción e insatisfacción con la sexualidad y reproducción	<ul style="list-style-type: none"> - Menarquía - Ciclo menstrual. Menopausia - Métodos anticonceptivos - Embarazos 	<ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones de la menarquía y lo relacionado con el ciclo menstrual - Embarazos no deseados, embarazos de alto riesgo, abortos - Esterilidad e infertilidad - Problemas relacionados con la reproducción - Problemas o cambios en las relaciones sexuales¹²
Adaptación/tolerancia al estrés Describe la capacidad para resistir las amenazas a la propia integridad y las formas de manejar el estrés	<ul style="list-style-type: none"> - Efectividad de la forma en la que se ha adaptado a situaciones estresantes - Qué le ayuda cuando está tenso 	<ul style="list-style-type: none"> - Se encuentra tenso, estresado, irritable, enojado, agresivo - Presenta crisis importantes - Consume medicamentos, drogas o alcohol cuando está tenso - Minimiza los síntomas - Intolerancia a la familia
Valores/creencias Creencias y valores que guían las elecciones y decisiones de la vida	<ul style="list-style-type: none"> - Pertenece a alguna religión - En qué cree - Con qué valores cuenta - Expectativas relacionadas con su salud 	<ul style="list-style-type: none"> - Tiene conflictos espirituales - No actúa de acuerdo a sus valores - Sus valores o creencias no permiten apegarse a las normas institucionales o de tratamiento y cuidado - Rehúsa el tratamiento y/o cuidados - Se siente desahuciado - Existe conflicto con sus creencias - Tiene problemas para realizar sus prácticas religiosas^{9,13}

De esta forma, un patrón funcional se puede entender como un «posible estándar en el comportamiento ideal» y la metodología de valoración, de acuerdo a los patrones funcionales, como una herramienta que nos facilita el trabajo y sirve de guía o de conjunto de directrices a seguir. Así, al «conocer el patrón funcional», se podrá detectar y analizar su alteración o disfunción, y, en términos del proceso salud-enfermedad-atención, los cuidados se enfocan a esas necesidades humanas en función de este proceso, en cual puede haber «alteraciones» visibles o no visibles, medibles o no medibles, pero siempre considerando los significados.

Así, el patrón funcional, desde la valoración, hace referencia a una disposición de comportamientos que ocurren en la salud, o más bien en el proceso salud-enfermedad-atención, en la relación entre las personas y el entorno, en donde cada patrón es una integración biológica-psicológica-social-espiritual y debe comprenderse en conjunto, es decir, que se realiza un juicio clínico desde la individualidad siempre centrado en la persona, el grupo de edad, la cultura y la sociedad que la rodea¹⁰.

En un juego entre lo abstracto y lo concreto y en el camino de realizar una propuesta de seguir construyendo conocimiento, la tabla 1 presenta una guía de valoración rápida, sin que sea limitativa a este contenido, ya que es importante poner en marcha la experiencia, la realidad y la nueva teoría, que son parte de los elementos que verdaderamente guían el juicio crítico.

Así, el hecho de tener conocimiento de qué valora cada patrón y cuándo se puede considerar alterado permite realizar con conocimiento y experiencia un juicio clínico de lo que se debe realizar, monitorear, registrar y entregar de turno a turno al profesional de enfermería u otro integrante del equipo de salud. En cuanto a lo que se debe escribir en la nota profesional de enfermería, sin que se confunda con los registros generales de enfermería, en una analogía, y haciendo alusión a lo que mencionaba el maestro Zubirán, en el campo clínico deberán señalarse los patrones alterados y, en cuanto a los patrones funcionales, «sólo se anotarán cuando tengan una gran importancia para el diagnóstico»¹⁴, tratamiento, cuidados y/o recuperación de la persona.

Por ello, al vincularse con la profesionalización, y en medio de la legitimación de enfermería, se debe tener presente que los cuidados, además de lo legal, se enmarcan en una filosofía, teoría, epistemología, axiología y herramientas metodológicas de trabajo, y nunca se debe perder de vista que el cuidado está

centrado en seres humanos, que son más que pacientes y/o clientes, enfermos. Sólo así la enfermería logrará continuar el camino hacia el posicionamiento de su profesión, y el desarrollo personal, y garantizará la calidad y seguridad de otro ser humano dentro del proceso salud-enfermedad-atención.

Conclusión

Esta experiencia como proceso de desarrollo se continúa posicionando y en el entramado de emociones que nacen, crecen, en ocasiones se transforman y/o desaparecen se asume con una actitud proactiva y responsable seguir construyendo conocimiento en la valoración de seres humanos integrales, siempre analizando y vinculando la teoría y la realidad, a fin de que florezca el juicio crítico del profesional de enfermería; el éxito tendrá sus frutos en el cómo se aborda y se maneja como un hecho necesario para la profesión y la sociedad, que palparán los cambios en medio de una mirada de lo que será la enfermera profesional.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Barffusón R, Figueroa K. Responsabilidad y compromiso social: desafíos educativos en una sociedad global-local. XII Coloquio Internacional de Gestión Universitaria. Universidad Veracruzana.
2. Subdirección de Enfermería del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Programa de registros clínicos electrónicos de enfermería. 2010.
3. Hernández MF, Del Gallego LR, Alcaraz GS, González RJ. La enfermería en la historia: un análisis desde la perspectiva profesional. *Cultura de los Cuidados*. 1997; Año I - N 2.
4. Stella Díaz OU. Responsabilidad social y rol del profesional de enfermería en el logro del derecho a la salud.
5. Campos PZ. Cooperar para el bien común: ¿responsabilidad social de la enfermería? *Bioethikos Centro Universitário São Camilo*. 2007;1(1):118-23.
6. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. La gestión del cuidado en enfermería. Barcelona. 2005;12:15.
7. Fundación para el Desarrollo de la Enfermería. Observatorio de Metodología Enfermera. Valoración enfermera estandarizada: clasificación de los criterios de valoración de enfermería. 2006. Cuesta de Santo Domingo, España.
8. Zapata RM. Patrones en elearning. Elementos y referencias para la formación RED. Universidad de Murcia (España). *Revista de Educación a Distancia*. 2011;27:1-10.
9. Reina NC. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. *Umbral Científico*. 2010;(17):18-23. [Internet]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>.
10. Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. 10.ª ed. España: Elsevier; 2003.
11. NANDA international. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificaciones 2015-2017.
12. Brugo-Olmedo S, Chillik C, Kopelman S. Definition and causes of infertility. *Reprod Biomed Online*. 2001;2(1):41-53.
13. Álvarez Suarez JL, Castillo Arévalo F, Fernández Fidalgo D, Muñoz Meléndez M. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Manual de valoración de patrones funcionales, Barcelona, 2010. Comisión de Cuidados.
14. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. 2016. Libro de procedimientos, reglas e instrucciones para el Hospital de Enfermedades de la Nutrición. Edición facsimilar, 1947. Ciudad de México.

Plan de cuidados en el paciente con fractura expuesta de fémur en el periodo preoperatorio

Juan Antonio Zavala-Obregón¹ y Edgardo García-Rosas^{2*}

¹Hospital de Especialidades Médicas de la Salud, San Luis Potosí; ²Facultad de Enfermería y Nutrición, Universidad Autónoma de San Luis Potosí. S.L.P., México

Resumen

Las fracturas abiertas de fémur se asocian a accidentes viales, prácticas deportivas y caídas², y ocurren con mayor frecuencia en los hombres de entre 26 y 30 años³. Para la atención de estos pacientes es imprescindible la participación de enfermería, con una valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación oportunos. El presente trabajo presenta un formato de valoración inicial y planes de cuidado de enfermería a fin de contribuir a la homologación del lenguaje de la disciplina y la atención de los profesionales a estos pacientes en el periodo prequirúrgico.

Palabras clave: Fractura. Fémur. Planes de cuidados de enfermería. Cuidado de enfermería.

Abstract

Open fractures of the femur associates with road accidents, sports, practices and falls, most frequently occurring in men between the age of 26 and 30. Nursing participation is essential for the care of these patients, with timely assessment, diagnosis, planning, execution and evaluation. The present work proposes a format of initial assessment and nursing care planes in order to contribute to the homologation of language of the discipline and attention of professionals to these patients in the pre-surgical period. (Rev Mex Enf. 2018;6:103-10)

Corresponding author: Edgardo García-Rosas, enfermería_uciis@hotmail.com

Key words: Fracture. Femur. Nursing care plans. Nursing care.

Introducción

Las fracturas abiertas significan la comunicación del foco de la fractura con el exterior¹. Las más frecuentes son las de fémur y están relacionadas con los accidentes viales, las prácticas deportivas y las caídas². Su incidencia es más frecuente en hombres de entre 26 y 30 años de edad (el 40% tienen relación con el uso de motocicleta)³. En México, anualmente ocurren cerca de 50,000 fracturas expuestas, que requieren un mínimo de tres días de estancia hospitalaria⁴. Estas fracturas presentan un gran riesgo de

pérdida de la extremidad⁵. El tratamiento inicial incluye el uso de antibióticos⁶, con el objetivo de recuperar la extremidad en su máxima expresión⁷. Estas fracturas conllevan un alto riesgo de generar discapacidad⁸, por lo que es imprescindible determinar el mejor tratamiento con la participación de enfermería en el periodo prequirúrgico⁹.

La elaboración de planes de cuidado de enfermería contribuye a la unificación del lenguaje de enfermería¹⁰. Aquí radica la importancia del uso de diagnósticos de enfermería, la clasificación de las intervenciones (NIC) y los resultados (NOC). El objetivo del

Correspondencia:

*Edgardo García-Rosas

E-mail: enfermería_uciis@hotmail.com

Fecha de recepción en versión modificada: 01-06-2018

Fecha de aceptación: 05-09-2018

DOI: 10.24875/ENF.18000033

presente trabajo fue diseñar un plan de cuidados de enfermería con el uso de la taxonomía NANDA-NIC-NOC. El presente documento es una monografía documental, que se presenta como una propuesta del proceso del cuidado de enfermería para el paciente con fractura expuesta. Debido a que no se ha aplicado en situaciones reales, se omiten las etapas de ejecución y evaluación, para el periodo preoperatorio. Se consideraron los formatos de la Comisión Permanente de Enfermería¹¹. Se diseñó una guía de valoración basada en los patrones funcionales de Marjory Gordon¹². Luego se determinaron los diagnósticos de enfermería real y de riesgo¹³. Se utilizó la Clasificación de los Resultados de Enfermería y la Clasificación de las Intervenciones de Enfermería¹⁴ para el diseño de los planes de cuidado.

Proceso de atención de enfermería

Valoración de enfermería

En la tabla 1 se muestra una propuesta de valoración de enfermería siguiendo los patrones funcionales de Marjory Gordon.

Diagnóstico de enfermería

Después de realizar una valoración del paciente que ha sufrido una fractura expuesta de fémur, los diagnósticos reales y de riesgo que podrían encontrarse son los siguientes:

- Diagnósticos reales:
 - Déficit de volumen de líquidos relacionado con la pérdida de volumen de líquidos que se manifiesta por una disminución de la presión arterial, del volumen del pulso, de la diuresis y del llenado venoso, y un aumento de la frecuencia del pulso.
 - Deterioro de la movilidad física relacionado con intolerancia a la actividad, ansiedad, deterioro del estado físico, malestar y dolor que se manifiesta por la dificultad para girarse y la limitación de la amplitud de movimientos.
 - Perfusión tisular periférica ineficaz relacionada con la reducción mecánica del flujo venoso o arterial que se manifiesta por la ausencia de pulsos y la alteración de la función motora y de las características de la piel.
 - Deterioro de la integridad tisular relacionado con la alteración de la circulación que se manifiesta por la lesión y la destrucción tisulares.

- Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos manifestado por cambios en la presión arterial, en la frecuencia cardíaca y en la respiración, informe codificado de dolor, conducta expresiva, máscara facial, conducta defensiva, observación de evidencias de dolor e informe verbal de dolor¹².

– Diagnósticos de riesgo:

- Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos relacionado con la lesión traumática.
- Riesgo de *shock* relacionado con hipotensión, hipovolemia, hipoxia e hipoxemia.
- Riesgo de infección relacionado con defensas primarias inadecuadas, defensas secundarias inadecuadas, aumento a la exposición a agentes patógenos, traumatismo y destrucción tisular.
- Riesgo de caídas relacionado con problemas en los miembros inferiores y urgencia¹⁰.

Planeación

Los diagnósticos de enfermería se priorizaron de acuerdo a los valores de enfermería (Fig. 1). Es necesario considerar los recursos sanitarios y las limitaciones para planificar y brindar el cuidado¹⁵.

Los principales diagnósticos de enfermería de acuerdo a su priorización son los siguientes:

- Perfusión tisular periférica ineficaz relacionada con la reducción mecánica del flujo venoso o arterial que se manifiesta por la ausencia de pulsos y la alteración de la función motora y de las características de la piel¹³.
- Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos manifestado por cambios en la presión arterial, en la frecuencia cardíaca y en la respiración, informe codificado de dolor, conducta expresiva, máscara facial, conducta defensiva, observación de evidencias de dolor e informe verbal de dolor¹³.
- Deterioro de la integridad tisular relacionado con la alteración de la circulación que se manifiesta por la lesión y la destrucción tisulares¹³.
- Riesgo de *shock* relacionado con hipotensión, hipovolemia, hipoxia e hipoxemia¹³.

A continuación se presentan los planes de cuidado de enfermería para cada uno de los diagnósticos antes citados, y se menciona el dominio, entendido como la categoría a la que pertenecen (promoción de la salud, nutrición, eliminación e intercambio, actividad/reposo, etc.)¹².

Planes de cuidado (Tabla 2)

Tabla 1. Propuesta de valoración de enfermería por patrones funcionales

1. Percepción del manejo de la salud

Edad: ___ Grupo y Rh: ___ Alergias: Sí ___ No ___ Cuáles: ___ Toxicomanías: Sí ___ No ___ Cuáles: ___
 Abuso de sustancias ilegales: Sí ___ No ___ Cuáles: ___ Antecedentes de hospitalización: Sí ___ No ___
 Causas: ___ Transfusiones: Sí ___ No ___ Cuándo: ___ Esquema de vacunación: ___
 Enfermedades crónicas no transmisibles: Sí ___ No ___ Cuáles: ___ Enfermedades crónicas
 Transmisibles: Sí ___ No ___ Cuáles: ___ Tratamientos actuales: ___ Condición del
 paciente: Crítico ___ Estable ___ Inestable ___ Prioridad *triage*: Verde ___ Amarillo ___ Rojo ___ Negro ___

2. Nutricional-metabólico

Peso: ___ Talla: ___ IMC: ___ To: ___ Hb: ___ HTO: ___ Plaquetas: ___ Leucos: ___ Glicemia: ___
 Tp: ___ TPT: ___ PCR: ___ Reflejo de deglución: Presente ___ Ausente ___ Prótesis dental: Sí ___
 No ___ Total ___ Parcial ___ Horas de ayuno: ___ Mucosa oral: Hidratada ___ Deshidratada ___ Turgencia
 elástica: Sí ___ No ___ Edema: Sí ___ No ___ Estado de los bordes: ___ Fondo de la herida:
 Limpio ___ Contaminado ___ Necrótico ___ Presencia de exudado: Sí ___ No ___ Cantidad: ___ Olor:
 ___ Catéter corto: Sí ___ No ___ Localización: ___ Calibre: ___ Líquidos parenterales: ___

3. Eliminación

Patrón de eliminación urinaria: Normal ___ Alterado ___ Alteración: ___ Sonda vesical: Sí ___
 No ___ Calibre: ___ Días de instalación: ___ Patrón de evacuaciones: Normal ___ Alterado ___
 Alteración: ___ Ayuda para eliminación: Sí ___ No ___ Describe: ___
 SNG a derivación: Sí ___ No ___ Días de instalación: ___ Calibre: ___
 Drenaje: ___ Diaforesis: Sí ___ No ___

4. Actividad y ejercicio

Vía aérea: Permeable ___ Comprometida ___ Ventilación: Ruidos respiratorios normales: Sí ___ No ___
 Ruidos respiratorios disminuidos ___ Disnea: ___ Cianosis: ___ Fatiga: Sí ___ No ___ Fuerza
 muscular presente: Sí ___ No ___ Tono muscular: Atonía ___ Tono muscular ___ FC: ___ FR:
 ___ TA: ___ SpO₂: ___ Llenado capilar: ___ Deterioro neuromuscular:
 ___ Circulación (pulsos): Carotídea ___ Radial ___ Braquial ___ Pedial ___ Paro
 cardiorrespiratorio: Sí ___ No ___ Calidad del pulso: Rápido ___ Lento ___ Rítmico ___ Arrítmico ___
 Hemorragia: Sí ___ No ___ Control de la hemorragia: Presión directa: Sí ___ No ___ Gravedad
 de la hemorragia: Sí ___ No ___ Controlada: Sí ___ No ___ Trauma: Presencia de fracturas: Sí ___ No ___ Abierta
 ___ Cerrada ___ Localización: ___ Agente causal: Arma ___ Juguete ___ Automotor ___ Bicicleta
 ___ Fuego ___ Producto biológico ___ Maquinaria ___ Herramienta ___ Sustancia caliente ___ Sustancia
 tóxica ___ Electricidad ___ Explosión ___ Ser humano ___ Animal ___ Otro ___ Accidente
 automovilístico: Sí ___ No ___ Colisión ___ Volcadura ___ Contra objeto: Sí ___ No ___ En movimiento ___
 Fijo ___ Impacto: Sí ___ No ___ Frontal ___ Lateral ___ Posterior ___ Hundimiento: ___ cm Atropellamiento:
 ___ Causal ___ Inmovilización de extremidad: Sí ___ No ___ Empaquetamiento: Sí ___
 No ___

5. Sueño y descanso

Horas de sueño comúnmente: ___ Hora en que se duerme: ___ Hora en que se levanta: ___ Se levanta
 descansado: Sí ___ No ___ Realiza siestas: No ___ Sí ___ Duración ___ Apnea del sueño: Sí ___
 No ___ Problemas para dormir: Sí ___ No ___ Descríbalos: ___ Utiliza algún medicamento para
 dormir: Sí ___ No ___ Tiene pesadillas: Sí ___ No ___ Frecuencia: ___

6. Cognitivo-perceptual

Dificultad de visión: No ___ Sí ___ Audición: No ___ Sí ___ Lenguaje o la memoria: No ___ Sí ___ Utiliza
 auxiliares de visión o audición: No ___ Sí ___ Descríbalos: ___ Dolor: Sí ___ No ___
 Localización: ___ Tipo: ___ Nivel de conciencia: Consciente ___ Respuesta a estímulo
 verbal ___ Respuesta a estímulo doloroso ___ Inconsciente ___ Sistema motor: movimientos
 anormales: Sí ___ No ___ Sensibilidad: superficial ___ Profunda ___ Signo de Romberg:
 Positivo ___ Negativo ___

7. Auto percepción y autoconcepto

Cambios en el estado de salud: Sí ___ No ___ Cambios emocionales: Sí ___ No ___ Temor: Sí ___
 No ___ Autodescripción-evaluación: ___ Cambios en el cuerpo: Sí ___ No ___ Cuáles: ___

(Continúa)

Tabla 1. Propuesta de valoración de enfermería por patrones funcionales (continuación)

8. Rol y relaciones

Estado civil: _____ Hijos: No ___ Sí _____ Cuántos: _____ Problemas familiares: Sí ___ No ___
 Sustento familia\y: Sí ___ No ___ Ocupación: _____ Relación laboral: _____

9. Sexualidad y reproducción

Sexo: _____ FUM: _____ G ___ A ___ O ___ P ___ C ___ Exploración física de genitales (anomalías detectadas):
 _____ Problemas de próstata: No ___ Sí _____ Cuáles: _____

10. Afrontamiento y tolerancia al estrés

Cambios en su vida actual: Sí ___ No _____ Cuáles: _____ Estrés: Sí _____ No _____ Origen:
 _____ Métodos de afrontamiento: _____

11. Valores y creencias

Religión: _____ Es importante: Sí ___ No _____ Impacto de la enfermedad sobre las prácticas o creencias
 espirituales: _____ Prácticas religiosas deseadas sobre la estancia hospitalaria: _____

Tabla 2. Planes de cuidado

Dominio 4: actividad- reposo	Clase IV: cardiovascular/ pulmonar	Resultado (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación diana
Etiqueta (problema): 00204 Perfusión tisular periférica ineficaz		Dominio 2: salud fisiológica	040162 Pulsos periféricos	1. Grave 2. Sustancial	Cada indicador tendrá una
Relacionado con: Interrupción del flujo arterial o venoso		Clase E: cardiopulmonar	0401454 Palidez	3. Moderado	puntuación
Manifestado por: Alteración de la función motora		(0401) Estado circulatorio	040157 Temperatura disminuida	4. Leve 5. Ninguno	correspondiente
Alteración de las características de la piel		Dominio 2: salud fisiológica	040716 Llenado capilar de los dedos		inicial basada en
Disminución de los pulsos periféricos		Clase I: integridad tisular	040738 Fuerza del pulso pedio		la escala de
Objetivo: favorecer la perfusión tisular a través de las intervenciones de enfermería en el menor tiempo posible		(0407) Perfusión tisular periférica	040743 Palidez		medición que sirve para evaluar el resultado esperado
Intervenciones de enfermería					
Campo 2: fisiológico complejo. Clase N: control de la perfusión tisular					
Intervenciones de enfermería (NIC) 4150: regulación hemodinámica					
1. Reconocer la presencia de alteraciones en la presión sanguínea 2. Comprobar los pulsos, el llenado capilar, la temperatura y la colocación de la extremidad inferior afectada 3. Monitorizar el gasto cardíaco 4. Mantener el equilibrio de líquidos 5. Vigilar la diuresis 6. Conservar la temperatura de la extremidad afectada					
Campo 2: fisiológico básico. Clase N: control de la perfusión tisular					
Intervenciones de enfermería (NIC) 4104: cuidados del embolismo periférico					
1. Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica, en particular de la extremidad afectada 2. Controlar los tiempos de coagulación del paciente 3. Administrar analgésicos, si procede 4. Elevar las sábanas de la cama usando un arco de cama o marca de protección sobre la extremidad afectada, si procede 5. Vigilar el estado neurológico del paciente 6. Controlar los movimientos de la extremidad del paciente 7. Disponer de medidas de alivio/comodidad respecto al dolor					

(Continúa)

Tabla 2. Planes de cuidado (*continuación*)

Campo 1: fisiológico complejo. Clase L: control de la piel/heridas

Intervenciones de enfermería (NIC) 6200: cuidados en la emergencia

1. Instituir medidas como presión, vendaje compresivo
2. Buscar signos y síntomas de compromiso hemodinámico
3. Instituir medidas para el tratamiento del *shock*
4. Monitorizar los signos vitales
5. Inmovilizar las fracturas y partes lesionadas
6. Restringir la movilización del paciente sólo cuando sea necesario

Campo 2: fisiológico básico. Clase N: control de la perfusión tisular

Intervenciones de enfermería (NIC) 4070: precauciones circulatorias

1. Realizar una evaluación exhaustiva de la circulación periférica en la extremidad afectada
2. Determinar la presencia de comorbilidades que potencien riesgos
3. Evitar la colocación de dispositivos como brazaletes para la medición de la presión arterial en la extremidad afectada
4. Mantener una hidratación adecuada para evitar el aumento de la viscosidad de la sangre
5. Vigilar y controlar las infecciones en la extremidad inferior afectada
6. Vigilar la presión arterial de manera constante

Campo 2: fisiológico básico. Clase N: control de la perfusión tisular

Intervenciones de enfermería (NIC) 4250: manejo del *shock*

1. Monitorizar los signos vitales
2. Colocar al paciente en una posición que optimice la perfusión
3. Controlar las tendencias de los parámetros hemodinámicos
4. Administrar líquidos intravenosos mientras se controlan las presiones, si procede
5. Monitorizar la función renal
6. Ofrecer soporte emocional al paciente y la familia fomentando las expectativas realistas del paciente y la familia

Dominio 12: confort	Clase I: confort físico	Resultado (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación diana
Etiqueta (problema): 00132 Dolor agudo		Dominio 4: salud percibida	210201 Dolor referido	1. Grave 2. Sustancia I	Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado
Relacionado con: Agentes lesivos físicos		Clase V: sintomatología	210206 Expresión facial de dolor	3. Moderada 4. Leve	
Manifestado por: Cambio de parámetros fisiológicos Autoinforme de características utilizando instrumentos estandarizados Expresión facial de dolor		Nivel del dolor 2102	210208 Inquietud 210224 Muecas de dolor 210210 Frecuencia respiratoria	5. Ninguno	
Objetivo: disminuir el dolor a través de las intervenciones de enfermería en el menor tiempo posible, evidenciado en los indicadores de enfermería			210211 Frecuencia cardíaca 210212 Presión arterial		

Intervenciones de enfermería

Campo 1: fisiológico básico. Clase E: fomento de la comunidad

Intervenciones de enfermería (NIC) 1400: manejo del dolor

1. Observar claves no verbales, molestias, especialmente en aquéllos que no pueden comunicarse
2. Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas con miras a reconocer la experiencia y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor
3. Proporcionar información acerca del dolo, como las causas, la duración y las incomodidades esperadas
4. Considerar la disponibilidad del paciente, el soporte del método de la red de ayuda y las contraindicaciones en la selección de estrategias de alivio del dolor
5. Seleccionar o desarrollar aquellas medidas que faciliten el alivio del dolor, si procede

(Continúa)

Tabla 2. Planes de cuidado (*continuación*)

Campo 2: fisiológico complejo. Clase H: control de fármacos

Intervenciones de enfermería (NIC) 2210: administración de analgésicos

1. Determinar la gravedad y características del dolor antes de medicar al paciente
2. Comprobar las indicaciones médicas escritas respecto al medicamento, como la dosis y frecuencia, así como el historial de alergias
3. Controlar los signos vitales antes y después de la administración de analgésicos narcóticos
4. Explicar al paciente los procedimientos a realizar y controlar las expectativas ante la administración de fármacos
5. Seleccionar de preferencia la vía intravenosa para la administración frecuente de fármacos analgésicos
6. Atender la necesidad de comodidad y otras actividades que ayuden a la relajación, con miras a facilitar la respuesta analgésica
7. Considerar el uso de infusión continua de analgésicos
8. Establecer horarios y medicamentos alternados a fin de evitar valles de analgesia en especial con el dolor severo
9. Vigilar los signos y síntomas de alergias a medicamentos no reportados por el paciente

Campo 1: fisiológico básico. Clase E: fomento de la comodidad

Intervenciones de enfermería (NIC) 1400: manejo de la medicación

1. Determinar los fármacos necesarios y administrarlos en función de la prescripción y/o protocolo institucional
2. Facilitar cambios en la medicación, según proceda
3. Observar los efectos terapéuticos en el paciente
4. Observar los signos y síntomas de toxicidad por la medicación administrada
5. Controlar las interacciones no terapéuticas por la medicación
6. Explicar al paciente y/o familiar la acción y efectos secundarios de los analgésicos
7. Desarrollar estrategias para controlar los efectos secundarios de los analgésicos

Dominio 11: seguridad y protección	Clase II: lesión física	Resultado (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación diana
Etiqueta (problema): 0044 Deterioro de la integridad tisular		Dominio 1: salud fisiológica	040162 Pulsos periféricos	1. Grave	Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado
Relacionado con: Factores mecánicos		Clase E: cardiopulmonar (0401) Estado circulatorio	0401454 Palidez	2. Sustancial	
Manifestado por: Daño tisular, destrucción tisular		Dominio 2: salud fisiológica	040157 Temperatura disminuida	3. Moderado	
Objetivo: contribuir a limitar el deterioro tisular a través de las intervenciones de enfermería en el tiempo más adecuado posible		Clase I: integridad tisular (1101) Integridad tisular piel	110105 Pigmentación anormal	4. Leve	
			110122 Palidez	5. Ninguno	
			110123 Necrosis tisular piel		

Intervenciones de enfermería

Campo 2: fisiológico complejo. Clase N: control de la perfusión tisular

Intervenciones de enfermería (NIC) 4150: regulación hemodinámica

1. Reconocer la presencia de alteraciones en la presión sanguínea
2. Comprobar los pulsos, el llenado capilar, la temperatura y la colocación de la extremidad inferior afectada
3. Monitorizar el gasto cardíaco
4. Mantener el equilibrio de líquidos y vigilar la diuresis
5. Conservar la temperatura de la extremidad afectada

Campo 2: fisiológico básico. Clase N: control de la perfusión tisular

Intervenciones de enfermería (NIC) 4104: Cuidados del embolismo periférico

1. Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica, en particular de la extremidad afectada
2. Controlar los tiempos de coagulación del paciente
3. Elevar las sábanas de la cama con un arco de cama o marca de protección sobre la extremidad afectada
4. Vigilar el estado neurológico del paciente
5. Controlar los movimientos de la extremidad afectada

(Continúa)

Tabla 2. Planes de cuidado (*continuación*)

Campo 2: fisiológico complejo. Clase N: control de la perfusión tisular

Intervenciones de enfermería (NIC) 3660: cuidados de las heridas

1. Monitorizar las características de la herida, considerando las dimensiones, y documentarlas
2. Limpiar con una solución salina normal o un limpiador no tóxico, si procede
3. Mantener una técnica estéril al realizar los cuidados de la herida
4. Cambiar el apósito de la herida según sea necesario
5. Comparar y registrar regularmente cualquier cambio en la herida

Campo 2: fisiológico complejo. Clase N: control de la perfusión tisular

Intervenciones de enfermería (NIC) 4010: prevención de la hemorragia

1. Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente
2. Realizar estudios de coagulación, así como el resto de los componentes sanguíneos, si procede
3. Controlar los signos vitales, con miras a identificar signos de complicaciones potenciales
4. Mantener una vigilancia estrecha durante la hemorragia activa
5. Administrar productos sanguíneos, si procede
6. Proteger al paciente de cualquier trauma que pueda ocurrir en la extremidad afectada
7. Evitar inyecciones de cualquier tipo en la extremidad lesionada
8. Evitar procedimientos invasivos en la extremidad lesionada

Campo 2: fisiológico complejo. Clase N: control de la perfusión tisular

Intervenciones de enfermería (NIC) 4160: control de las hemorragias

1. Aplicar un vendaje compresivo bajo técnica estéril si está indicado
2. Identificar el volumen sanguíneo perdido, aproximadamente
3. Aplicar presión manual sobre el punto hemorrágico
4. Aplicar una bolsa de hielo en la zona afectada, si procede
5. Evaluar la respuesta psicológica del paciente a la hemorragia y su percepción de los sucesos
6. Observar si hay signos y síntomas de hemorragia (comprobar si hay sangre franca u oculta en todas las compresas y apósitos)
7. Comprobar el funcionamiento neurológico
8. Determinar la necesidad de administración de expansores de volumen sanguíneo, si procede
9. Valorar los signos vitales cada 15 min

Dominio 4: actividad-reposo	Clase IV: respuesta cardiovascular pulmonar	Resultado (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación diana
Etiqueta (problema): 0205 Riesgo de shock		Dominio 2: salud fisiológica	040135 PaO ₂ en la sangre arterial	1. Grave 2. Sustancial	Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado
Relacionado con: Hipoxemia Hipovolemia Hipotensión		Clase E: cardiopulmonar (0401) Estado circulatorio	040136 PaCO ₂ en la sangre 040137 Saturación de oxígeno	3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	
Objetivo: disminuir el riesgo de shock en el paciente con fractura expuesta de fémur a través de las intervenciones de enfermería			040151 Relleno capilar		

Intervenciones de enfermería

Campo 2: fisiológico complejo. Clase N: control de la perfusión tisular

Intervenciones de enfermería (NIC) 4010: prevención de la hemorragia

1. Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente
2. Realizar estudios de coagulación incluyendo los componentes sanguíneos
3. Controlar los signos vitales
4. Proteger al paciente de traumas que puedan ocasionar o agravar la hemorragia
5. Evitar inyecciones y procedimientos invasivos en la extremidad afectada
6. Vigilar la colocación de la piel del paciente

(Continúa)

Tabla 2. Planes de cuidado (continuación)
Campo 2: fisiológico básico. Clase N: control de la perfusión tisular
Intervenciones de enfermería (NIC) 4260: prevención del choque
<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprobar las respuestas tempranas de compensación del choque (<i>shock</i>) 2. Controlar los signos tempranos de compromiso cardíaco (por ejemplo, descenso de CO₂ y del gasto urinario, aumento de RVS) 3. Control de la oximetría de pulso 4. Vigilar la temperatura y el estado respiratorio 5. Controlar el trazo electrocardiográfico 6. Comprobar los valores de laboratorio, especialmente la hemoglobina, el hematocrito, el perfil de coagulación, los niveles de gases sanguíneos y los electrolitos 7. Monitorizar los parámetros hemodinámicos invasivos 8. Realizar un análisis de la orina para verificar la presencia de sangre 9. Mantener la extremidad no afectada elevada, a fin de incrementar el gasto cardíaco 10. Mantener un acceso intravenoso de calibre grande siempre que sea posible 11. Administrar líquidos parenterales bajo monitorización cardíaca y volumen urinario 12. Administrar oxígeno, si procede 13. Administrar expansores de plasma, siempre que sea necesario



Figura 1. Establecimiento de prioridades (adaptado de Potter, et al.¹⁶).

Conclusiones

El presente trabajo es una monografía que permite vislumbrar la importancia de las fracturas expuestas de fémur, de donde surge la necesidad de contar con planes de cuidado de enfermería, con miras a brindar una atención oportuna, a fin de contribuir a limitar el daño y a la reincorporación del individuo afectado a la sociedad productiva. Se esperaría que el personal de enfermería revisara el presente trabajo, adoptara las intervenciones para su aplicación y finalmente realizara una evaluación. Para ello, se podría ubicar el trabajo impreso en el área de urgencias de una unidad de segundo nivel de atención. El presente trabajo deja una puerta abierta con el objetivo de que el lector pueda rescatar la oportunidad de implementación en una unidad médica.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Salcedo-Dueñas JA, Alagín-Reyes JA. Microorganismos más frecuentes en fracturas expuestas en México. *Act Ortop Mex.* 2013;25(5):276-81.
2. Toivanen JA. El tratamiento de las fracturas diafisarias. *Curr Orthop.* 2013;17(3):161-6.
3. Gustilo RB. Tratamiento de fracturas abiertas y sus complicaciones. 1.ª ed. Edit. Nueva Editorial Interamericana; 2014. p. 1-75.
4. Bernal SS, Estrada. Diagrama de flujo para el tratamiento de las fracturas expuestas en urgencia. Revisión epidemiológica y determinación de costos. *Rev Mex Ortp Traum.* 1999;13(5):431-46.
5. Ortiz-Tenorio F. Impacto hospitalario de las fracturas en la economía de los servicios de salud en México. *Rev Mex Ortp Traum.* 2015;15(6):121-32.
6. Organización Mundial de la Salud. Uso racional de los medicamentos: progresos realizados en la aplicación de la estrategia farmacéutica de la OMS. Informe de la Secretaría, EB118/6. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006.
7. Blanco JF, Galea RR, Ramos GR, Hernández MP, Borrego RD, De Pedro MJ. Tratamiento de las fracturas abiertas de la tibia mediante enclavado endomedular en cerrojado no fresado. Informe sobre 20 casos. *Acta Ortop Mex.* 2003;17(2):81-4.
8. Picek F. Las fracturas abiertas de la diáfisis: método de tratamiento. *J Bone Joint Surg Br.* 2012;84(2):127.
9. Picek F. Las fracturas abiertas de la diáfisis: método de tratamiento. *J Bone Joint Surg Br.* 2012;84(2):127.
10. Campos C, Jaimovich S, Wigodski J, Aedo V. Conocimientos y uso clínico de la metodología enfermera (NANDA, NIC, NOC) en enfermeras/os que trabajan en Chile. *Rev Iberoam Educ Invest Enferm.* 2017;7(1):33-42.
11. Comisión Permanente de Enfermería. Lineamientos para la elaboración de planes de cuidado de enfermería. 2011; México. [Internet]. Disponible en: <http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/publicaciones.html>.
12. Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. 10.ª ed. España: Elsevier; 2003.
13. Diagnósticos enfermeros (NANDA): definiciones y clasificación 2015-2017. 10.ª ed. España: Elsevier; 2017.
14. Moorhead S, Johnson M, Meridean L, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería: medición de resultados en salud (NOC). 5.ª ed. España: Elsevier; 2013.
15. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC). 6.ª ed. España: Elsevier; 2013.
16. Potter P, Perry AG. Fundamentos de enfermería. 5.ª ed. Vol. 1. Madrid, España: Elsevier; 2010.

Estudio de caso: adulto con revascularización coronaria por cardiopatía isquémica

Laura Verónica Zepeda-Díaz^{1*} y Alejandro David Rizo-Velasco²

¹Estudiante de la Especialidad de Enfermería en el Adulto en Estado Crítico; Universidad Nacional Autónoma de México; ²Académico de la Especialidad de Enfermería en el Adulto en Estado Crítico, con sede en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México

Resumen

El estudio del caso se realizó en una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital general a una persona en estado crítico con diagnóstico de revascularización miocárdica secundaria a una cardiopatía coronaria isquémica. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad; de entre ellas la cardiopatía isquémica registra aproximadamente 17 millones de defunciones a nivel mundial y en México es la segunda causa de mortalidad cardiovascular en la población adulta con aproximadamente el 14.5% de fallecimientos. Durante este estudio, se realizó una búsqueda sistemática de información en diferentes plataformas científicas. La recolección de datos se realizó utilizando una fuente secundaria y un instrumento de valoración, basado en el modelo conceptual de Virginia Henderson y en el proceso de atención en enfermería, para identificar las necesidades alteradas y determinar el grado de dependencia, de acuerdo con el *continuum* independencia-dependencia de Phaneuf. Posteriormente se jerarquizaron los diagnósticos potenciales y de riesgo de las principales necesidades alteradas. Para la ejecución se llevó a cabo la implementación de intervenciones de cuidados especializados, para así poder evaluar el grado de dependencia final.

Palabras clave: Cardiopatía isquémica. Aterosclerosis. Estenosis valvular. Revascularización miocárdica. Puente de la arteria coronaria.

Abstract

The case study was conducted in an intensive care unit of a general hospital, a person in critical condition with a diagnosis of myocardial revascularization secondary to ischemic coronary heart disease. According to the World Health Organization (WHO) Cardiovascular diseases are the main cause of mortality, and among them, ischemic heart disease, registering approximately 17 million deaths world wide, and in Mexico it is the second leading cause of death cardiovascular in the adult population with approximately 14.5% of deaths. During this study, a systematic search was made of the information, in different scientific platforms, and the data collection was done using a secondary source and a valuation tool, based on the Virginia Henderson conceptual model and the Care Process in Nursing, to identify the altered needs and determine the degree of dependence, according to the Continuum Independencia -Dependencia de Phaneuf, later, potential and risk diagnoses of the main altered needs were hierarchized, for the execution, an implementation of specialized care interventions was carried out, and to evaluate a degree of final dependence. (Rev Mex Enf. 2018;6:111-8)

Corresponding author: Laura Verónica Zepeda-Díaz, laureen_n@hotmail.com

Key words: Ischemic heart disease. Atherosclerosis. Valvular stenosis. Myocardial revascularization. Coronary artery bypass.

Correspondencia:

*Laura Verónica Zepeda-Díaz
E-mail: laureen_n@hotmail.com

Fecha de recepción en versión modificada: 09-08-2018

Fecha de aceptación: 02-10-2018

DOI: 10.24875/ENF.M18000018

Independencia	1	2	3	4	5	6	Dependencia
	El cliente responde por sí mismo a sus necesidades de forma aceptable que le permite asegurar homeostasis física y psicológica	Utiliza sin ayuda y de forma adecuada un aparato o un dispositivo de sostén	Debe recurrir a otra persona para que le enseñe lo que debe de hacer, y controlar si lo hace bien, debe ser asistido aunque sea ligeramente	Necesita asistencia para utilizar un aparato, un dispositivo de sostén o una prótesis	Debe contar con otro para hacer lo necesario para cubrir sus necesidades pero puede colaborar de algún modo	Debe confiarse enteramente a otro, para poder satisfacer sus necesidades	

Figura 1. Continuum independencia-dependencia de Phaneuf⁵ (adaptado de Phaneut M, 1993⁵).

Introducción

De acuerdo con la OMS, las enfermedades cardiovasculares representan actualmente uno de los principales problemas de salud¹. En México, el Sistema Nacional de Salud afirma que la cardiopatía isquémica es un problema de salud pública; afecta sobre todo a hombres de edad mediana y avanzada, entre los cuales la mortalidad es un 20% más alta que entre las mujeres. Se estima que en el año 2020 las muertes por enfermedades cardiovasculares aumentarán un 15-20%². La cardiopatía isquémica puede definirse como la afección cardíaca, aguda o crónica, secundaria a un desequilibrio entre la oferta de flujo coronario y la demanda de oxígeno, desequilibrio que suele deberse a una disminución del calibre de los vasos coronarios, tanto por un espasmo arterial como por una obstrucción mecánica producida por una lesión del ateroma localizada en la íntima de los vasos, que se suele manifestar con opresión precordial y disnea. Las situaciones de aumento de la demanda de oxígeno (esfuerzo físico, estrés psíquico, etc.) o de disminución de su aporte (lesión orgánica o constricción de las arterias coronarias) pueden provocar una isquemia miocárdica³. Los factores de riesgo son: tabaquismo, hipertensión arterial, sobrepeso, perímetro abdominal mayor a 90 cm, hiperlipidemias por un aumento del colesterol total y los triglicéridos e hiperglucemia⁴. La lesión orgánica suele ser una placa de ateroma que ocupa más del 70% de la luz del vaso coronario, relativamente estable, con un crecimiento lento y que se forma con frecuencia en los sitios de bifurcación de las arterias¹. Por ello, el propósito del estudio es conocer los aspectos que debe identificar el personal de enfermería en la atención de la persona con una cardiopatía isquémica y dar a conocer un plan de cuidados especializados basado en el mo-

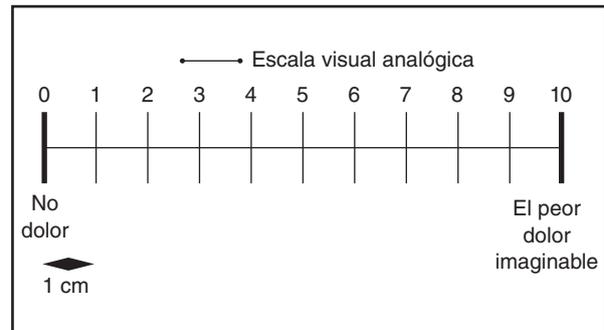


Figura 2. Escala visual análoga (EVA) (adaptado de Chapman, et al., 1985⁶).

delo conceptual de Virginia Henderson determinando el grado de dependencia, de acuerdo con el continuum independencia-dependencia de Phaneuf⁵ (Fig. 1).

Metodología

El estudio del caso se realizó en una persona adulta en estado crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos (UCIC) de un hospital general, con base en la carta de los derechos de los pacientes y para fines académicos. Se otorgó un consentimiento informado, en donde se mencionaba la confidencialidad, y se mantuvo el anonimato del paciente. El personal de salud cumplió con el decálogo del código de ética para las enfermeras y enfermeros en México. Se llevó a cabo una búsqueda sistemática de información en diferentes plataformas científicas. Se utilizaron diferentes escalas para valorar y evaluar a la persona de nuestro estudio de caso, como la escala visual análoga (EVA)⁶ (Fig. 2) la insuficiencia cardíaca, entre ellas, la clasificación funcional de la insuficiencia cardíaca de la *New York Heart Association* (NYHA)⁷, la escala de disnea: *Medical Research Council* (MRC)⁸ (Tabla 1).

Tabla 1. Escala de disnea MRC y escala *New York Heart Association* (NYHA)

Grado 1	Disnea esperable por las características de la actividad, como un esfuerzo extremo
Grado 2	Incapacidad de mantener el paso de otras personas cuando suben escaleras o cuevas ligeras
Grado 3	Incapacidad de mantener el paso, por terreno llano, con otras personas de la misma edad y constitución
Grado 4	Aparición de disnea durante la realización de actividades como subir un piso o caminar 100 m en llano
Grado 5	Disnea de reposo o durante la realización de las actividades de la vida diaria

Clasificación funcional de la insuficiencia cardíaca según la NYHA

Clase I	Sin limitación para realizar actividad física. No hay síntomas
Clase II	Ligera limitación de la actividad física. La actividad ordinaria ocasiona fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso
Clase III	Marcada limitación de la actividad física. Actividad física menor que la ordinaria ocasiona fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso
Clase IV	Incapacidad para llevar a cabo cualquier actividad física. Los síntomas de insuficiencia cardíaca o de síndrome anginoso pueden estar presentes incluso en reposo

Adaptado de Lorza JJ, et al., 1998⁷ y The Criteria Committee of the New York Heart Association, 2003⁸.

Descripción del caso

Se trata de un hombre de 58 años con antecedentes importantes de diabetes *mellitus* tipo 2 de 10 años de evolución, hipertensión arterial sistémica de cinco años de evolución e insuficiencia valvular, mitral y tricúspide desde hace un mes. Inicia el padecimiento 10 meses antes con dolor torácico, EVA 3/10 de tipo opresivo, irradiado al miembro torácico izquierdo, asociado al esfuerzo, que cede con el reposo, MRC 1, NYHA II y que deja a libre evolución. Un mes después, presenta dolor precordial, EVA 8/10 de tipo opresivo con irradiación al miembro torácico izquierdo y la mandíbula, con una duración de 20 min, acompañado de disnea de moderados esfuerzos, MRC 3, NYHA III y que no cede con el reposo, por lo que el paciente ingresa en un hospital general. Se le realiza una revascularización coronaria izquierda en la descendente anterior y una toracotomía en el tórax anterior izquierdo con la colocación de una sonda endopleural. Ingresa en la UCIC, hemodinámicamente inestable, bajo los efectos de la sedación y la analgesia según la escala de sedación y analgesia⁹ (Tabla 2) –4 y ventilación mecánica A/C con infusión de vasopresor con norepinefrina. Evoluciona con respuesta favorable. Tres días después el paciente se encuentra alerta, con Glasgow¹⁰ de 15 puntos (Tabla 3), apoyo de oxígeno con mascarilla de alto flujo e infusión de norepinefrina a 0.05 µg/kg/min continua con sonda endopleural.

Valoración

Persona alerta. Glasgow de 15 puntos. Signos vitales: TA: 100/55 mmHg; FC: 84/min; FR: 23/min; T^a 36.8 °C; SpO₂: 98%, con apoyo de oxígeno por mascarilla de alto flujo con FIO₂ del 60%. Tórax asimétrico a la entrada y salida de aire secundario a la herida quirúrgica (horizontal desde el 4.º espacio intercostal paraesternal izquierdo hasta el 4.º espacio intercostal de la línea media clavicular, limpia y cubierta) con sonda endopleural izquierda, French # 34, conectada a un sello de agua a succión, drenando 500 cc de líquido serohemático. Dolor pleurítico izquierdo, de tipo punzante, intermitente, no irradiado, EVA 5/10, acompañado de disnea, MRC 5 y taquipnea, a la auscultación, campos pulmonares con murmullo vesicular, ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, 3.º ruido agregado. Monitoreo cardíaco continuo, acceso vascular central derecho, con infusión de norepinefrina 0.05 µg/kg/min y buprenorfina 0.01 mg/kg/min (peso: 75 kg; talla: 168 cm).

Gasometría arterial (Tabla 4)

Alcalosis respiratoria + hipercapnia + hiperlactemia + hipoxemia moderada (índice de Kirby [IK], criterios de Berlín).

Biometría hemática (Tabla 5)

Leucocitosis + anemia microcítica ferropénica.

Tabla 2. Escala de sedación y analgesia

Puntuación	Denominación	Descripción	Explotación
+4	Combativo	Combativo, violento, con peligro inmediato para el personal	Observar al paciente
+3	Muy agitado	Agresivo, intenta retirarse los tubos o catéteres	
+2	Agitado	Movimientos frecuentes y sin propósito; «lucha» con el ventilador	
+1	Inquieto	Ansioso, pero sin movimientos agresivos o vígorosos	
0	Alerta y calmado		
-1	Somnoliento	No está plenamente alerta, pero se mantiene (≥ 10 segundos) despierto (apertura de ojos y seguimiento con la mirada) a la llamada	Llamar al enfermo por su nombre y decirle «abra los ojos y míreme»
-2	Sedación leve	Despierta brevemente (< 10 segundos) a la llamada con seguimiento con la mirada	
-3	Sedación moderada	Movimiento o apertura ocular a la llamada (pero sin seguimiento con la mirada)	
-4	Sedación profunda	Sin respuesta a la llamada, pero movimiento o apertura ocular al estímulo físico	Estimular al enfermo sacudiendo su hombro o frotando sobre la región esternal
-5	Sin respuesta	Sin respuesta a la voz ni al estímulo físico	

Si el valor de la RASS es igual a -4 o -5, deténgase y revalúe el paciente posteriormente.
 Si el valor de la RASS es superior a -4 (-3 a +4), entonces proceda, si procede, a la valoración del delirio.
Adaptado de Ely EW, et al., 2003².

Química sanguínea/electrolitos séricos (Tabla 6)

Agua corporal total: 40.4 l; hipoalbuminemia + \uparrow urea + \uparrow BUN, acumulación de productos tóxicos en la sangre + hipernatremia por hipovolemia + hipocalemia.

Taller hemodinámico

Por el método de Fick: área de superficie corporal: 1.83 m²; presión arterial media (PAM): 66 mmHg; presión venosa central (PVC): 4 mmHg; gasto cardíaco (GC): 3.8 lpm; presión de pulso (PP): 48 mmHg; índice cardíaco (IC): 2.07 lpm/m²; resistencias vasculares sistémicas (RVS): 1,305 dinas; índice de resistencias vasculares sistémicas (IRVS): 630.43 dinas; volumen del latido: 45.2 ml/lat; índice del volumen del latido: 24.6; patrón hipodinámico por disminución del GC, contractibilidad disminuida e IRVS disminuidas.

Electrocardiograma

Arritmia con bloqueo de la rama izquierda, isquemia y lesión transmural en la cara lateral inferior v3,

v4, v5, v6. Frecuencia: 80/min. Eje: 30°. Ligeramente hacia la izquierda.

Rayos X de tórax

Proyección: anteroposterior; se observan las clavículas, la columna vertebral con la tráquea central, los arcos costales aplanados y un aumento de tamaño del mediastino (atrapamiento aéreo), así como una disminución del ángulo cardiofrénico y costodiafragmático izquierdo, y un derrame pleural izquierdo.

Jerarquización de necesidades alteradas

Oxigenación/circulación, eliminación, nutrición e hidratación.

Necesidad alterada: oxigenación

- Nivel de dependencia: 1 2 3 4 5 6.
- Rol de enfermería: sustitución.
- Fuente de dificultad: falta de fuerza.

Tabla 3. Escala de coma de Glasgow para adultos

Respuestas	Puntuación
Verbal (V)	
- Orientado	5
- Lenguaje confuso	4
- Palabras inapropiadas	3
- Sonidos incomprensibles	2
- Ninguna	1
Ocular (O)	
- Apertura espontánea	4
- A la orden	3
- Al dolor	2
- Ninguna	1
Motora (M)	
- Obedece órdenes	6
- Retira al dolor	5
- Flexiona al dolor	4
- Flexión anormal al dolor	3
- Extensión al dolor	2
- Ninguna	1

Adaptado de Prasad K, 1996¹⁰.

- Diagnóstico de enfermería: alteración en el intercambio gaseoso secundario a daño en el parénquima pulmonar manifestado por alcalosis respiratoria (pH: 7.63, PCO₂: 88.9, PO₂: 45.6), hipercapnia, hipoxemia moderada (IK: 189), dolor pleurítico, disnea MRC 4 y taquipnea.
- Objetivo: mantener un nivel de oxigenación dentro de parámetros normales.
- Intervenciones de enfermería:
 - Colocar en *fowler*: esta posición es favorable para optimizar el equilibrio ventilación/perfusión¹¹.
 - Monitorización de los signos vitales (FR, FC, SatO₂). La oximetría de pulso permite la estimación de la saturación de oxígeno de la hemoglobina (Hb) arterial; la SatO₂ representa los gramos de Hb que son portadores de oxígeno¹².
 - Valorar la mecánica ventilatoria, la expansión pulmonar y los signos de aumento del trabajo respiratorio. Las complicaciones respirato-

Tabla 4. Gasometría arterial

pH (concentración de iones de hidrógeno)	7.63 mmHg
PCO ₂ (presión parcial de dióxido de carbono)	88.9 mmHg
PO ₂ (presión parcial de oxígeno)	45.6 mmHg
HCO ₃ (bicarbonato)	25.2 mmol/l
SatO ₂ (saturación)	96%
Lactato	5.4 mmol/l
IK	189

Tabla 5. Biometría hemática

Leucocitos	18 m/mm ³
Eritrocitos	3.5 m/mm ³
Hb	12.5 m/mm ³
Volumen corpuscular medio	78.2 fl
Hemoglobina corpuscular media	24 pg
Hematocrito	40%
Plaquetas	202 m/mm ³

Tabla 6. Química sanguínea/electrolitos séricos

Glucosa	154 mg/dl	Na	147 mmol/l
Albumina	2.4 g/dl	K	3.2 mmol/l
BUN	66 mg/dl	Ca	9 mmol/l
Urea	128.4 mg/dl	P	4 mmol/l
Creatinina	1,8 mg/dl	Mg	2.1 mmol/l
		Cl	105 mmol/l
		Ca corregido	10.2 mg/dl

rias postoperatorias de cirugía cardíaca son consecuencia de factores inflamatorios, mecánicos y hemodinámicos (edema pulmonar, falla ventricular izquierda, valvulopatía mitral, estenosis o insuficiencia). Es importante vigilar el patrón respiratorio.

- Auscultación de campos pulmonares. La alteración de las propiedades transmisoras del ruido por parte del pulmón depende princi-

palmente de cambios estructurales en el tejido pulmonar. Se consideran el tipo, la frecuencia, el ritmo y la profundidad, así como el patrón ventilatorio y la expansión torácica¹³.

- Toma e interpretación de una gasometría arterial. La gasometría evalúa el intercambio gaseoso mediante la presión parcial de oxígeno (PaO₂), la presión parcial de anhídrido carbónico (PaCO₂), el pH para determinar el equilibrio ácido-base y el contenido de oxígeno arterial (O₂)¹⁴.
- Interpretación de la radiografía de tórax. Este estudio se realiza para identificar los órganos contenidos dentro de la caja torácica, y su interpretación depende del reconocimiento de las lesiones.
- Valoración y manejo del dolor pleurítico mediante EVA. El dolor está asociado con la esternotomía, la pericardiotomía y los tubos de drenaje, y debe tratarse para permitir un trabajo respiratorio adecuado, la movilización temprana del paciente y una disminución de la incidencia y severidad de la isquemia miocárdica.
- Ministración de fármacos broncodilatadores, anticolinérgicos, etc. Los fármacos anticolinérgicos bloquean el efecto de la acetilcolina sobre los receptores de la musculatura lisa del árbol bronquial produciendo broncodilatación¹⁵.
- Resultado: el paciente continúa dependiendo de oxígeno suplementario por mascarilla de alto flujo continua con alcalosis parcialmente compensada + (pH: 7.56; PCO₂: 36.5; PO₂: 44.3) e hipoxemia moderada (IK: 194).
- Nivel de dependencia: inicial: 6; final: 6.

Necesidad alterada: circulación

- Nivel de dependencia: 1 2 3 4 5 6.
- Rol de enfermería: sustitución.
- Fuente de dificultad: falta de fuerza.
- Diagnóstico de enfermería: alteración en perfusión cardíaca secundaria a un fallo de la bomba cardiovascular manifestado por un patrón hipodinámico (GC: 3.8 lpm; IC: 2.07 lpm/m²; IRVS: 630.43 dinas).
- Objetivo: mejorar la perfusión cardíaca.
- Intervenciones de enfermería:
 - Colocar en *fowler*. Esta posición se utiliza para permitir que el potencial de ventilación sea el máximo y mejora la perfusión cardíaca¹³.

- Apoyo de oxígeno suplementario. La incapacidad para mantener la adecuada perfusión de los tejidos provoca un incremento en la extracción de oxígeno a nivel microcirculatorio, así como el inicio de la vía anaerobia a fin de mantener la respiración celular. El paciente debe ser evaluado hemodinámicamente. La modificación del metabolismo en respuesta al estrés celular genera cambios en la cinética y el consumo de oxígeno tisular¹⁴.
- Monitorización hemodinámica (TA, PAM, PP). El GC se considera un evaluador de la función cardíaca global, proporciona información sobre la causa del *shock* y del fallo orgánico, y representa un parámetro fundamental en la evaluación hemodinámica del paciente crítico. Es necesario integrar el valor del GC con otras variables hemodinámicas (medidas de precarga, contractilidad, poscarga), signos biológicos y parámetros de oxigenación tisular¹⁶.
- Realizar un taller hemodinámico (GC, IC, PVC, RVS). Precarga: volumen ventricular al final de la diástole, que depende de la volemia y la *compliance* ventricular. La PVC es una medida indirecta de la precarga. Poscarga: resistencia a la eyección ventricular, que está determinada por las RVS, la *compliance* de las arterias y el volumen contenido en el sistema arterial. Contractilidad: fuerza de contracción generada por el músculo cardíaco independiente de la precarga y la poscarga. Los factores que influyen son: riesgo coronario, suministro de oxígeno, concentración de calcio intracelular, acidosis, alcalosis, trastornos hidroelectrolíticos, sepsis e hipoglucemia¹⁷.
- Valorar los datos clínicos de GC bajo. El síndrome de gasto bajo es una falla en el balance entre la bomba cardíaca y el control de los componentes periféricos. Los signos son: disminución o ausencia de pulso, piel fría y marmoleada en las extremidades con cianosis distal o acrocianosis, aumento de la FC, tensión arterial sistémica disminuida o normal, oliguria y saturación de oxígeno en sangre venosa mezclada menor al 40%¹⁸.
- Valoración de infusión de vasopresores. La falla cardíaca aguda se presenta con signos de choque como hipotensión con una disminución de la perfusión tisular, la cual puede producir un daño celular irreversible y la muerte. Las estrategias terapéuticas incluyen el uso de

vasopresores, la expansión del volumen circulante y una terapia adicional según el fallo multiorgánico producido, junto con la corrección de la etiología primaria¹⁹.

- Toma e interpretación de electrocardiograma. Las arritmias cardíacas son una de las complicaciones más frecuentes del postoperatorio de cirugía cardíaca. La aparición de fibrilación auricular es más frecuente en las primeras 72 h tras la cirugía. Este tipo de arritmias suelen ser transitorias, provocan inestabilidad hemodinámica y prolongan el soporte inotrópico²⁰.
- Toma de enzimas cardíacas, electrólitos, gasometría arterial y venosa. Existen estudios que realizan la vigilancia epidemiológica de la enfermedad cardíaca con base en tres elementos: dolor torácico, análisis electrocardiográfico y cambios en las enzimas cardíacas²¹. Durante la cirugía de revascularización miocárdica hay una liberación de marcadores miocárdicos que está estrechamente relacionada con el tiempo de isquemia y refleja la demora en la recuperación de la función ventricular izquierda y del metabolismo oxidativo, demuestran el daño miocárdico²².
- Toma e interpretación de estudios de imagen. Como método para la evaluación paraclínica, permiten evaluar diferentes aspectos de la enfermedad y del tratamiento, correlacionarlos con la condición clínica del paciente²³ y obtener información morfológica (estática) o fisiológica (dinámica). Para ello se dispone de recursos de radiología convencional, ecografía, resonancia magnética y medicina nuclear²⁴.
- Profilaxis antitrombótica: la enfermedad tromboembólica constituida por la trombosis venosa profunda y el tromboembolismo pulmonar tiene una incidencia mayor en los pacientes hospitalizados. Existen alternativas de profilaxis farmacológica: heparina no fraccionada, heparinas de bajo peso molecular y nuevos anticoagulantes, rivaroxaban y dabigatran²⁵.
 - Resultado: el paciente continúa con el patrón hipodinámico con disminución de GC, IC e IRVS.
 - Nivel de dependencia: inicial: 6; final: 6.

Conclusiones

En la actualidad, la isquemia miocárdica es la principal causa identificable de mortalidad y morbilidad car-

diovascular, debido a la arteriosclerosis coronaria que provoca el estrechamiento (estenosis) de las arterias coronarias. Es importante realizar el proceso de atención en enfermería en cada paciente realizando una atención especializada de la salud que reúna los puntos claves necesarios, como realizar una adecuada valoración inicial, para identificar las principales necesidades alteradas de acuerdo al modelo conceptual de Virginia Henderson. Una vez identificados los patrones alterados, se deben realizar los diagnósticos de enfermería con los resultados de la valoración y los datos complementarios, para posteriormente planear una mejora en la salud mediante las intervenciones de enfermería, con el fin de garantizar y evaluar la continuidad e individualidad de la persona. El presente estudio de caso nos muestra la necesidad, como profesionales de la enfermería, de conocer las bases fisiopatológicas para garantizar una adecuada intervención de enfermería. Durante la realización de este estudio la persona presentó una mejoría favorable en la necesidad de respirar con normalidad; se mantuvo en la posición *fowler*, lo que fue mejorando la ventilación/perfusión continua con dispositivo de alto flujo; se fue disminuyendo paulatinamente el FIO₂ hasta mantener niveles óptimos de oxigenación; se observó una compensación parcial del trastorno ácido-base. En lo hemodinámico continúa con un patrón hipodinámico, secundario a la disminución de la contractibilidad cardíaca, y sigue con la infusión de norepinefrina a dosis bajas (0.02 µg/kg/min). La persona presenta una mejoría, durante la realización del presente estudio, y continúa en un nivel de dependencia de acuerdo con el *continuum* independencia-dependencia de Phaneuf.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Ortega González L, Fernández Camejo J, Durán Torres G. Enfermedad coronaria aguda: consideraciones diagnósticas y terapéuticas actuales. RESUMED 2001;14(4):162-75. [Internet]. Consultado en mayo de 2018. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/res/vol14_4_01/res03401.pdf.
2. Gómez LA. [Cardiovascular diseases: a public health problem and a global challenge]. Biomédica. 2011;31(4):469-73.
3. Sobrino Martínez J, Doménech Feriácarot M, Coca Payeras A. El paciente hipertenso con cardiopatía isquémica. Med Integr. 2000;36(4):146-51. [Internet]. Consultado en mayo de 2018. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-el-pacientehipertenso-con-cardiopatia-10022205>.
4. Sánchez Arias A, Bobadilla Serrano M, Dimas Altamirano B, et al. Enfermedad cardiovascular: primera causa de morbilidad en un hospital de tercer nivel. Rev Mex Cardiol. 2016;27(3):98-102. [Internet]. Consultado en mayo de 2018. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cardio/h-2016/hs163a.pdf>.
5. Phaneuf M. Cuidados de enfermería, el proceso de atención de enfermería. Madrid: Mcgraw-Hill Interamericana; 1993.

6. Chapman CR, Casey KL, Dubner R, Foley KM, Gracely RH, Reading AE. Pain measurement: an overview. *Pain*. 1985;22:1-31.
7. Lorza JJ, Bustamante V, Tirapu JM, Crespo JA. Disnea. En: *SEPAR. Manual de neumología y cirugía torácica (Vol 1)*. Madrid: Editores Médicos SA, 1998. p. 467-84.
8. The Criteria Committee of the New York Heart Association. *Diseases of the heart and blood vessels: nomenclature and criteria for diagnosis*. 6th ed. Boston, Mass: Little Brown; 1964. *Cardiol*. 2003;42:1793-800.
9. Ely EW, Truman B, Shintani A, Thomason JW, Wheeler AP, Gordon S, et al. Monitoring sedation status over time in ICU patients: reliability and validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). *JAMA*. 2003;89:2983-91.
10. Prasad K. The Glasgow Coma scale: a critical appraisal of its clinimetric properties. *J Clin Epidemiol*. 1996;49(7):755-63.
11. Ventilación y perfusión pulmonar en posturas prono y supino, anestesia general. 2011. [Internet]. Consultado en mayo de 2018. Disponible en: <http://anestesiario.org/2011/ventilacion-y-perfucion-pulmonar-en-posturas-prono-y-supino>.
12. Mejía Salas H, Mejía Suárez M. Oximetría de pulso. *Rev Bol Ped*. 2012;51(2). [Internet]. Consultado en mayo de 2018. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752012000200011.
13. Ingianna Acuña M, Suárez Mejido A. Exploración del tórax y del sistema respiratorio propedéutica clínica y semiología médica. [Internet]. Consultado en mayo de 2018. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdguanabo/cap09.pdf>.
14. Román Vistrain G, Muñoz Ramírez MC, Márquez González H, Álvarez-Valencia JL, Zárate-Castañón P, et al. Valoración respiratoria durante la guardia. 2015;10(2). [Internet]. Consultado el 18 de mayo de 2018. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2015/rr152d.pdf>.
15. Alfageme Michavila I, Reyes Núñez N, Merino Sánchez M, et al. Fármacos anticolinérgicos. *Arch Bronconeumol*. 2007;43(2). [Internet]. Consultado el 18 de mayo de 2018. Disponible en <http://www.archbronconeumol.org/es/farmacos-anticolinergicos/articulo/13112310/>.
16. Ochagavía A, Baigorri F, Mesquida J, Ayuela JM, Ferrándiz A, García X, et al. [Hemodynamic monitoring in the critically patient. Recommendations of the Cardiological Intensive Care and CPR Working Group of the Spanish Society of Intensive Care and Coronary Units]. *Med Intensiva*. 2014;38(3):154-69.
17. Estela Grzona M. Manejo del bajo gasto cardíaco en el posoperatorio cardiovascular pediátrico. *Rev Med Universitaria*. 2010;6(2). [Internet]. Consultado el 18 de mayo de 2018. Disponible en: http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/3492/grzonarmu2-10.pdf.
18. Moreno Alatorre M. Insuficiencia cardíaca transoperatoria. *Anestesiología Mexicana en Internet*. [Internet]. Disponible en: <http://www.anestesia.com.mx/art30.html>.
19. Sénior JM. Falla cardíaca aguda. *Rev Iatreia*. 2016;29(4). [Internet]. Consultado en mayo de 2018. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180549893005>.
20. Alconero Camarero A, Carrera López M, Muñoz García C, Novo Robledo I, Saiz Fernández G. [Analysis of arrhythmias in immediate post-operative period of cardiovascular surgery]. *Enferm Intensiva*. 2005;16(3):110-8.
21. Cassiani C, Cabrera A. Síndromes coronarios agudos: epidemiología y diagnóstico. *Salud Uninorte*. 2009;25(1):118-34. [Internet]. Consultado el 18 de mayo de 2018. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81711840011>.
22. Morlans Hernández K, Cáceres Lóriga F, Pérez López H, et al. Marcadores bioquímicos de infarto miocárdico agudo posoperatorio en la cirugía cardíaca. *Rev Cubana Cir*. 2003;42(2). [Internet]. Consultado el 18 de mayo de 2018. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932003000200010&lng=es.
23. Londoño N, Uriza A, Pedrozo J. Radiografía de tórax en UCI. *Rev Colombiana de Neumología Neumo*. 13(1). [Internet]. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicinas/neumologia/vns-131/neumo13101-radiografiadetorax/>.
24. Borrás C. El papel de la radiología diagnóstica y terapéutica en el campo de la salud pública. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health*. 2006. [Internet]. Consultado el 18 de mayo de 2018. Disponible en: <https://scielosp.org/article/rpsp/2006.v20n2-3/81-83/es/>.
25. Aizman A, Abbott E, Rojas L. [Strategies for the prophylaxis of thromboembolic disease among medical patients]. *Rev Med Chil*. 2011;139(9):1210-27.



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

INSTRUCTIVO PARA AUTORES

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

Nuestro objetivo es socializar el conocimiento generado de la práctica asistencial, trabajos originales, análisis de experiencias, propuestas de mejora, escenarios educativos y de administración validados a través de un método científico que garantice la calidad en la gestión del cuidado de Enfermería.

Que permita contribuir principalmente a un cuerpo de conocimiento propio de la profesión que impacte en el cuidado de calidad para las personas que lo necesiten. Así como en el posicionamiento profesional y social de la enfermería mexicana.

Se publica tres veces al año y recibe manuscritos originales que de ser aceptados por el Comité Editorial, no podrán ser publicados parcial o totalmente en otra parte, sin el consentimiento de la Revista Mexicana de Enfermería del INCMNSZ. Todos los trabajos enviados deberán de apegarse a los formatos que se describen abajo, y serán sujetos a revisión por expertos y por el Comité de Árbitros para dictaminar su aceptación.

ISSN: 2339-7284 (versión impresa)

POLÍTICAS PARA PUBLICACIÓN

- La Revista Mexicana de Enfermería abre sus espacios a la publicación a los académicos y a todo miembro de la comunidad de la salud que tenga el interés de socializar sus trabajos científicos.
- Los manuscritos propuestos para su publicación deben ser inéditos y originales
- Los autores conservan la propiedad intelectual del contenido.
- De acuerdo a la confidencialidad de los datos del autor responsable sólo se dispondrá del correo electrónico como medio de contacto.
- Las ideas u opiniones así como la procedencia y elementos de las citas y referencias contenidas en los artículos publicados, son responsabilidad exclusiva de los autores, incluido cualquier cambio sugerido por el comité de árbitros. Publicaciones Permanyer y la Revista Mexicana de Enfermería, en consecuencia, declinan cualquier responsabilidad sobre las mismas.
- La recepción de un manuscrito no implica la obligación de publicarlo.
- De ser aceptados el manuscrito el autor responsable debe tener en consideración un tiempo para ser publicado de acuerdo a la política de conformación de cada número de la revista el cual se informará a través de un oficio.
- En caso de desistir la publicación por parte de los autores aun cuando ya esté en proceso de publicación el autor responsable, tienen la libertad de retirar el manuscrito mediante la comunicación formal por escrito con la editora responsable de la revista.
- Los manuscritos deben ser enviados al Editor a la siguiente dirección electrónica: <http://publisher.revistadeenfermeria.permanyer.com> o a la dirección Av. Vasco de Quiroga No. 15, Col. Belisario Domínguez Sección XVI Tlalpan CP 14080, Ciudad de México, Tel. 54-87-09-00 Ext. 2210
- Los manuscritos pueden ser enviados en idioma español o inglés, sin embargo deberán ser previamente revisados por un corrector de estilo, para tal efecto se sugiere los siguientes sitios: www.papertrue.com; paper_editing y papertrater.com por otro lado los manuscritos en español deberán contener el resumen en inglés y en letra cursiva.

POLÍTICA DE REVISIÓN POR PARES

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

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

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

POLÍTICAS DE DIFUSIÓN

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

FINANCIAMIENTO

La revista es financiada por el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán y la suscripción y publicación son gratuitas.

Los manuscritos recibidos deben situarse en alguna de las siguientes secciones:

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

Artículos originales. Reporta detalladamente estudios de investigación original cualitativas o cuantitativas en el área de ciencias de la salud. Debe tener el formato IMRyD (Introducción, Métodos, Resultados y Discusión) así como un Resumen Estructurado de formato OMRyC (Objetivos, Métodos, Resultados y Conclusiones). El resumen estructurado debe mostrar congruencia entre Objetivos y Conclusiones, y se deben presentar sólo los Métodos y Resultados que apoyan la conclusión o conclusiones del estudio.

Artículos de revisión (sistematizado, narrativa). Teniendo por objetivo la presentación de artículos de revisión sobre temas relevantes a la Enfermería y áreas afines en el ámbito asistencial, docente, administrativa y de investigación.

Artículos de buenas prácticas en la atención en salud. Reportes científicos que contribuyen a dar forma a una base de conocimiento de la enfermería en sus diversos escenarios sobre un fenómeno determinado es decir la descripción en profundidad de la condición de una persona y/o su respuesta a los cuidados.

Pueden considerarse las experiencias de casos clínicos con EBE, proceso de atención de enfermería, planes de cuidados, propuestas de mejora para la calidad de la atención, en procesos administrativos así como en educativos que contribuyan de manera clara y significativa el desarrollo de la enfermería y de la atención a la salud.

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

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

El rincón del estudiante. Espacio académico de publicación de manuscritos científicos cortos sobre temas relevantes de enfermería para estudiantes de pregrado o posgrado de enfermería y áreas afines que contenga la siguiente información. Serán enviados a la Revista por un asesor de investigación o docente, quien se responsabilizará de la calidad del manuscrito en la presentación, secuencia y estructura, el documento deberá contar con máximo 3 autores. El documento debe apegarse a las instrucciones a los autores.

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

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

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

Los trabajos deberán ser subidos en su versión electrónica en la siguiente dirección <http://publisher.revistadeenfermeria.permanyer.com> así como se deberá firmar el formato que establece que el manuscrito no ha sido publicado con anterioridad, ni se ha enviado simultáneamente a otra revista, que no existe conflicto de intereses y en caso de ser aceptada, ceden los derechos de autor a la Revista Mexicana de Enfermería.

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

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

PRESENTACIÓN DEL MANUSCRITO

Apartado	Características	Número de palabras
Encabezado	Título, nombre completo de autores, adscripción de autores sin grados académicos, datos del autor correspondiente con dirección teléfono y correo electrónico.	Título máximo 20 palabras
Resumen	Resumen en español y su traducción en inglés. Deberá ser estructurado con secciones Objetivos, Métodos, Resultados y Conclusiones en los Artículos de Investigación, y de formato libre para los demás tipos de artículos	Máximo de 250 palabras.
Palabras clave	Son términos compuestos por una o más palabras. Es la forma en cómo el autor describe la temática de su artículo y que más adelante serán utilizados como descriptores en los buscadores para investigación.	Máximo cinco palabras clave.
Manuscrito	Los Artículos de Investigación se deben estructurar con las cuatro secciones del formato IMRyD (Introducción con Objetivo(s), Métodos, Resultados, y Discusión con Conclusión(es)). Los otros tipos de artículos son de formato libre.	Máximo 3000 palabras Considerándose aparte figuras, cuadros y referencias.
Tablas, gráficas y/o imágenes	Deberán ser las estrictamente necesarias, debe contar con la fuente o referencias.	Máximo seis en total.
Referencias	Las referencias bibliográficas se presentarán de acuerdo con los Requisitos Uniformes para los Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas (Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas) que se encuentran en la página de Internet: http://www.metodo.uab.cat/docs/Requisitos_de_Uniformidad.pdf Las referencias deberán ser de los últimos 10 años a la fecha.	Máximo 50 para artículos originales y de revisión. Para la sección del rincón del estudiante máximo 30 referencias.

En los artículos que no sean de investigación, las secciones y sus títulos estarán criterio del autor.

Particularidades de la sección del rincón del estudiante

El manuscrito candidato a publicación deberá ser enviado con una copia del nombramiento que acredite a los autores como estudiantes de pregrado o posgrado de algún programa nivel universitario así como una copia de del nombramiento del personal docente o asesor de investigación responsable.



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

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

Nombre: _____

E-mail: _____

Centro de Trabajo: _____

Profesión: _____

Especialidad: _____

Lugar de residencia: _____

Como se enteró de la Revista: _____

*Edición cuatrimestral

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

Firma del interesado:

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