PLUS EST EN TOI

ISSN 1405-0315

Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica

Órgano Oficial de la Sociedad Mexicana de Cardiología

Fundado en 1993

Vol. 27 Año 27 Número 1 Enero-Abril 2019

This Journal Welcomes Manuscripts in english

SOCIEDAD MEXICANA DE CARDIOLOGIA

PLUS EST EN TOI

This Journal Welcomes Manuscripts in english

Incluida en: CUIDEN
Cantarida
BVS Enfermería

An international journal listed in scopus with free full text articles

· EDITORIAL · TRABAJO DE INVESTIGACIÓN · ESTUDIO DE CASO · TRABAJOS DE REVISIÓN

OPEN ACCESS

Send your manuscripts to:

Todos los artículos disponible en: www.revistamexicanadeenfermeriacardiologica.com.mx

Revista Mexicana de
Enfermería Cardiológica
Órgano Oficial de la Sociedad Mexicana de Cardiología

EDITOR EJECUTIVO

Mtra. Guadalupe Martínez Palomino
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

EDITORES EN JEFE

Mtra. Sandra Sonalí Olvera Arreola
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
Mtra. Guadalupe Paredes Balderas
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
Mtro. Julio César Cadena Estrada
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

EDITORES ASOCIADOS NACIONALES

Mtra. Gabriela Cortés Villareal
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
Mtra. Norma Elia González Flores
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
Mtra. María Carolina Ortega Vargas
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
Enf. Esp. Ernestina Pinal Moreno
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
Dr. Noé Sánchez Cisneros
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
Mtra. Diana Teniza Noguez
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
Mtra. Magdalena Sierra Pacheco
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
Mtra. Liliana López Flores
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
Mtra. Facunda Reyna Campos Rojas
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
Mtra. Martha María Quintero Barrios
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
Mtra. Jacqueline Ortíz Gapi
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
Lic. Jorge Alberto Amaya Aguilar
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
Mtra. Cristina Münggenburg Rodríguez Vigil
Universidad Nacional Autónoma de México Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Mtra. Rosa Amaralis Zárate Grajales
Universidad Nacional Autónoma de México
Mtra. Reyna Matus Miranda
Universidad Nacional Autónoma de México Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Dra. Laura Morán Peña
Presidenta de la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería
Dra. María Teresa Cuamatzi Peña
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Universidad Nacional Autónoma de México
Mtra. Victoria Fernández García
Universidad Nacional Autónoma de México Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Dra. Silvia Crespo Knofler
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Universidad Nacional Autónoma de México
Dra. María Susana González Velázquez
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Universidad Nacional Autónoma de México
Dra. Margarita Hernández Zavala
Instituto Nacional de Pediatría
Lic. Enf. Marina Martínez Becerril
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición Salvador Zubirán
Dra. Sandra Hernández Corral
Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Ibarra Ibarra
Mtra. Alicia Hernández Cantoral
Instituto Nacional de Pediatría
Dra. Martha Landeros López
Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Dra. Lucila Cárdenas Becerril
Universidad Autónoma del Estado de México

EDITORES ASOCIADOS EXTRANJEROS

Dr. Manuel Amezcua Martínez
Centro Universitario San Juan de Dios-Universidad de Sevilla (España)
Mtra. Claudia Patricia Bonilla Ibañez
Universidad de Tolima (Colombia)
Lic. Ana Lane Pinson
Methodist Advanced Heart Failure and Transplant Clinic (EUA)
Dra. María Helena Palucci Marziale
Ribeirão Preto Universidade De São Paul. (Brasil)
Mtra. María Nuvia Romero Ballén
Jubilada de la Universidad Nacional de Colombia. (Colombia)
Mtro. Joan Pedro Goméz
Universidad de las Islas Baleares. (España)
Mtro. José Luis Goméz Urquiza
Fundación Index de España. (España)
Dra. Sandra Valenzuela Suazo
Universidad de Concepción. (Chile)
Mtra. Diana Marcela Achury Saldaña
Pontificia Universidad Javeriana de Colombia (Colombia)
Mtro. Francisco Carlos Félix Lana
The Federal University of Minas Gerais. (Brasil)

EDITORES CONSULTIVOS

Mtra. Claudia Leija Hernández
Comisión Permanente de Enfermería
Mtro. Severino Rubio Dominguez
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Lic. Enf. Susana Salas Chávez
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México
Mtra. Ma. Dolores Zarza Arizmendi
Universidad Nacional Autónoma de México
Dra. Juana Jimenéz Sánchez
Ex Asesora del Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería

COLABORACION SECRETARIAL

Lic. Enf. Mónica Nanco Guevara

Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, Año 27, Volumen 27, Número 1 de Enero-Abril 2019, es una publicación cuatrimestral con 3 números anuales editado y publicado por la Sociedad Mexicana de Cardiología, Juan Badiano N° 1, Col. sección XVI, alcaldia Tlalpan, C.P. 14080, Ciudad de México Tel.: (52) (55) 5573 2911, ext. 23300. Sitio web www.revistamexicanadeenfermeriacardiologica.com.mx, correo electrónico: ange.reviscard@yahoo.com.mx Editor Responsable: Mtra. Guadalupe Martínez Palomino.
Número de reserva de derecho al uso exclusivo en trámite, ISSN: en trámite, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este número, Lic. Vicente Romero Ferrer. Fecha de última modificación, 23 de Enero de 2020
La reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de esta publicación se rige de acuerdo a la licencia Creative Commons (CC BY-NC-ND 4.0) (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Revista Mexicana de
Enfermería Cardiológica
Órgano Oficial de la Sociedad Mexicana de Cardiología

Sociedad Mexican de Cardiología

Dr. Ignacio Chávez †
Fundador

JUNTA DIRECTIVA
2018-2020

Dr. Pedro Iturralde Torres
Presidente

Dr. Marco Antonio Alcocer Gamba
Vicepresidente

Dr. Hermes Ilarraza Lomelí
Secretario

Dra. Clara A. Vázquez Antona
Tesorera

Dr. José Luis Ojeda Delgado
Secretario Adjunto

Mtra. Guadalupe Martínez Palomino
Vocal de Enfermería

Revista Mexicana de
Enfermería Cardiológica
Órgano Oficial de la Sociedad Mexicana de Cardiología

Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica
Órgano Oficial de la Sociedad Mexicana de Cardiología y Vocalía de Enfermería (1992)

La Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica es el Órgano Oficial de la Sociedad Mexicana de Cardiología y de su Vocalía de Enfermería. Es una publicación trimestral, que recibe manuscritos en idioma español, que cuenta con todas las herramientas modernas de la vía electrónica para la recepción y aceptación de las investigaciones científicas. Tiene por objetivo promover la divulgación científica altamente calificada en el área cardiovascular y ramas afines e incentivar al profesional de enfermería a difundir los resultados de investigación de los siguientes subtemas:

- Cuidados Intensivos Coronarios
- Cuidados Postquirúrgicos
- Cirugía y Perfusión cardiovascular
- Intervencionismo Cardiaco
- Cardiopediatría
- La mujer y enfermedades Cardiovasculares
- Alteraciones Cardiovasculares en el adulto mayor
- Cardioneumología
- Pacientes cardiópatas con afecciones renales
- Clínica y prevención
- Rehabilitación Cardiovascular
- El duelo y las alternativas de intervención en pacientes con alteraciones cardiovasculares
- Investigación
- Educación
- Calidad
- Gestión y Administración
- Temas afines a las alteraciones cardiovasculares.

En las diferentes secciones que conforman la revista:

- Editorial*
- Cartas al editor.
- Artículos de investigación.
- Artículos de revisión sistemática o sistematizada.
- Artículos de estudio de caso.
- Misceláneos (artículos de opinión, revisión narrativa).
- Suplementos.

***Por invitación a expertos.**

Todos los artículos son evaluados por pares doble ciego por el comité editorial y revisores externos (nacionales e internacionales). La mayor parte del espacio se destina a trabajos originales, el resto a revisión de temas cardiológicos y a comunicaciones breves. Se publican en fascículos trimestrales tanto en forma impresa como en revista electrónica de acceso libre. La revista cuenta con un software Crosscheck que permite analizar cada documento comparándolo con todos los documentos que existen online para evaluar coincidencias. No se permitirán prácticas fraudulentas con particular como la falsificación de datos, duplicidades y el plagio.

Editor Ejecutivo: Mtra. Guadalupe Martínez Palomino.
Autor ID: 15755834100
Correo electrónico: ange.reviscard@yahoo.com.mx
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, Escuela de Enfermería, Alcaldía Tlalpan, México

Se aceptará el canje con revistas científicas del país o del extranjero.

Misión

La Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica de la Sociedad Mexicana de Cardiología presta un servicio de publicación de manuscritos científicos de contenido altamente calificado de profesionales expertos en los conocimientos referidos a las alteraciones cardiovasculares y ramas afines; para mejorar el cuidado de los pacientes bajo el compromiso de respetar la confidencialidad, ética y humanismo.

Visión

Ser una revista mexicana de excelencia en la divulgación de la evidencia científica y un referente para la mejora de la práctica de enfermería a nivel nacional e internacional.

Revista Mexicana de
Enfermería Cardiológica
Órgano Oficial de la Sociedad Mexicana de Cardiología

SUMARIO

Volumen 27
Número 1
Enero-Abril 2019

***EDITORIAL**

1 ***NURSING NOW, EL PROCESO DE LA TRANSFORMACIÓN DE ENFERMERÍA EN MÉXICO***

CLAUDIA LEIJA-HERNÁNDEZ[1], HÉCTOR OLIVERA-CARRASCO[1], DANIEL CHOPERENA-AGUILAR[1].

***INVESTIGACIÓN**

4 ***EFECTO DE LA POSICIÓN CORPORAL SOBRE LA PRESIÓN VENOSA CENTRAL EN PACIENTES POSOPERADOS DE CIRUGÍA CARDÍACA.***

MA. LORENZA TAPIA COLEX[1], JULIO CÉSAR CADENA-ESTRADA[2], SANDRA SONALÍ OLVERA-ARREOLA[3].

***INVESTIGACIÓN**

11 ***IMPACTO DE UN PROGRAMA DE ACTUALIZACIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UN INSTITUTO CARDIOVASCULAR.***

MAYELI CERVERA ROJO[1], GUSTAVO ATESCATENCO PINEDA[2], MICAELA ORDIANO RAMÍREZ[3], DANAE JIMÉNEZ MARTÍNEZ[4], IMELDA FLORES MONTES[5].

***REVISIÓN**

18 ***LOS HOMBRES EN LA ENFERMERÍA: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA***

MARCIO JIMÉNEZ-GUTIÉRREZ[1], MARÍA DE LOS ÁNGELES TORRES-LAGUNAS[2], GUILLERMINA ARENAS-MONTAÑO[3], ELSY GUADALUPE VEGA-MORALES[4]

***ESTUDIO DE CASO**

31 ***ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE ADOLESCENTE POSTOPERADO DE ANEURISMA AÓRTICO Y RECAMBIO VALVULAR.***

MAYRA SUSANA ALVARADO-GUZMÁN[1], JULIO CÉSAR CADENA ESTRADA[2].

***MISCELÁNEOS**

42 ***ESTRATEGIAS DE VALIDACIÓN EMOCIONAL, REPERTORIO CONDUCTUAL INDISPENSABLE EN EL APOYO DEL DUELO.***

MARÍA DE LOS ÁNGELES REYES CORTES[1].

Open Acces (Acceso libre)

Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica
Órgano Oficial de la Sociedad Mexicana de Cardiología

*EDITORIAL

Disponible en:
www.revistamexicanadeenfermeriacardiologica.com.mx

NURSING NOW, EL PROCESO DE LA TRANSFORMACIÓN DE ENFERMERÍA EN MÉXICO

Claudia Leija-Hernández[1], Héctor Olivera-Carrasco[1], Daniel Choperena-Aguilar[1].

[1]*Dirección de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Secretaría de Salud.*

La presente administración se encuentra construyendo el Modelo de Atención Primaria de Salud Integral e Integrada (APS-I Mx), con énfasis en el primer nivel de atención con la finalidad de transformar los servicios de salud a nivel nacional y transitar hacia el acceso universal y efectivo con equidad, dignidad, calidad y eficiencia de la asistencia sanitaria, teniendo como principios la participación comunitaria, la intersectorialidad, los agentes comunitarios en salud y las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), considerando los recursos humanos para la salud fortalecidos como un actor indispensable a través de equipos interprofesionales, en donde Enfermería contribuye de forma trascendente.

Enfermería en el primer nivel de atención, así como en otras áreas, juega un papel crucial. Las enfermeras y enfermeros cuando identifican un caso de Coqueluche (Tos Ferina) activan cercos sanitarios que limitan el contagio, facilitan métodos de planificación familiar (anticonceptivos hormonales reversibles de larga duración), son responsables de la salud de comunidades enteras (áreas geo estadísticas básicas) y en muchos lugares son el único profesional sanitario del ámbito público al que las personas tienen acceso[1].

Sin embargo, es necesario impulsar la ampliación de su rol en concordancia con sus competencias formativas, tal y como la evidencia internacional lo señala, las enfermeras de práctica avanzada con roles ampliados, otorgan consultas y son responsables de una cartera de pacientes, prescriben medicamentos, refieren a los pacientes con otros profesionales a unidades hospitalarias, principalmente en países de altos ingresos, como Reino Unido, Finlandia y Estados Unidos[2].

Estas prácticas no se refieren a la sustitución de ningún profesional, sino al fortalecimiento de equipos interprofesionales de salud como una de las estrategias de eficiencia de Recursos Humanos para la Salud (RHS) y la distribución efectiva de funciones, con énfasis en el primer nivel de atención y en lugares de difícil acceso geográfico para el fortalecimiento de la prestación de servicios[3].

No obstante, en diversos países, como en México, el rol ampliado de Enfermería es una práctica poco común y en muchos lugares el papel de las enfermeras se ve supeditado a actividades asistenciales básicas, lo que no favorece un mayor nivel resolutivo y no contribuye a contar con equipos efectivos.

Esta situación se repite de manera sistemática en muchas regiones del mundo de acuerdo con un estudio del Grupo Interparlamentario de Salud Global del Reino Unido, donde concluyeron, entre otras cosas, que el fortalecimiento de la enfermería genera mejores resultados en salud, reduce las brechas de género y contribuye a generar economías más fuertes, explicamos ésta lógica de la siguiente manera para evitar caer en lo abstracto de las ideas[4]:

EL TRIPLE IMPACTO DE ENFERMERÍA	
AFIRMACIÓN	***EXPLICACIÓN***
I. Lograr mejores resultados en salud	*La prestación de los servicios en los Sistemas de Salud tiene diferentes componentes básicos (building blocks), uno de ellos se refiere a fuerza laboral en salud. Donde al fortalecer un grupo mayoritario como lo es Enfermería con mayores competencias, formación y funciones, así como esquemas de retención, impactaría en aumentar la capacidad de respuesta de las unidades de salud y por ende a contribuir con el acceso efectivo a los servicios.*
II. Reducir las brechas de género	*El personal de enfermería está compuesto en su mayoría por mujeres. Fortalecer a las enfermeras permitiéndoles participar en la toma de decisiones de salud en los distintos equipos de manera autónoma y colaborativa, así como, promover su inclusión en equipos de liderazgo contribuiría a reducir las brechas de género.*

III. Contribuir a generar economías más fuertes	*Tal y como se menciona anteriormente, contar con enfermeras más capaces y con un campo de acción mayor, incrementa el nivel de resolución de la demanda de salud en las unidades principalmente en ámbitos preventivos, y con ello se promueve una mayor productividad en la población.*

Estas conclusiones son plasmadas en un documento denominado el "Triple Impacto de Enfermería", que dio origen a la campaña histórica Nursing Now, campaña sin precedentes que tiene una duración de tres años, y que concluye en el 2020, año en que se celebrarán 200 años del nacimiento de Florence Nightingale, reconocida como la precursora de la enfermería moderna, es un programa del Burdett Trust for Nursing que realizan en colaboración el Consejo Internacional de Enfermería y la Organización Mundial de la Salud, y cuenta con el apoyo de una Junta de Campaña compuesta por enfermeras y no enfermeras de todo el mundo[4].

Esta campaña tiene como objetivo mejorar la salud a nivel mundial al mejorar el estado de las enfermeras de todo el mundo a través de alianzas clave con los responsables de la formulación de políticas y apoyar a las enfermeras para que lideren, aprendan y utilicen todo su potencial.

NURSING NOW EN MÉXICO

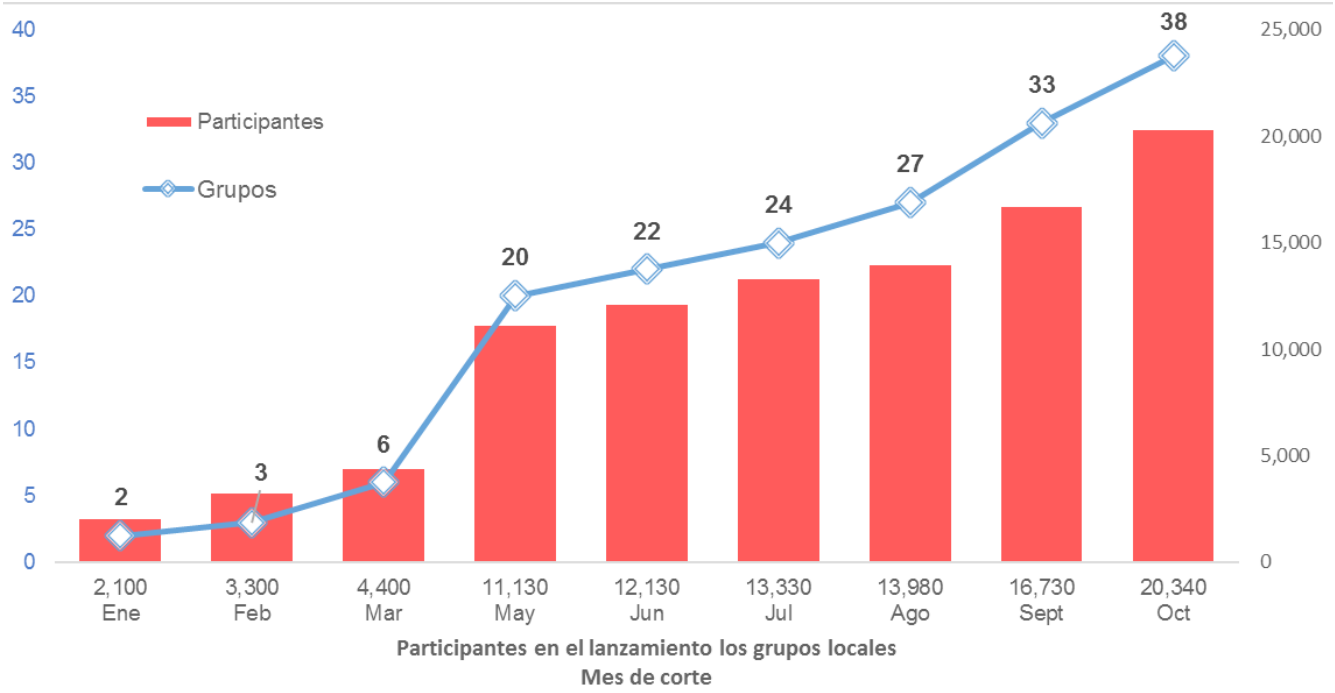
Para nuestro país, la campaña tiene los siguientes ejes estratégicos:

- Difusión masiva de la campaña
- Fortalecimiento del liderazgo de enfermería
- Implementación del rol ampliado de enfermería en el primer nivel de atención
- Proponer planteamiento sobre recursos humanos de enfermería

Estos ejes estratégicos se impulsarán en México a través de la adhesión de grupos locales (estatales, institucionales y gremiales) al grupo nacional registrado en la oficina global, cada grupo local presenta un programa de trabajo para contribuir al cumplimiento de los objetivos de la Campaña Nursing Now.

A lo largo de este año, se han generado 38 grupos locales con la participación de 20,340 personas [Figura 1].

Figura 1. Resultados mensuales de la Campaña Nursing Now México, Grupos y Participantes, 2019



Estos objetivos que buscan impulsar el liderazgo y la ampliación del rol de enfermería en México a través de esta campaña, han coincidido con el Modelo de Atención Primaria de Salud Integral e Integrada APS-I Mx, que se encuentra en construcción por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. De manera histórica, la enfermería tiene la oportunidad de desarrollar todo su potencial, y contribuir en la resolución de los principales problemas de salud de nuestra población, sin embargo, para ello requiere del respaldo del sector salud, sector educativo y del sector legislativo, que facilite este proyecto ya iniciado.

REFERENCIAS

1. Flinter M, Hsu C, Cromp D, Ladden MD, Wagner EH. Registered Nurses in Primary Care: Emerging New Roles and Contributions to Team-Based Care in High-Performing Practices. J Ambul Care Manage. 2017; 40(4): 287-296. doi:10.1097/JAC.0000000000000193

2. Maier C, Aiken LH, Busse R. Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation" OECD Health Working Papers, No. 98. Paris: OECDE; 2017. https://doi.org/10.1787/a8756593-en

3. Keleher H, Parker R, Abdulwadud O, Francis K. Systematic review of the effectiveness of primary care nursing. Int J Nurs Pract. 2009 feb; 15(1): 16-24. doi:10.1111/j.1440-172X.2008.01726.x

4. World Health Organization [Internet]. Ginebra: OMS; c2017 [actualización 2020]. Triple Impact: How developing nursing will improve health, promote gender equality and support economic growth. [aproximadamente 68] Disponible en: https://www.who.int/hrh/com-heeg/digital-APPG_triple-impact.pdf

Open Acces (Acceso libre)

Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica
Órgano Oficial de la Sociedad Mexicana de Cardiología

*INVESTIGACIÓN

Disponible en:
www.revistamexicanadeenfermeriacardiologica.com.mx

EFECTO DE LA POSICIÓN CORPORAL SOBRE LA PRESIÓN VENOSA CENTRAL EN PACIENTES POSOPERADOS DE CIRUGÍA CARDÍACA.

EFFECT OF BODY POSITION ON CENTRAL VENOUS PRESSURE IN POST-OPERATIVE CARDIAC SURGERY PATIENTS.

Ma. Lorenza Tapia Colex[1], Julio César Cadena-Estrada[2], Sandra Sonalí Olvera-Arreola[3].

[1]*Licenciada en Enfermería. Jefe de Enfermeras del Servicio de Cardiopediatría. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez*
[2]*Maestro en Enfermería. Jefe del Departamento de Investigación en Enfermería. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.*
[3]*Maestra en Enfermería. Directora de Enfermería. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez*

Recibido el 21 de junio de 2017; aceptado el 25 de julio de 2018

RESUMEN

Introducción: La presión venosa central (PVC) como indicador de la volemia y la función cardíaca derecha, se debe realizar colocando al paciente en decúbito dorsal; pero en ocasiones por su estado de salud no toleran dicha posición o cambios en la misma.
Objetivo: analizar la presión venosa central en pacientes posoperados de cirugía cardíaca en relación a la posición del paciente en decúbito dorsal, decúbito lateral derecho e izquierdo, semifowler y sedente.
Material y métodos: Estudio analítico, prospectivo y transversal. Muestra por conveniencia de n= 94 pacientes; incluyó adultos hospitalizados en la unidad de cuidados críticos, postoperados de cirugía cardiovascular, hemodinámicamente estables y extubados. Datos recolectados con cédula ex profeso: 6 ítems para demográficos, 11 para signos vitales, datos clínicos, estatus del catéter venoso central y medidas de PVC. Datos analizados con estadística descriptiva, prueba T pareada y x^2; significancia p<0.05.
Resultados: Prevalecieron mujeres (53.2%) y edad 56.21 ± 12.66 años. Existe una diferencia en el promedio de PVC en la posición decúbito dorsal comparado con el lateral derecho (11.1 ± 3.5 vs 13 ± 3.6; t=-8.939, gl=93, p=0.000) e izquierdo (11.1 ± 3.5 vs 13 ± 3.6; t=-8.703, gl=93, p=0.000), no así en sedente y semifowler (p>0.05). La proporción de pacientes con PVC baja en dorsal se incrementa en semifowler y sedente, mientras que las cifras altas de PVC, se incrementan más cuando se mide en decúbito lateral derecho e izquierdo (p<0.05).
Conclusión: Se tiene un parámetro menor a 2 mmHg entre las posiciones decúbito lateral derecho e izquierdo con respecto a la dorsal, cifras que posiblemente permitirán a la enfermera valorar la PVC, disminuyendo así riesgos, tiempo y molestias al paciente al cambiarlo de posición.

Palabras clave: presión venosa central, postura, cirugía torácica, cardiopatías, cuidados intensivos, atención de enfermería.

ABSTRACT

Introduction: Central venous pressure (PVC) as an indicator of volume and right heart function should be performed by placing the patient in the supine position; but sometimes by their state of health they do not tolerate that position or changes in the same.
Objective: To determine the differences in PVC levels according to the patient's different body positions.
Material and methods: A comparative, prospective and cross-sectional study. Sample for convenience of n = 94 patients; included adults hospitalized in the critical care unit, postoperative cardiovascular surgery, hemodynamically stable and extubated. Dates collected with an excerpt: 6 items for demographic, 11 for vital signs, clinical data, central venous catheter status and PVC measurements. Data analyzed with descriptive statistics, paired T test and X2; Significance p <0.05.
Results: Women (53.2%) and age 56.21 ± 12.66 years prevailed. There is a difference in the average PVC in the dorsal decubitus position compared to the right side (11.1 ± 3.5 vs 13 ± 3.6; t = -8.939, gl = 93, p = 0.000) and left (11.1 ± 3.5 vs 13 ± 3.6, t = -8.703, 93, p = 0.000), but not in sedentary and semifowler (p> 0.05). The proportion of patients with low CVD in dorsal increases in semifowler and sedentary, while the

Dirección para Correspondencia:

Ma. Lorenza Tapia Colex
Juan Badiano No. 1, Col. Sección XVI, Del. Tlalpan. C.P.14080.
Tel.: (0155) 55732911, ext.:23300
E-mail: investinc@cardiologia.org.mx

high figures of PVC, increase when measured in right and left lateral decubitus (p <0.05).
Conclusion: There is a parameter lower than 2 mmHg between the right and left lateral decubitus positions with respect to the dorsal position, figures that will allow the nurse to evaluate the PVC, thus reducing risks, time and discomfort to the patient when changing position.
Key words. Central venous pressure, posture, thoracic surgery, heart diseases, intensive care, nursing care.

INTRODUCCIÓN

La monitorización hemodinámica es un conjunto de parámetros y cálculos que permiten al profesional de la salud mantener una vigilancia estrecha del paciente cardiópata en estado crítico a través de la cateterización cardíaca derecha; además, proporciona un medio directo para la valoración de la evolución del paciente y la respuesta a la administración de líquidos y fármacos[1,2]. Un parámetro fundamental que con mayor frecuencia se valora es la Presión Venosa Central (PVC), ya que es un signo vital en las personas internadas en el área de terapia postquirúrgica, donde cursan el período de recuperación tras una cirugía cardiovascular.

La PVC es la resultante de la interacción entre el retorno venoso y la presión de llenado del ventrículo derecho, teniendo en cuenta que está influida por el volumen sanguíneo, el tono vasomotor, la bomba muscular, la presión intratorácica, la posición corporal y el funcionamiento del ventrículo derecho[3,4]. Entre las principales causas que reducen la PVC se encuentran la hipovolemia por disminución del retorno venoso y la reacción adrenérgica (en el curso de un infarto del miocardio, choque cardiogénico, o administración de aminas simpaticomiméticas); por otro lado, pudiera estar elevada por impedimento al llenado diastólico del ventrículo derecho, en presencia de insuficiencia cardíaca congestiva, miocardiopatía restrictiva o por constricción pericárdica. En ambos casos la hipertensión telediastólica ventricular eleva la PVC.

De manera convencional, la monitorización de la PVC se realiza mediante un catéter central de uno, dos o tres lúmenes y se puede realizar por dos métodos: 1) utilizando un sistema de mercurio (mmHg), para ello se necesita un transductor y un monitor; y 2) a través de un sistema con manómetro de agua (cmH_2O). Los valores de la PVC varían de acuerdo al método y la posición del catéter, tomando como referencia de 2-5 mmHg o de 3-8 cmH_2O, ya que cuando se ubica en la vena cava las cifras oscilan entre 6-12 cmH_2O y en la aurícula derecha de 0-4 cmH_2O. Dada la relevancia clínica de la PVC, es importante que el profesional de enfermería conozca su semiología, por lo que la incongruencia de una cifra de PVC con el cuadro clínico motiva a Enfermería a encontrar la explicación fisiopatológica.[4]

Con el fin de obtener un registro fidedigno de la PVC, debe utilizarse como punto de referencia el eje flebostático, que corresponde al sitio localizado entre el cuarto espacio intercostal izquierdo y la línea media axilar, lugar donde se coloca el transductor o el manómetro de agua debidamente alineados perpendicularmente a este punto. Esta medición se realiza de forma convencional estando el paciente en decúbito dorsal, sin embargo, para pacientes con problemas cardíacos y/o respiratorios, que cursan el postoperatorio de cirugía cardíaca o se encuentran sentados en el reposet y les es complicado desplazarse a la cama o no toleran la posición horizontal, es necesario elevar la cabecera a una posición semifowler, fowler o sedente, con el riesgo de que pueden presentarse variaciones; estas pueden tener importancia al valorar al paciente e inclusive la diferencia significativa condiciona a no ser tomada en cuenta como un registro confiable.

Diversos estudios realizados en USA, España, Brasil, Canadá, México, entre otros, han mostrado que la información obtenida mediante la monitorización hemodinámica invasiva y no invasiva orienta al profesional de salud a la evaluación, diagnóstico y la evolución del paciente en estado crítico o postoperado del corazón; por lo tanto, si se presta atención a la medición correcta de las diferentes técnicas invasivas como la PVC puede ser muy útil clínicamente. Sin embargo, el significado fisiológico o fisiopatológico de la misma se debe considerar solamente con una medición correspondiente de gasto cardíaco o por lo menos una medida sustituta. Asimismo, existen diferentes posiciones de los autores, ya que hay quienes consideran que la posición corporal del paciente y el aumento en el número de uniones en T puede influir en las cifras de PVC, mientras que otros han descrito recientemente que no existen datos contundentes que apoyen la práctica generalizada de la utilización de la PVC para guiar la terapia de fluidos, y consideran que este enfoque de la reanimación con líquidos debe ser abandonada, no obstante en las instituciones de salud sigue siendo la base para la corrección de la precarga. Llama la atención que en estos últimos años se ha buscado medir de forma no invasiva o de mínima invasión la PVC, tal es el caso de la medición de la PVC a través de la presión venosa periférica que puede ser la alternativa en pacientes sin catéter venoso central[5-27].

En la práctica diaria, en muchas ocasiones la medición de la PVC se ha visto limitada debido a que las personas se encuentran con inestabilidad hemodinámica, y por lo tanto, no pueden movilizarse con libertad por afectar fácilmente el gasto cardíaco. El efecto de la postura de la PVC fue estudiada por Amoroso y Greenwodd[28] a finales de la década de los ochenta, con depleción de volumen circulatorio antes y después de la reposición de líquidos. En la medición de la PVC en posición supina, no refleja el déficit de volumen circulatorio, con una media de 0.1 cmH_2O; pero cuando se sentó al paciente a 45° la PVC mostró una caída notable en todos los pacientes -9.7 cmH_2O.

En las instituciones de salud de México no se ha descrito detalladamente este fenómeno, lo que refleja un vacío

en el conocimiento. Ante este contexto, el presente estudio tuvo la finalidad de analizar la PVC en pacientes posoperados de cirugía cardíaca en relación a la posición del paciente en decúbito dorsal, decúbito lateral derecho e izquierdo, semifowler y sedente. Con base en los resultados se pretende protocolizar y estandarizar la valoración de la precarga, ya que su medición correcta puede mejorar su interpretación, prevenir las complicaciones por sobrecarga o falta de volumen; y por lo tanto, beneficiar la práctica sin riesgos de enfermería y la atención segura del paciente; inclusive, que le permita a la enfermera de la unidad de cuidados críticos tomar una decisión.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio analítico, prospectivo y transversal sobre la variación de las cifras de PVC de acuerdo a la posición corporal de los pacientes adultos post-operados de cirugía cardíaca que ingresan a la Terapia Intermedia de una institución de salud de alta especialidad. Para fines de este estudio se consideró a la PVC como la resultante de la interacción entre el retorno venoso y la presión de llenado del ventrículo derecho, teniendo en cuenta, que el retorno venoso está influido por varios factores, tales como el volumen sanguíneo, el tono vasomotor, la bomba muscular, la presión intratorácica, la posición corporal y el funcionamiento del ventrículo derecho; su valor normal es considerada para este estudio de 6-10mmHg o 6-12 cmH_2O.[4] De tal manera que la PVC se consideró como la variable dependiente y la posición postural (decúbito dorsal, semifowler, sedente, decúbito lateral izquierdo y derecho) como independiente.

El tamaño de la muestra fue de n=94 pacientes seleccionados de forma aleatoria incluyendo aquellos adultos de ambos sexos posoperados de cirugía cardíaca (revascularización coronaria y/o valvulopatía), sin remodelamiento ventricular que afecten la función ventricular, que contaban con un catéter venoso central conectados a un transductor de presión para medir la PVC, hemodinámicamente estables, que toleraban los cambios de posición, sin arritmias, sin vasopresores o vasodilatadores, inotrópicos en dosis bajas tales como dopamina (≤1-3µg/kg/min), dobutamina (≤2 µg/kg/min) o milrinona (≤0.3 µg/kg/min); y se eliminaron a quienes no se les determinaron las cifras de PVC en las 5 posiciones, independientemente de cuál haya sido la causa; o bien, que el catéter venoso no se localizara en posición central.

La recolección de los datos se realizó mediante una cédula ex profeso con los apartados de datos demográficos (turno, días de posoperado, edad, sexo); signos vitales (tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura), ritmo cardíaco, estado de hidratación, valoración de la localización del catéter por radiografía de tórax, tipo de catéter venoso central, campos pulmonares y registro de la PVC en las 5 posiciones considerándose de 6 a 10 mmHg como normal, baja de 0-5mmHg y alta ≥11mmHg.

MÉTODO

Para estandarizar la medición y recolección de datos se capacitó a 2 profesionales de enfermería sobre el protocolo de medición de la PVC: 1) verificar a través de la placa de rayos X que el catéter venoso esté central; 2) informar al paciente sobre el procedimiento y solicitar su consentimiento informado; 3) lavarse las manos de acuerdo al indicador de calidad de la institución; 4) interrumpir el paso de infusión por el catéter; 5) verificar la permeabilidad del catéter; 6) colocar al paciente en la posición decúbito dorsal; 7) nivelar el transductor con la punta del catéter, eliminando así el efecto de la presión hidrostática sobre el sistema, con esto se logra nivelar la interfase aire-líquido de la presión que se monitoriza (la llave de tres vías está abierta al aire cuando se requiere nivelar a 0 mmHg) con el eje flebostático del paciente; 8) esperar a que se observe el 0 para equilibrar el sistema de monitorización de presión con la presión atmosférica; 9) realizar la prueba de onda cuadrada tras lavado; 10) medir la PVC en mmHg y registrarse en el instrumento; 11) medir la PVC en cada una de las 4 posiciones restantes (semifowler, sedente, decúbito lateral izquierdo y derecho), manteniendo en todo momento el transductor en el eje flebostático; y 12) dejar cómodo al paciente en la silla reclinable o en la cama.

El análisis estadístico se realizó mediante el programa *Statistical Package for the Social Sciences* versión 17 para Windows a través de medidas de resumen: frecuencia y porcentajes para variables cualitativas (turno, sexo, diagnóstico, ritmo cardíaco, estado de hidratación, tipo de catéter venoso central, posición del catéter, campos pulmonares) y medidas de tendencia central para las cuantitativas (edad, FC, FR, TAS, TAD, temperatura corporal, PVC en las 5 posiciones diferentes) y prueba T pareada y x^2, considerando como estadísticamente significativo $p<0.05$.

Con base en la Ley General en Materia de Investigación para la Salud[29], la Norma Oficial Mexicana 012 SSA-212[30], el Código de Nüremberg[31], la Declaración de Helsinki[32] y el Informe Belmont[33], el presente estudio se cataloga como investigación de riesgo mínimo, y por lo tanto, los datos fueron obtenidos previo consentimiento informado y con la aprobación del Departamento de Investigación en Enfermería (DI/AC/06/2014); la información es resguardada confidencialmente, respetando los principios de beneficencia, no maleficencia y de respeto a la dignidad humana, el cual incluye el derecho a la autodeterminación y la información completa.

RESULTADOS

De acuerdo a los datos demográficos de la población de estudio, la mayoría de los pacientes eran mujeres (53.2%), con una edad media de 56.21 ± 12.66 años (26-81 años); el 73.4% cursaba el postoperatorio de cambio valvular o revascularización coronaria (26.6%); y el 50% tenía 2 días de estancia hospitalaria en la unidad de cuidados críticos. Al valorar clínicamente a los pacientes,

se encontró la TAS (113.9 ± 14.3 mmHg), TAD (69 ± 10 mmHg), FC (84 ± 13.4lpm), FR (18.4 ± 2 rpm), y temperatura corporal (36.4 ± 0.4°C) en parámetros normales; asimismo, la ubicación del catéter venoso central, en la mayoría de los casos se encontraba en la aurícula derecha (59.6%) y el resto en la vena cava superior (cuadro I).

De acuerdo a la posición del catéter, en AD o VCS, se observó que la PVC fue semejante en todas las posiciones corporales (p>0.05) (cuadro II). Pero en relación al sexo, se encontró que las mujeres presentan una PVC mayor que los hombres al medirse ésta en posición semifowler (12.2 ± 4.5 vs 10 ± 4.5; t= 2.407, gl= 92, p= 0.018), sin embargo, en el resto de las posiciones en las cuales se midió tampoco hubo una diferencia estadísticamente significativa (p>0.05) (cuadro III).

Al considerarse la posición corporal de decúbito dorsal como estándar de oro en la medición de la PVC y al compararse con las mediciones realizadas en las otras posiciones, se observó que los promedios eran semejantes en semifowler (11.1 ± 3.5 vs 11.2 ± 4.6; t=-0.184, gl=93, p=0.854) y sedente (11.1 ± 3.5 vs 10.5 ± 4.4; t=1.230, gl=93, p=0.222), pero se incrementa en decúbito lateral izquierdo (11.1 ± 3.5 vs 13 ± 3.5; t=-8.939, gl=93, p=0.000) y decúbito lateral derecho (11.1 ± 3.5 vs 13 ± 3.6; t=-8.703, gl=93, p=0.000).

De acuerdo al nivel de PVC, independientemente de la posición, sexo o ubicación anatómica del catéter, en la posición decúbito dorsal, el 54.3% era mayor a lo normal y en menor porcentaje (6.4%) era baja; pero cuando se cambio de posición al paciente a semifowler se observó un incremento de pacientes con PVC baja (6.4% vs 11.7%; x^2=17.135, gl= 4, p=0.002), este mismo fenómeno se observó al movilizarse en posición sedente (6.4% vs 18.1%; x^2=12.116, gl= 4, p=0.017). No obstante, al movilizarlos a decúbito lateral derecho (54.3% vs 75.5%; x^2=45.435, gl= 4, p=0.000) e izquierdo (54.3% vs 75.6%; x^2=40.857, gl= 4, p=0.000), la proporción de pacientes con PVC alta se incrementó, siendo una diferencia estadísticamente significativa en todos los casos.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio la PVC medida en decúbito dorsal es semejante en posición semifowler y sedente, pero se incrementa hasta 2 mmHg en decúbito lateral tanto derecho como izquierdo, pero ambos en el límite superior de lo considerado como normal. Estos datos difieren con lo reportado en Holanda por de Laat[34] en pacientes adultos posoperados de bypass coronaria, quien encontró que la posición lateral derecha o izquierda no incrementa el índice cardíaco y se mantienen los niveles de presión arterial pulmonar, presión en la aurícula derecha y presión capilar pulmonar en rangos de seguridad. Por otra parte, un estudio realizado por McGee en USA[35], la PVC disminuye significativamente al colocar al paciente en semifowler. Esta variabilidad y diferencia con nuestro estudio en primera instancia se puede explicar por las características clínicas de los pacientes, ya que al no existir una remodelación ventricular, aún prevalece una fracción de expulsión del ventrículo izquierdo conservada (>50%), no se afecta la función valvular y la clase funcional se mantendrá en I.

La posición corporal en la que se encuentra el paciente en la cama al momento de medir la PVC, puede afectar el valor de la PVC, por un lado, al elevar la cama para colocarlo en posición semifowler o sedente, esto debido a que se descomprime el abdomen del paciente ejerciendo menor presión sobre el tórax y disminuyendo la presión sobre los grandes vasos, asimismo, la gravedad y el volumen sanguíneo son factores que limitan el retorno venoso, y por lo tanto, se espera observar un valor diferente al encontrado en posición supina[24]. Sin embargo, en nuestro estudio posiblemente se mantenían los valores semejantes no solo por la función ventricular y valvular conservada, sino también a que después de las primeras 24 hrs el proceso inflamatorio se ha reducido, hay un mayor equilibrio hidroelectrolítico, el organismo utiliza menos sistemas compensatorios, el uso de sistemas neumáticos como las medias compresivas muestra efectividad, entre otros. No obstante, debido al tamaño de la muestra no se pueden extrapolar los resultados a toda la población de estudio y emerge la necesidad de ensayos clínicos aleatorizados manteniendo un mayor control sobre las variables intervinientes.

Es de llamar la atención que en nuestros pacientes posoperados del corazón, la posición corporal en decúbito lateral derecho o izquierdo, incrementó el nivel de PVC, mientras que la evidencia disponible ha mostrado que esta posición en 30° no modifica las cifras, no obstante, es necesario considerar que Rivas[24] identificó que el índice de masa corporal influye en la PVC, debido a que a mayor volumen corporal del paciente mayor es la diferencia entre la medición. Aunque esta diferencia de PVC es estadísticamente significativa, clínicamente no siempre ha demostrado tener un valor predictivo de la respuesta del paciente al volumen administrado, por lo tanto, el profesional de salud deberá considerar con cautela estos datos para no aceptar falsos positivos o falsos negativos que pongan en riesgo la vida y evolución clínica del paciente; y deberá tomar decisiones en el tratamiento complementando este parámetro con datos como gasto urinario, equilibrio hidro-electrolítico, estado de hidratación, ritmo cardíaco, fracción del ventrículo izquierdo, función renal, entre otros.

Para el profesional de la salud, la medición de la PVC en el paciente adulto refleja la precarga o presión con la cual se llena el ventrículo derecho y contribuye de manera directa en el volumen latido y el gasto cardíaco, consecuentemente, determina la adecuada perfusión tisular. Sin embargo, en la práctica diaria, no siempre el profesional de salud cuenta con un catéter central para medirlo, ya que esto depende de la normatividad de cada institución de salud, o bien, la movilización no es posible debido al estado hemodinámico y/o pulmonar del paciente. Ante esta situación, diversos estudios han propuesto y mostrado la utilidad y validez de medirse

la PVC a través de un equivalente denominado presión venosa periférica (PVP) a través de un catéter venoso periférico con menor riesgo[6,9,21,23]. Inclusive se han desarrollado nuevos métodos para medirla de forma no invasiva con estudios de imagen como el ultrasonido[26].

El profesional de salud debe considerar la eficacia en la medición de la PVC, ya que tiene un efecto directo en la toma de decisión clínica y está fuertemente asociada a la mortalidad del paciente a las 6 horas de posoperado[5]. Por lo tanto, deberán considerarse diversos factores del sistema que influyen en la exactitud de la misma, tales como el número de conectores en T, la calibración del transductor y su ubicación constante en el eje flebostático, la posición anatómica del catéter (vena cava o aurícula) y la permeabilidad del mismo. Tal es su importancia de la exactitud de medición que permite al profesional de enfermería realizar un diagnóstico de enfermería real que refleje correctamente el estado de salud, hemodinámico e hidroelectrolítico del paciente; por lo tanto, las intervenciones tienen más probabilidad de éxito en la solución del problema, ya que una cifra de PVC por arriba de lo normal asociada a datos objetivos, orientará al clínico a considerar sobrecarga de volumen, constricción venosa, insuficiencia ventricular, reacción adrenérgica al infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva, miocardiopatía restrictiva, entre otras; mientras que una PVC menor de lo normal serán considerados como datos sugestivos de sangrado, hipertermia, arritmia, aumento de la presión intratorácica por ventilación mecánica con presión positiva, aumento de la presión intratorácica por taponamiento cardíaco y requerirá de tratamiento con cristaloides, coloides o soporte farmacológico.

CONCLUSIÓN

Los adultos posoperados de cirugía cardíaca presentan cifras de PVC parecidos en decúbito dorsal, semifowler y sedente, pero en decúbito lateral tiende a incrementarse. No obstante, la mayoría de las personas presentan cifras consideradas en el límite superior normal. Estos datos deberán considerarse con cautela por el clínico, ya que limitantes como heterogeneidad del IMC, el tamaño de la muestra, medirse en el posoperatorio inmediato cuando aún se está adaptando el organismo de la persona posoperada, no permiten generalizar los resultados en la población.

Cuadro I. Medidas de tendencia central y de dispersión de las variables demográficas y signo vitales

Variable	*Mínimo*	*Máximo*	*Media*	*DE*	*Mediana*	*Percentiles*	
						Q_{25}	Q_{75}
Días posoperatorio	*1*	*19*	*2.83*	*2.8*	*2*	*2*	*3*
Edad (años)	*26*	*81*	*56.2*	*12.7*	*55.5*	*48*	*66*
TAS (mmHg)	*90*	*166*	*113.9*	*14.3*	*115*	*101.7*	*122*
TAD (mmHg)	*48*	*94*	*69*	*10*	*68*	*62*	*74.2*
FC (lpm)	*57*	*119*	*84*	*13.4*	*84*	*74*	*92*
FR (rpm)	*12*	*22*	*18.4*	*2*	*18*	*17*	*20*
Temperatura (°C)	*35.7*	*37.5*	*36.4*	*0.4*	*36.3*	*36*	*36.6*
PVC en decúbito dorsal	*2*	*21*	*11.1*	*3.5*	*11*	*9*	*13*
PVC en semifowler	*1*	*20*	*11.2*	*4.6*	*12*	*7.8*	*15*
PVC en sedente	*1*	*25*	*10.5*	*4.6*	*11*	*7*	*14*
PVC en decúbito lateral derecho	*4*	*22*	*13*	*3.5*	*13*	*10.7*	*15*
PVC en decúbito lateral izquierdo	*4*	*22*	*13*	*3.6*	*13*	*11*	*15*

mmHg= milímetros de mercurio. lpm= latidos por minuto. rpm= respiraciones por minuto. °C= grados centígrados Celsius. PVC= presión venosa central.

Cuadro II. PVC de los pacientes posoperados de cirugía cardíaca de acuerdo a la ubicación anatómica del catéter venoso central.

Posición corporal	*Posición del catéter*	
	AD n=56 $\bar{X} \pm DE$	*VCS n=38* $\bar{X} \pm DE$
Decúbito dorsal	*11 ± 3.4*	*11.3 ± 2.9*
Semifowler	*11.2 ± 4.7*	*11.2 ± 4.5*
Sedente	*10.9 ± 4.9*	*10 ± 4.2*
Decúbito lateral izquierdo	*12.7 ± 3.6*	*13.4 ± 3.2*
Decúbito lateral derecho	*12.6 ± 3.8*	*13.4 ± 3.3*

$\bar{X}$ = media aritmética. DE= desviación estándar. Prueba T de Student, *p<0.05.

AD= aurícula derecha. VCS= vena cava superior.

Cuadro III. PVC de los pacientes postoperados de cirugía cardíaca de acuerdo al sexo

Posición corporal	Sexo	
	Femenino n=50 $\bar{X} \pm DE$	Masculino n=44 $\bar{X} \pm DE$
Decúbito dorsal	*11.4 ± 3.2*	*10.8 ± 3.8*
Semifowler	*12.2 ± 4.5*	*10 ± 4.5*
Sedente	*11.1 ± 4.6*	*9.8 ± 4.6*
Decúbito lateral izquierdo	*13.4 ± 3.1*	*12.5 ± 3.8*
Decúbito lateral derecho	*13.2 ± 3.1*	*12.7 ± 4.1*

$\bar{X}$ = media aritmética. DE= desviación estándar. Prueba U Mann Whitney, *p<0.05

Cuadro IV. Comparación de la presión venosa central de acuerdo a la posición corporal del pacientes adulto posoperado de cirugía cardíaca.

	n=94 Fr (%)				
	DD	SF	Sedente	DLI	DDD
Baja	*6 (6.4)*	*11 (11.7)**	*17 (18.1)**	*1 (1.1)**	*1 (1.1)**
Normal	*37 (39.4)*	*28 (29.8)*	*25 (26.6)*	*22 (23.4)*	*21 (22.3)*
Alta	*51 (54.3)*	*55 (58.5)*	*52 (55.3)*	*71 (75.5)**	*72 (76.6)**

Prueba x^2, *p<0.05.
DD= Decúbito dorsal; SF= Semifowler; DLD= Decúbito lateral derecho; DLI= Decúbito lateral izquierdo

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García X, Mateu L, Maynar J, Mercadal J, Ochagavía A, Ferrándiz A. Estimación del gasto cardíaco. Utilidad en la práctica clínica. Monitorización disponible invasiva y no invasiva. Med Intensiva. 2011; 35(9): 552-61.

2. Hernández-Sosa A, Hernández-Flores CE, Iduela-Díaz J. Determinación del perfil hemodinámica en los pacientes críticos en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Rev Mex Enf Car 2004; 12(2): 56-60.

3. Guadalajara BJF. Cardiología. 6ta ed. México: Méndez Editores; 2009.

4. Luna P. Anestesia cardiovascular. 4ta ed. México: Alfil; 2013.

5. Williams JB, Peterson ED, Wojdyla D, Harskamp R, Southerland KW, Ferguson TB, Smith PK, Milano CA, Lopes RD. Central venous pressure after coronary artery bypass surgery: does it predict postoperative mortality or renal failure? J Crit Care. 2014 Dec; 29(6): 1006-10. doi: 10.1016/j.jcrc.2014.05.027. Epub 2014 Jun 9.

6. Stoneking L, Deluca LA Jr, Fiorello AB, Munzer B, Baker N, Denninghoff KR. Alternative methods to central venous pressure for assessing volume status in critically ill patients. J Emerg Nurs. 2014 Mar; 40(2): 115-23. doi: 10.1016/j.jen.2012.04.018. Epub 2012 Oct 22.

7. Casado Dones MJ, Casado Dones MR. Papel de enfermería en el manejo del catéter de Swan-Ganz. Enferm Intensiva. 2008; 19(3): 141-9.

8. Galvão ECF, Püschel VAA. Aplicativo multimídia em plataforma móvel para o ensino da mensuração da pressão venosa central. Rev Esc Enferm USP 2012; 46 (Esp): 107-15

9. Gómez-Palomar C, Gómez-Palomar MJ. Comparación entre valores de presión venosa central y presión venosa periférica en pacientes críticos. Enferm Cardiol 2009; 47-48 (2- 3): 87-90.

10. Carrillo ER, Castro PJF. Correlación de la curva de presión venosa central, electrocardiograma y ecocardiografía Doppler en insuficiencia tricuspídea grave. Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int 2009; 23(2):107-9.

11. Burchell PL, Powers KA. Focus on central venous pressure monitoring in an acute care setting. Nursing. 2011 Dec; 41(12):38-43; quiz 43-4. doi: 10.1097/01.NURSE.0000407673.10345.bb.

12. Izakovic M. Central venous pressure-evaluation, interpretation, monitoring, clinical implications. Bratisl Lek Listy. 2008; 109(4): 185-7.

13. Figg KK, Nemergut EC. Error in central venous pressure measurement. Anesth Analg. 2009 Apr; 108(4): 1209-11. doi: 10.1213/ane.0b013e318196482c.

14. Cadena-Estrada JC, Teniza-Noguez D, Olvera-Arreola SS. Intervención de enfermería especializada al paciente pediátrico postoperado con técnica de Jatene. Evidentia [Internet]. 2013; 10(41). Disponible en: Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n41/ev7965.php

15. Martín-Vivas A, Saboya-Sánchez S, Patiño-Rodríguez M, Silva-Obregón JÁ, Gómez Rosado S, Blanco-García JJ. Monitorización hemodinámica: sistema PiCCO. Enferm Intensiva. 2008; 19(3): 132-40.

16. Magder S. Central venous pressure: A useful but not so simple measurement. Crit Care Med. 2006 Aug; 34(8): 2224-7.

17. Marik PE, Cavallazzi R. Does the central venous pressure predict fluid responsiveness? An updated meta-analysis and a plea for some common sense. Crit Care Med. 2013 Jul; 41(7): 1774-81. doi: 10.1097/CCM.0b013e31828a25fd.

18. Magder S. How to use central venous pressure measurements. Curr Opin Crit Care. 2005 Jun; 11(3): 264-70.

19. Sánchez-Arzate KI, Dr. Francisco Javier Molina-Méndez FV. Estado actual del catéter venoso central en anestesiología. Revista Mexicana de Anestesiología. Jun 2014; 37(Supl.): S138-45

20. Martins, Quenia Camille Soares; ALITI, Graziella Badin; LINHARES, Joelza Chisté y RABELO, Eneida Rejane. Excess fluid volume: clinical validation in patients with decompensated heart failure. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011; 19(3): 540-547.

21. Amoozgar H, Ajami GhH, Borzuoee M, Amirghofran AA, Ebrahimi P. Peripheral Venous Pressure as a Predictor of Central Venous Pressure in Continuous Monitoring in Children. Iran Red Crescent Med J 2011; 13(5): 342-5.

22. Reems MM, Aumann M. Central venous pressure: principles, measurement, and interpretation. Compend Contin Educ Vet. 2012 Jan; 34(1): E1.

23. Sherif L, Joshi VS, Ollapally A, Jain P, Shetty K, Ribeiro KS. Peripheral venous pressure as a reliable predictor for monitoring central venous pressure in patients with burns. Indian J Crit Care Med. 2015 Apr; 19(4): 199-202. doi: 10.4103/0972-5229.154548

24. Rivas DJS, Mejias MFM, Soriano VFJ. Estudio sobre la presión venosa central. Hygia de Enfermería. 2003 sep-dic; XV(55): 5-10.

25. Cheng X, Yang W, An Y, Teng H, Zhang R, Wang Y, et al. The influence of joining central venous catheter and pressure transducer with T-junctions on central venous pressure. Zhonghua Wei Zhong Bing Ji Jiu Yi Xue. 2015 Aug; 27(8): 691-4. doi: 10.3760/cma.j.issn.2095-4352.2015.08.015.

26. Xing CY, Liu YL, Zhao ML, Yang RJ, Duan YY, Zhang LH, et al New method for noninvasive quantification of central venous pressure by ultrasound. Circ Cardiovasc Imaging. 2015 May; 8(5). pii: e003085. doi: 10.1161/CIRCIMAGING.114.003085

27. Potger KC, Elliott D. Reproducibility of central venous pressures in supine and lateral positions: a pilot evaluation of the phlebostatic axis in critically ill patients. Heart Lung. 1994 Jul-Aug; 23(4): 285-99.

28. Amoroso P, Greenwood RN. Posture and central venous pressure measurement in circulatory volume depletion. Lancet Jul. 1989; 334(8657): 258-60.

29. Ley General de Salud [Internet]. México. Diario Oficial de la Federación. 2012 [citado 15 junio 2013]. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis

30. SSA. NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. México: Diario Oficial de la Federación; 2012 [consultado 15 Jun 2015]. Disponible en: http://goo.gl/JrtyEh

31. Complete transcript 01 the Nuremberg Medical Trial: United States v. Karl Brandt et al. In: Colomer MF, Pastor GLM. ¿Vigencia del Código de Nüremberg después de cincuenta años? Cuad Bioética [Internet]. 1999; 9(37): 103-12. Disponible en: http://aebioetica.org/revistas/1999/1/37/07-2-bioetica-37.pdf

32. Asociación médica mundial. [Internet]. 64ª Asamblea General. Fortaleza, Brasil 2013: Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos; c2015 [citado 24 agosto 2014]. Disponible en: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/

33. Informe Belmont. Principios éticos y directrices para la protección de sujetos humanos de investigación. Reporte de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento [consultado 6 Nov 2016]. Disponible en: goo.gl/jsm64z.

34. de Laat E, Schoonhoven L, Grypdonck M, Verbeek A, de Graaf R, Pickkers P, et al. Early postoperative 30 degrees lateral positioning after coronary artery surgery: influence on cardiac output. J Clin Nurs. 2007 Apr; 16(4): 654-61.

35. McGee SR. Physical examination of venous pressure: a critical review. Am Heart J. 1998 Jul; 136(1): 10-8.

Open Acces (Acceso libre)

Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica
Órgano Oficial de la Sociedad Mexicana de Cardiología

*INVESTIGACIÓN

Disponible en:
www.revistamexicanadeenfermeriacardiologica.com.mx

IMPACTO DE UN PROGRAMA DE ACTUALIZACIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UN INSTITUTO CARDIOVASCULAR.

IMPACT OF A PRESSURE ULCER UPDATE PROGRAM IN A CARDIOVASCULAR INSTITUTE.

Mayeli Cervera Rojo[1], Gustavo Atescatenco Pineda[2], Micaela Ordiano Ramírez[3], Danae Jiménez Martínez[4], Imelda Flores Montes[5].

[1]*Maestra en terapia de heridas, estomas y quemaduras. Adscrita a la clínica de manejo avanzado de heridas del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.*
[2]*Especialista en enfermería del adulto en estado crítico. Adscrito al Comité de Control de Infecciones Nosocomiales del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.*
[3]*Especialista infantil. Enfermera operativa del comité de control de infecciones nosocomiales del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.*
[4]*Licenciada en Enfermería. Enfermera operativa del comité de control de infecciones nosocomiales del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.*
[5]*Maestra en administración de organizaciones de salud. Jefa del comité de control de infecciones nosocomiales del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.*

Recibido el 20 de febrero de 2018; aceptado el 25 de Enero de 2019

RESUMEN

Introducción. Las úlceras por presión (UPP) representan un evento adverso resultado de la atención médica que traen consigo repercusiones funcionales, estéticas, psicológicas, económicas, legales e incluso mortales. La evidencia demuestra que al implementar programas de capacitación continua no solo se mantiene el conocimiento del personal de enfermería (PE) sino también reduce la presencia de las UPP. Objetivo. Conocer el impacto de la aplicación de un programa de actualización para prevención de UPP para PE. Material y métodos. Estudio comparativo, prospectivo y transversal. Muestra por conveniencia n= 100 incluyó PE de línea, con antigüedad de ≥6 meses adscrita en los diferentes turnos y servicios de hospitalización y unidades de cuidados críticos. Programa de actualización en 3 fases: escrutinio y tamizaje; intervención que incluyó capacitación, talleres, foros de discusión y evaluación pos intervención. Datos recolectados con cuestionario ex profeso para datos socio-demográficos y conocimientos sobre UPP, escala de respuesta de opción múltiple; impacto determinado con nivel insuficiente, suficiente y adecuado. Datos analizados con estadística descriptiva e inferencial; significancia estadística p<0.05. Resultados. Disminuyó la prevalencia anual de 5.6 a 4.09, el conocimiento de prevención de UPP mejoró posterior a la intervención (51% al 70%) principalmente en la estratificación del estadio de la UPP (p<0.05), al igual que su identificación (49% vs 62%). El personal con menor antigüedad laboral mostraron mayor (r= -0.216, p=0.03).Conclusión. El programa de actualización para prevención de UPP mejoró el nivel de conocimientos del PE y disminuyó la prevalencia de UPP; no obstante, se requiere de retroalimentación periódica, convicción, sensibilización, detección y tratamiento oportuno, recursos materiales, entre otros para poder evitar del desarrollo de las UPP y sus diversas complicaciones.

Palabras clave: úlceras por presión, estadios, prevalencia, conocimiento.

ABSTRACT

Introduction. Pressure ulcers (UPP) represent an adverse event resulting from medical care that have functional, aesthetic, psychological, economic, legal and even fatal repercussions. The evidence shows that by implementing continuous training programs not only the knowledge of nursing staff (PE) is maintained but also reduces the presence of UPPs. Objective. Know the impact of the application of an update program for prevention of UPP for PE. Materials and methods. Comparative, prospective and cross-sectional study. Sample for convenience n = 100 included PE of line, with an age of ≥6 months assigned in the different shifts and hospitalization services and critical care units. Update program in 3 phases: scrutiny

Dirección para Correspondencia:

Mayeli Cervera Rojo

Juan Badiano 1, Belisario Domínguez sección 16,14080, Tlalpan, Ciudad de México. 55732911 Ext. 24310 ó 24704.

Correo: carewoundp13@gmail.com

and screening; intervention that included training, workshops, discussion forums and post intervention evaluation. Data collected with an ex profeso questionnaire for socio-demographic data and knowledge about UPP, multiple choice response scale; impact determined with insufficient, sufficient and adequate level. Data analyzed with descriptive and inferential statistics; statistical significance p <0.05. Results The annual prevalence decreased from 5.6 to 4.09, knowledge of prevention of UPP improved after the intervention (51% to 70%) mainly in the stratification of the UPP stage (p <0.05), as well as its identification (49% vs 62%). The staff with less seniority showed higher (r = -0.216, p = 0.03). Conclusion. The UPP prevention update program improved the level of PE knowledge and decreased the prevalence of UPP; However, periodic feedback, conviction, sensitization, detection and timely treatment, material resources, among others are required to avoid the development of UPPs and their various complications.
Key words: pressure ulcers, stages, prevalence, level of knowledge.

INTRODUCCIÓN

Los adelantos científicos y tecnológicos han permitido un incremento en la esperanza de vida de las personas, pero también ha aumentado exponencialmente el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, siendo cada día más complejas, que requieren una atención especializada con personal y tecnología más avanzada para poder responder a esas demandas de salud. Por la gravedad en la que llegan los enfermos, per se cursan con el riesgo de presentar en cualquier momento algún evento adverso o lesión derivado de su internamiento.

En el año 2009 el estudio IBEAS describió la magnitud de los problemas que pueden ocurrir en las instituciones de salud como resultado de la atención, donde las úlceras por presión (UPP) ocupan el tercer lugar dentro de las 10 principales lesiones[1]. Por lo tanto, representan un grave problema de salud a nivel mundial que no respeta nivel socio-económico, edad, ni género y a lo largo del tiempo han pasado tan desapercibidas que han llegado a ser consideradas como una epidemia bajo las sabanas[2], a las cuales se les ha dado importancia hasta el momento que causa mayor daño tisular, situando al equipo multidisciplinario que se encuentra en torno al cuidado directo del paciente ante un gran reto para el restablecimiento de la salud, debido a las diversas repercusiones que causa y que no solo son a nivel funcional sino también estéticas, psicológicas, económicas, legales e incluso mortales.

El Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de las Úlceras por Presión (GNEAUPP) ha señalado que el 5% de las UPP no son prevenibles, pero es una realidad que la medida más costo-efectiva para evitar este grave problema es la cultura de la prevención, y para eso es necesario tener compromiso, actitud, convicción y sobre todo, el conocimiento conforme lo marca la lex artis ad hoc, es decir, apegado a las normas y principios establecidos por la comunidad científica con la evidencia científica más actual.

La presencia de UPP se asocia a un riesgo de muerte 2 a 4 veces superior comparado con quienes no presentan este tipo de lesiones sobre todo en personas de edad avanzada, y si aparecen complicaciones en la cicatrización, la tasa se incrementa hasta 6 veces, además de generar una sobrecarga de trabajo de enfermería en un 50%[3]. La prevalencia varía, dependiendo del tipo de hospital y población que se atiende, y se estima que entre el 3-11% de los pacientes que ingresan en los hospitales desarrollan UPP; y cerca del 70% de éstas se producen en las primeras dos semanas de hospitalización[4].

Varios estudios coinciden en que los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), tienen un riesgo mayor de desarrollar UPP, con una incidencia variable, que puede llegar hasta el 56% y los que cuentan con factores de riesgo como ventilación mecánica prolongada, uso de sedantes, anestésicos y relajantes, fármacos vaso-activos, entre otros, tienen una incidencia más alta; cabe mencionar que la prevalencia es de 23% en parapléjicos y hasta 66% en pacientes que presentan fracturas femorales. Las zonas anatómicas con mayor afectación son el sacro, cóccix, trocánteres y talones, es decir, la mitad inferior del cuerpo[5,6,7,8]. Vela, reportó en el año 2012 que a nivel nacional la prevalencia cruda de UPP fue de 12.92%, siendo las mujeres las más afectadas con una prevalencia de 52%, así como los pacientes que tienen entre 71 y 80 años, y el promedio de aparición después de la fecha de ingreso fue de 6 días[9].

Una UPP se define como una lesión de origen isquémico, localizada en una prominencia ósea y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea, producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros, uno perteneciente al paciente y otro externo a él[10]. En su formación tiene más importancia la continuidad en la presión que la intensidad de la misma, ya que la piel puede soportar presiones elevadas, pero sólo durante cortos períodos de tiempo, por lo que se puede afirmar que la presión y el tiempo son inversamente proporcionales. Por lo tanto, al prolongarse el tiempo y la presión se inicia el proceso de isquemia tisular que conlleva a una restricción en el aporte de nutrientes, provocando alteraciones metabólicas en la membrana celular activando la respiración anaerobia, liberación de enzimas y de radicales libres que al final provocan daños intracelulares y de la membrana citoplasmática.

Clínicamente ante la presencia de este proceso sobrevienen la necrosis y la pérdida tisular, manifestándose así los estadios de las UPP, y que van a depender de la capa de piel que afecta, es decir, en el estadio I es sólo enrojecimiento de la epidermis que no palidece al retirar la digito-presión, estadio II hay una perdida epidérmica, aunque también puede tener aspecto de abrasión o ampolla la cual puede estar integra o rota; en el estadio III existe una pérdida total del grosor de la piel

que implica el tejido subcutáneo sin exposición ósea ni tendinosa, en el estadio IV la destrucción de los tejidos es más amplia extendiéndose desde el músculo y hay exposición de hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, entre otras).

En Febrero del 2007, el GNEAUPP revisó y amplió el sistema de clasificación agregando y redefiniendo 2 nuevos estadios, el primero es el estadio indeterminado (IND) efecto ice-berg que se caracteriza por la presencia de una escara o costra seca y gruesa que se encuentra directamente sobre una prominencia ósea y en la cual se requiere desbridar para determinar la profundidad de la úlcera y poder definir el estadio real de acuerdo a la capa de tejido afectado; y el segundo estadio que se agregó fue el de sospecha de daño tisular profundo (SDTP) que se caracteriza por una coloración violácea, marrón o purpura, con o sin pérdida de la integridad cutánea, induración y aumento del calor local, secundario a compromiso más profundo de la circulación que causa destrucción del músculo y tejido celular subcutáneo debido a su pobre tolerancia a la disminución de flujo sanguíneo extendiéndose de forma ascendente a la dermis y epidermis; cabe mencionar que este proceso se puede delimitar o revertir si se inician todas las medidas para restaurar dicho flujo sanguíneo local.

Como puede observarse las UPP son de origen multifactorial donde se ve involucrado el profesional de la salud, principalmente enfermería por estar las 24 hrs. del día proporcionando una atención ininterrumpida. Uno de los factores que puede influir en la prevención, tratamiento y rehabilitación del paciente con UPP es el conocimiento, por que empodera a la enfermera para tomar las mejores decisiones y contribuir a la identificación temprana de factores de riesgo e iniciar una atención oportuna y segura; no obstante, un déficit de conocimientos puede generar prácticas inadecuadas e inseguras.

Barón, Fernández[11], Alderden[12], entre otros, han identificado que las intervenciones educativas en la estadificación, evaluación y prevención de las UPP contribuyen significativamente al aumento de puntuación de aciertos en la prueba de conocimiento en el grupo de intervención y mejoraron su conocimiento sobre el tema. En México, existen guías de práctica clínica para la atención de los pacientes afectados con estas lesiones, pero los resultados no han sido homogéneos, asimismo, no se han encontrado estudios previos sobre el nivel de conocimiento que tiene el profesional de enfermería sobre esta problemática lo que implica tener sesgos importantes en el momento de la identificación y aplicación de las medidas científicamente validadas para la atención de estos pacientes[13,14].

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio comparativo, prospectivo y transversal en una institución de alta especialidad. Para fines de este estudio se definió el nivel de conocimientos del personal de enfermería en prevención de UPP, como saber, conocer y aplicar las acciones esenciales para la prevención de UPP.

De una población de N=806 enfermeras se tomó una muestra no probabilística de n=100 seleccionada por conveniencia; incluyó al personal de enfermería del turno matutino, vespertino y nocturno de los diferentes servicios de hospitalización y unidades de cuidados críticos; y se eliminaron los cuestionarios llenados por personal sin base, como estudiantes, pasantes, y aquellos que no estaban contestados al 100% antes o después de la intervención educativa.

Los datos se recolectaron a través de un cuestionario ex profeso con 8 ítems para datos socio-demográficos; 5 para conocimientos sobre prevención, donde el nivel se clasificó como insuficiente= 0-2, suficiente=3-4 y adecuado=5; 3 ítems para identificación de estadios de UPP que incluía 2 imágenes y una definición, con escala de respuesta de opción múltiple.

Para limitar el riesgo de sesgo en la recolección de datos, ésta fue realizada por los propios investigadores en tres fases:

1ª fase: escrutinio y tamizaje.

1. Se solicitó al departamento de calidad del cuidado de enfermería la base de datos de UPP del año 2012 al 2014 para medición de prevalencia previa.

2ª fase: intervención.

1. Previa programación de las clases de intervención para los turnos matutino, vespertino y nocturno, durante los meses de junio y julio, se citaron a los participantes.El día de la intervención se les entregó a los participantes el cuestionario de conocimientos sobre las UPP.
2. Se presentaron los temas de prevención, identificación y estratificación de UPP, mediante presentaciones en power point y análisis de casos con imágenes; duración de 30 minutos.
3. Se enseñó cómo realizar el registro y reporte de los nuevos estadios en una plataforma web, los reportes oficiales de atención de enfermería, el control y seguimiento de la UPP.

3ª fase: post intervención.

1. Al final del semestre se aplicó nuevamente el cuestionario.
2. Se midió y comparó la prevalencia de UPP del 2015 y 2016.

Se realizó un análisis de datos a través del programa estadístico para las ciencias sociales versión 17 (SPSS, por sus siglas en inglés) con frecuencias y porcentajes para variables cualitativas (sexo, servicio, turno, grado académico) y medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas (edad, antigüedad, conocimientos); asimismo, se realizaron pruebas de Pearson,

Spearman y X^2 considerando como estadísticamente significativo $p<0.05$.

Este trabajo se basó en la normatividad ético-legal nacional e internacional, considerándose como un estudio sin riesgo; no obstante, se solicitó previamente el consentimiento informado para contestar el instrumento libre y voluntariamente, se respetaron los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía[15-18].

RESULTADOS

Del total de los participantes 90% son de género femenino; provenían del servicio de cardiopediatría (23%) y terapia Intensiva (34%); del turno matutino (41%) y nocturno (33%). De acuerdo al grado de estudios la mayoría tenía estudios de licenciatura (57%) y carrera técnica (21%). El promedio de edad fue de 39.38 ± 9.10, donde el 75% tenía entre 46 y 59 años. En relación a la antigüedad en la institución fue de 17.07 ± 8.68, por debajo del cuartil 25 se encontraban los y las enfermeras que tenían entre 1 y 10.5 años laborales; pero el promedio de antigüedad en el servicio fue de 4.10 ± 3.81 y por arriba del cuartil 75 tenía entre 6 y 18 años de antiguedad.

De acuerdo al rubro de conocimiento y de acuerdo a la escala estimativa el 51% del personal tuvo un nivel adecuado antes de la intervención y aumentó al 70% mejorando los ítems de la escala de Norton y los puntos clave de prevención, recalcando que no se tuvo ningún caso insuficiente antes y después de la intervención.

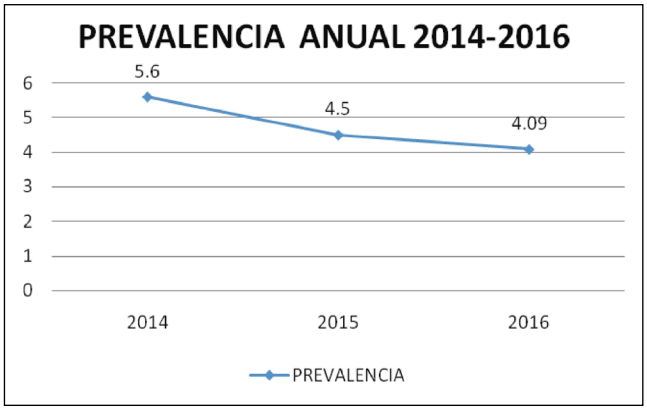
El 49% de la muestra tuvo un nivel de identificación insuficiente previo a la capacitación y posterior a ella mejoró llegando solo al 62% situación preocupante, ya que si no se estadifica adecuadamente dichas lesiones se pueden deteriorar más rápidamente llegando a estadios avanzados y las estadísticas de prevalencia no serían confiables, tal como lo que pasaba antes de la incorporación de los 2 nuevos estadios (SDTP-IND) que son estadios de transición, pero eran registrados en alguno de los 4 estadios previos aun sin cumplir los criterios definitorios.

La edad de los participantes no se asoció con el nivel de conocimientos antes ni después de la intervención ($r=-0.110$, $p=0.278$). En relación a la antigüedad, antes de la intervención hubo una correlación negativa, observándose que a menor edad mayor conocimientos ($r= -0.216$, $p=0.03$); sin embargo, después de ésta no hubo correlación ($r= 0.064$, $p=0.524$) es decir a mayor edad y/o antigüedad menor conocimiento, que tal vez sea determinado por un exceso de confianza y/o falta de actualización en esta temática; cabe mencionar que Quesada en el 2008 publicó un estudio de tipo descriptivo del servicio Vasco de Salud Osakidetza[19] de 8 unidades críticas con respecto a intervenciones preventivas y de tratamiento de UPP encontrando también una correlación negativa entre los años de experiencia profesional y los conocimientos sobre dichas recomendaciones con una media de 6.53 reafirmando como primer lugar la imperante necesidad de capacitación estructurada (identificación de necesidades especificas, planeación, desarrollo, evaluación y retroalimentación) y educación continua como estrategia para tener un impacto positivo en la prevalencia e identificación de estas lesiones y en segundo lugar tener presente que esta parte educacional no significa la solución a la problemática estudiada siendo necesario vincularlo con la sensibilización y la concientización del profesional para tener éxito permanente.

No hubo correlación en la categoría laboral, antes ($r= 0.148$, $p=0.14$) y después ($r= -0.113$, $p=0.264$). Ni en el máximo nivel académico, antes ($r= 0.143$, $p=0.161$) y después ($r= -0.069$, $p=0.499$) cuando se esperaría que entre mayor nivel académico tendría que haber mayor conocimiento de la problemática.

Es importante señalar que tras la intervención la prevalencia general del 2014 fue de 5.6% con un descenso gradual en los próximos años 2015 a 4.5% y en el 2016 a 4.09% (figura 1), prevaleciendo el estadio I con 3.2% en el 2015 y 2.7% en 2016 respectivamente, seguido del

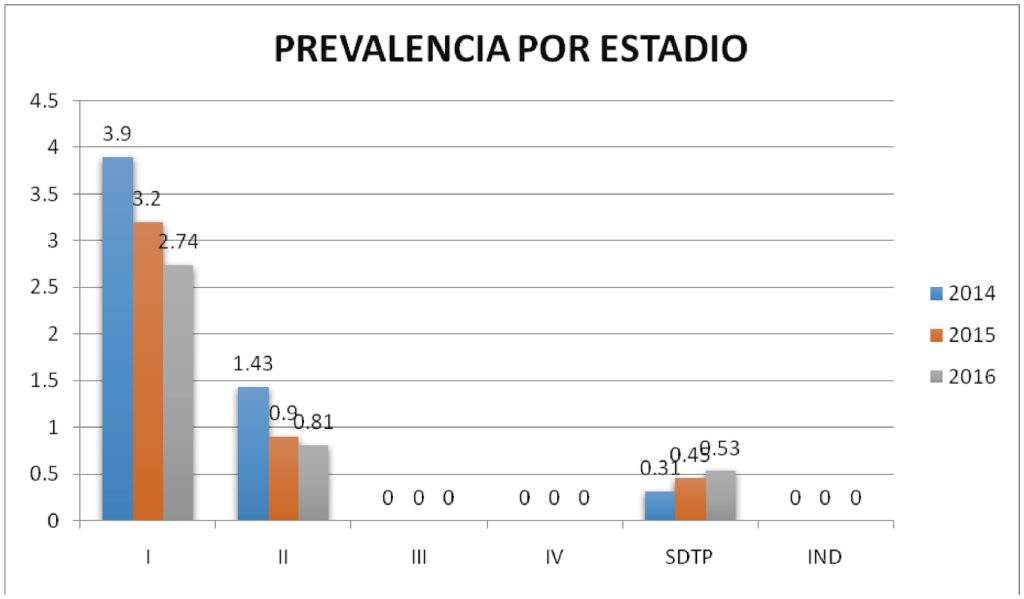
Figura 1. Prevalencia de úlceras por presión antes y después de la intervención educativa.



Fuente: Clínica de manejo avanzado de heridas y departamento de mejora continúa del cuidado de enfermería

estadio II con 0.9% y 0.8% en los mismos años (figura 2); ya con la incorporación de los otros estadios se empezó a observar que la SDTP empezaba a ascender registrando prevalencia de 0.45% y 0.53% ($p<0.05$) con el análisis realizado se pudo observar que al registrarse los nuevos estadios empezó a descender el estadio I y II, esto se debe a que no se clasificaba adecuadamente por la falta de incorporación de dichos estadios; otro punto que resulta de gran importancia es que como en el caso de la SDTP al ser un estado de transición si no se emplean medidas preventivas y correctivas a tiempo los pacientes evolucionan en menor tiempo a estadio IND o en su defecto a estadios más complejos como lo es el estadio III o IV, siempre y cuando se sumen factores como inestabilidad hemodinámica, entre otros.

Figura 2. Prevalencia de úlceras por presión por estadio antes y después de una intervención educativa.

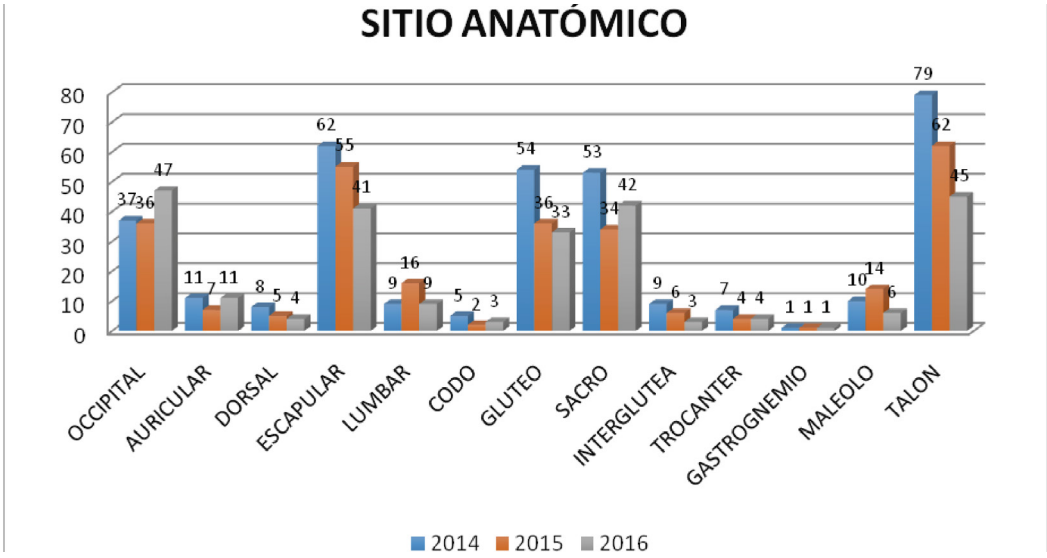


Fuente: Clínica de manejo avanzado de heridas y departamento de mejora continua del cuidado de enfermería

En la población estudiada se afectó predominantemente al género masculino. Se observó que en los años analizados los sitios anatómicos fueron variando y no se mantuvieron en el tiempo, así mismo, hubo pacientes que presentaron más de una UPP (hasta 6 por paciente) y de diferente estadio.

De acuerdo con el sitio anatómico, en el 2015 las úlceras en talones ocuparon el primer lugar con un 22%, desafortunadamente, ya que se trata de una zona en la que hay más posibilidades de liberar la presión comparado con otras zonas anatómicas, como por ejemplo el sacro, en segundo lugar con 20% la zona escapular debido a la colocación de un rollo en dicha zona para exponer más el tórax para la realización de esternotomía como vía de abordaje de la cirugía cardiovascular, en tercer lugar la región occipital con un 13% al igual que los glúteos, quedando la zona anatómica del sacro en cuarto lugar con un 12% y 20% el resto de prominencias óseas. En el 2016 el primer lugar lo ocupó la región occipital con un 19%, seguido de talón con 18%, sacro y región escapular cada uno con 17%, 13% en glúteo y el resto de prominen-

Figura 3. Úlceras por presión de acuerdo al sitio anatómico.



Fuente: Clínica de manejo avanzado de heridas y departamento de mejora continua del cuidado de enfermería

cias ocuparon un 16% en las que se incluyen: pabellones auriculares, región lumbar, maléolos, dorso, trocánter, codo, coxis y gastrognemio, este último debido a la inadecuada protección y alineación corporal durante los cambios de posición para lateralización de los pacientes (figura 3).

DISCUSIÓN

La clasificación de UPP a nivel institucional en años anteriores era del estadio I al IV, a partir de Julio 2014 se integran 2 estadios: el estadio indeterminado (IND) y el de sospecha de daño tisular profundo (SDTP) recomendados por el GNEAUPP. Con la publicación de Van Guilder se evidencia que cuando no existían dichos estadios eran incluidos en el estadio I o II reflejándose en el incremento de prevalencia de UPP de estadio I a IV realzando así la importancia de incluir estos estadios para contar con estadísticas reales y establecer medidas de actuación específicas para cada estadio[20].

Los servicios en los que se desarrollan las UPP coinciden con lo que marca la literatura existente, es decir, en áreas críticas como son en este caso terapia intensiva quirúrgica adultos, unidad coronaria, terapia intensiva quirúrgica pediátrica y sala de operaciones, ya que las cirugías son prolongadas y con requerimiento en su mayoría de bomba de circulación extracorpórea, vasopresores, múltiples dispositivos invasivos, etc.

Este estudio difiere con la investigación de Vela, por que esta investigación se llevó a cabo en un Instituto Cardiovascular afectando en este caso al género masculino por ser más propenso a padecer problemas cardiovasculares y atribuido a la carencia del efecto protector de los estrógenos; mientras que la mayor parte de la población atendida en el estudio de Vela, se afectó más al género femenino por ser una población más heterogénea en la que se incluyó hospitales generales.

Zamora evaluó el conocimiento y uso de las directrices de prevención y tratamiento de las UPP en un hospital de agudos el cual evidenció que el grado de conocimiento en prevención entre los profesionales de enfermería de hospitalización y UCI esta en torno al 70% destacando el bajo conocimiento de las intervenciones desaconsejadas por las guías de práctica clínica en prevención como por ejemplo: dar masaje en zonas enrojecidas, aplicar colonia sobre la piel y el uso de flotador tipo rosca para la zona sacra; algo que llama mucho la atención en este estudio es que tienen el conocimiento pero el porcentaje de la práctica es bajo cuando estos dos rubros deben de ir a la par[21]. Por otra parte, Tizón también evaluó el nivel de conocimientos del personal de enfermería por ser quien se encuentra la mayor parte del tiempo en el cuidado directo del paciente, su población fue de 63 profesionales de la salud, y el periodo de estudio comprendió del 1 al 28 de febrero del 2011, encontrando que el nivel de conocimientos fue del 86%[22] muy similar al nivel encontrado en el profesional de enfermería de este instituto que se encuentra alrededor del 90%, teniendo como área de oportunidad la identificación o estadificación correcta de la UPP.

Anguera realizó otro estudio que se correlaciona con éste en relación a las medidas educacionales sobre prevención y tratamiento en pacientes en Medicina Intensiva durante 1 año (Periodo basal-periodo post educacional). Obteniendo como resultado una incidencia basal de 69 (14,37%) con 134 UPP y PE 44 pacientes (7,88%) con 77 UPP[23]. Por lo tanto para tener éxito sostenido y disminuir las estadísticas de este evento adverso se sugiere: enseñanza desde el nivel licenciatura como asignatura, capacitación continua, retroalimentación, entender que hay condiciones en las cuales a pesar de establecer todas las medidas de prevención de forma temprana por la condición critica o hemodinámica del paciente no siempre será posible evitar la aparición de dichas lesiones, pero sí se puede evitar que se compliquen más.

CONCLUSIÓN

La medición frecuente del nivel de conocimientos permite detectar áreas de oportunidad y favorecer una capacitación continua de acuerdo a necesidades específicas, como en este caso el de identificación. Se requiere ir a la vanguardia para evitar que los pacientes evolucionen a estadios más complejos que incrementan los días de internamiento, costos, eventos adversos y que a la par disminuye la seguridad afectando negativamente la calidad de vida, así como la atención que se proporciona. La medición continua de la prevalencia permite: conocer la aplicabilidad de los programas de prevención, mejorar el indicador de calidad de atención, contar con un referente estadístico de la población mexicana que puede ser parámetro de comparación por otras instituciones a nivel nacional del cual son nulos o muy escasos los reportes de prevalencia. Finalmente, en esta investigación se obtuvo un impacto positivo viéndose reflejando en la disminución de la prevalencia anual de las UPP, incremento del nivel de conocimiento e incorporación de los estadios de SDTP e IND en los documentos oficiales de enfermería.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Sanidad y Política Social. Organización Mundial de la Salud. Estudio IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica: Madrid; 2009.

2. Soldevilla JJ, Torra i Bou JE, Verdú SJ, López CP. Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes, Rincón científico. Gerokomos. 2011; 22(2): 77-90.

3. Lapsley HM, Vogels R. Cost and prevention of pressure ulcers in an acute teaching hospital. Int J Qual Health Care. 1996; 8:61.

4. Arango SC, Fernandez DO, Torres MB. Tratado de Geriatría para residentes. Capítulo 21. Úlceras por presión 217-226.

5. De Laat EH, Schoonhoven L, Pickkers P, Verbeek AL, Van Achterberg T. Epidemiology, risk and prevention of pressure ulcers in critically ill patients: a literature review. J Wound Care. 2006; 15:269-75.

6. Andrades P, Sepúlveda S. Cirugía plástica esencial. Chile; Universidad de Chile: 2005.

7. Bautista PL, Esparza GM, Ortega AJ. Las úlceras por presión en pacientes sometidos a ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos e intermedios del INER. Rev. Inst. Nal. Enf. Resp. Mex. [revista en la Internet]. 2004 Jun [citado 2014 Nov 24]; 17(2): 91-99. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-75852004000200005&lng=es.

8. Alderden J, Rondinelli J, Pepper G, Cummins M, Whitney J. Risk factors for pressure injuries among critical care patients: A systematic review. Int J Nurs Stud. 2017 Jun; 71:97-114.

9. Vela AG. Magnitud del efecto adverso. Úlceras por presión. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2013; 21(1): 3-8.

10. Almendáriz AMJ. Úlceras por presión. En ¿Heridas crónicas y agudas? EDIMSA: Madrid; 1999.

11. Fernandes LM, Caliri MHL, Haas VJ. Efeito de intervenções educativas no conhecimento dos profissionais de enfemagem sobre prevenção de úlceras pressão. Acta Paul Enferm 2008; 21(2): 305-11.

12. Alderden J, Rondinelli J, Pepper G, Cummins M, Whitney J. Risk factors for pressure injuries among critical care patients: A systematic review. Int J Nurs Stud. 2017 Jun; 71:97-114.

13. Manual clínico para la estandarización del cuidado y tratamiento a pacientes con heridas agudas y crónicas. México: Secretaría de Salud; 2016.

14. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Modelo de atención clínicas de heridas. México: Secretaría de Salud; 2018.

15. Ley General de Salud. México: Secretaría de Salud; 2012. [Consultado el 15 de junio 2014]. Disponible en http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf

16. Ferrer-Colomer M, Pastor García LM. ¿Vigencia del Código de Nüremberg después de cincuenta años? Cuad Bioética [Internet]. 1999; IX(37): 103-12. Disponible en http://aebioetica.org/revistas/1999/1/37/07-2-bioetica-37.pdf

17. Informe Belmont. Principios éticos y directrices para la protección de sujetos humanos de investigación. Reporte de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento [consultado 6 Nov 2014]. Disponible en: goo.gl/jsm64z.

18. SSA. NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. México: Diario Oficial de la Federación; 2012 [consultado 15 Jun 2013]. Disponible en: http://goo.gl/JrtyEh.

19. Quesada RC, García DR. Evaluación del grado de conocimiento de las recomendaciones para la prevención y cuidado de las ulceras por presión en unidades criticas. Enferm Intensiva. 2008; 19(1): 23-34.

20. Van Gilder C. Prevalence of suspected Deep Tissue Injuries: Analysis of the 2012 International Pressure Ulcer Prevalence Survey. 2012 NPUAP Consensus Panel, Biennial meeting, Oral presentation.

21. Zamora SJ. Conocimiento y uso de las directrices de prevención y tratamiento de las ulceras por presion en un hospital de agudos. Gerokomos. 2006; 17 (2): 100-110.

22. Tizon BE. Ulceras por presión en urgencias hospitalarias: conocimientos del personal de enfermeria y detección de paciente en riesgo.

23. Anguera SL, Colodrero DE, García GN, Mateo ZE, Roca BA, Velasco GM, la educación como pieza clave en la prevención y buena evolución de las ulceras por presión, Enfermería Intesiva, Volumen 20, Issue 1 March 2009, Pages 19-26.

Open Acces (Acceso libre)

Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica
Órgano Oficial de la Sociedad Mexicana de Cardiología

*REVISIÓN

Disponible en:
www.revistamexicanadeenfermeriacardiologica.com.mx

LOS HOMBRES EN LA ENFERMERÍA: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

Marcio Jiménez-Gutiérrez[1], María de los Ángeles Torres-Lagunas[2], Guillermina Arenas-Montaño[3], Elsy Guadalupe Vega-Morales[4]

[1]*Licenciado en enfermería, Especialista en enfermería del adulto en estado crítico, estudiante 18° generación del Programa de maestría en enfermería, UNAM. Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca de la Secretaría de Salud y Asistencia, Hospital General de Zona 1A "Dr. Rodolfo Antonio de Mucha Macías", Instituto Mexicano del Seguro Social.*
[2]*Doctora en enfermería. Profesora titular de tiempo completo, integrante de la línea de investigación Cuidado, Cultura y Sociedad del Grupo de Investigación Cuidado a la Vida y Salud de la Persona, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México.*
[3]*Doctora en salud pública. Profesora asociada de tiempo completo, integrante de del Programa Interinstitucional de Estudios de Género, Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México.*
[4]*Doctora en enfermería, Coordinadora estatal de Guías de Práctica Clínica de Enfermería, Servicios de Salud de Yucatán de la Secretaría de Salud.*

Recibido el 18 de diciembre de 2018; aceptado el 26 de marzo de 2019

RESUMEN

Introducción: La enfermería es una profesión que mayoritariamente se encuentra conformada por mujeres; sin embargo, la presencia masculina es un aspecto estudiado escasamente a nivel nacional. Esta revisión de la literatura tuvo como objetivo analizar la evidencia existente sobre las experiencias de los hombres en la enfermería. Metodología: Se realizó una revisión de la literatura que empleó como fuente de datos las bases PubMed, BVS, CINAHL y Google Scholar en cuatro pasos: estrategia de búsqueda y selección, extracción de datos y evaluación de estudios, criterios de elegibilidad y síntesis de datos. Primero se identificaron los términos MeSH-DeCS "male nurses", "nursing" y "gender identity". Posteriormente se identificaron artículos científicos relacionados con el tema tomando como criterio de elegibilidad aquellos que describieran o abordaran aspectos sobre la experiencia de los hombres en la enfermería. Después procedió el método de síntesis con soporte de cuadros de evidencia previa lectura crítica de la literatura donde se describió la apreciación crítica del contenido de los artículos. Resultados: Los artículos que conformaron la revisión tuvieron una metodología cualitativa (58.8%) seguida de la cuantitativa (20.5%), posteriormente artículos de revisión (14.7%) y metodología mixta (6%). Se generaron cinco categorías que en conjunto abordan la experiencia de los hombres en enfermería: motivos de ingreso, permanencia y barreras; ventajas y oportunidades que poseen; los hombres enfermeros en el cuidado de mujeres; los hombres enfermeros en su práctica profesional y potenciales diferencias al cuidar. Conclusiones: Se analizó la evidencia en la literatura sobre la experiencia de los hombres en la enfermería, concluyendo que es diversa de acuerdo al contexto y lugar donde se llevaron a cabo los estudios. Dada la riqueza de la información y ausencia de estudios locales se requieren de estudios a nivel nacional que describan y analicen bajo algún marco interpretativo este tema de investigación.

Palabras clave: enfermeros hombres, enfermería, identidad de género.

ABSTRACT

Introduction: Nursing is a profession mostly conformed by women, however, the presence of men in the field is a topic scarcely studied. The objective of this literature review was to analyze the current evidence of the male nurses' experiences. Methodology: It was realized a literature review that used as source of data the main data bases PubMed, BVS, CINAHL and Google Scholar. First, there were identified the MeSH - DeCS terms "male nurses", "nursing" and "gender identity" in four steps: the search an selection strategy, data extraction and evaluation, elegibility criteria and synthesis. Then, there were identified scientific articles related to the topic, taking as eligibility criteria those that included studies which described or embraced some aspects about male nurses' experience. Then a synthesis method was elaborated by using evidence charts with the previous literature critical reading that described the critical assessment of the articles content. Results: The review included articles that had a qualitative methodology (25%), fo-

Dirección para Correspondencia:

Marcio Jiménez Gutiérrez

Hospital Regional de Alta Especialidad "Ixtapaluca" Carretera Federal, México-Puebla Km. 34.5, Pueblo de Zoquiapan, Municipio de Ixtapaluca, C.P. 56530 Teléfono 55 5972 9800 Ext 1345. Correo electrónico: el_megaov@hotmail.com

llowed by a quantitative methodology (20.5%), review articles (14.7%) and articles with mixed methodology (6%). There were created five categories that described the male nurses' experience: entry reasons, permanence and barriers; advantages and opportunities; male nurses taking care of woman; male nurses' professional practice and potentially differences when giving care. Conclusions: It was analyzed the current literature evidence about the male nurses' experiences concluding is varied depending on context and space of the researches development. Due to the variety of information and the absence of local studies, it is needed local and national research that describes or analyzes this topic.
Key words: male nurses, nursing, gender identity.

INTRODUCCIÓN

La enfermería es una profesión que mayoritariamente se encuentra conformada por mujeres a nivel internacional y nacional; sin embargo, la presencia masculina a pesar de ser una minoría ha comenzado a incursionar en ella de forma gradual.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las mujeres conforman el 42% de la población activa asalariada global, y en el sector salud comprenden hasta el 75% de la fuerza laboral, haciéndolas imprescindibles en la atención y asistencia sanitaria. No obstante, la distribución de mujeres respecto a ocupación comprende y se inclina a favor de las profesiones 'de cuidado' como la enfermería, las parteras y trabajadoras comunitarias de salud[1].

A nivel nacional las cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) muestran que hay alrededor de 475,295 personas dedicadas a la enfermería en sus distintas categorías y jerarquías, de las cuales 85% son mujeres y 15% son hombres[2].Por su parte la Secretaría de Salud a través de Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE) reporta en sus registros que en México 281,476 personas ejercen la profesión censadas y distribuidas en diferentes instituciones, de las cuales 15% (39,625) son hombres y 85% (241,851) son mujeres[3].

Aunque los hombres han incursionado en la enfermería, estos continúan siendo un grupo pequeño dentro de una de las profesiones más feminizadas. Algunos aspectos derivados de esta inserción como su experiencia en el ejercicio de la profesión han sido poco analizados, reconociendo que existe un área de oportunidad a estudiar para generar información enriquecedora sobre la misma enfermería y sus integrantes.

La experiencia de los hombres en el acto de cuidar se construye día a día en su práctica profesional; esta construcción se encuentra relacionada con sus vivencias, en la interacción con las personas a quienes asisten y requieren de su atención y cuidados, en su relación con colegas (mujeres y hombres) que pueden ser de diferentes jerarquías o cargos y al interactuar con integrantes de otras profesiones en los diversos servicios hospitalarios. Dados estos aspectos, se subraya la complejidad del tema, así como, la necesidad de estudiarla pues quienes integran la enfermería determinan en cierta manera el rumbo y dirección de la profesión, la construcción de la identidad profesional, los intereses, fortalezas y barreras para el crecimiento profesional en un momento y contexto donde se ha incrementado el número de integrantes varones. Es por ello que el presente trabajo buscó analizar la evidencia existente sobre la experiencia de los hombres en la enfermería.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión de la literatura que dio respuesta la pregunta ¿cuál es la experiencia de los hombres en la enfermería? Una vez planteada la pregunta, la revisión se llevó a cabo en las siguientes etapas: estrategia de búsqueda y selección, extracción de datos y evaluación de los estudios, criterios de elegibilidad y síntesis de datos. Estas etapas se detallan de la siguiente manera:

Estrategia de búsqueda y selección

Se realizó la búsqueda de evidencia en las bases de datos PubMed, BVS, CINAHL y Google Scholar mediante un enfoque cualitativo y descriptivo. El objetivo de la revisión fue analizar la experiencia de los hombres en la enfermería.

Para conocer la literatura especializada del tema se realizó una búsqueda de la literatura que comprendió el uso de Descriptores en Ciencia de la Salud (DeCS) que fueron "male nurses", "nursing" y "gender identity" en combinación con el operador booleano AND.

La búsqueda se acotó de acuerdo a los siguientes criterios: Se incluyeron artículos de las bases de datos ya mencionadas publicados en un periodo del 2008 al 2018, artículos de investigación primaria (originales) y secundarios (artículos de revisión) en los idiomas español, portugués e inglés. Se excluyeron aquellos artículos de bases de datos diferentes a las señaladas, así como, opiniones de expertos, cartas al editor con críticas, preguntas y objeciones de los artículos y aquellos con un idioma diferente a los señalados. Se eliminaron artículos de investigación con restricciones en su acceso para consulta, así como, artículos repetidos (Fig.1).

Extracción de datos y evaluación de los estudios

Se empleó de forma deliberada un instrumento de recolección de información para facilitar la lectura crítica de las publicaciones y la visualización de datos como año de publicación, país de origen, revista, idioma, título, objetivo, metodología, principales hallazgos, evidencias y recomendaciones.

Criterios de elegibilidad

Se incluyeron los estudios que describieran o se acercaran a la experiencia de los hombres en la enfermería, determinados ya previamente por los criterios mencionados de inclusión, exclusión y eliminación.

En resumen, los artículos incluidos fueron 20 de tipo cualitativo, 7 de tipo cuantitativo, 2 de tipo mixto y 2 artículos de revisión.

Las investigaciones se realizaron en diversos países como Irlanda, Mauricio, Estados Unidos de América, Noruega, Canadá, Brasil, Australia, Egipto, España, Reino Unido, Taiwán, Turquía, Israel, Hong Kong, Chile e Irán. La mayoría de los estudios fueron publicados en idioma inglés, seguidos de portugués y español.

Síntesis de datos

Para la lectura crítica de cada estudio incluido se construyó un cuadro de resumen de evidencia donde se consideraron las palabras clave, el título del artículo de investigación, la base de datos donde se obtuvo la literatura, organizaciones participantes, expertos consultados, pregunta de investigación, tamaño de muestra, muestreo, diseño y metodología del estudio, apreciación crítica de los resultados y síntesis de la evidencia. Por último se realizó el análisis de contenido bajo los planteamientos de Graneheim & Lundman para la categorización de la evidencia expresados en dimensiones que contuvieron la esencia del análisis y contenido del texto.[4]

RESULTADOS

Con base en los criterios señalados para esta revisión de la literatura, se lograron identificar 6,614 artículos de las cuatro bases de datos de donde se realizó la búsqueda electrónica. Sin embargo, solo 34 artículos fueron considerados con los criterios de inclusión ya mencionados los cuales constituyen este estudio.

De los artículos seleccionados la metodología más empleada fue la cualitativa (58.8%) seguida de la cuantitativa (20.5%), posteriormente artículos de revisión (14.7%) y metodología mixta (6%).

La mayoría de los artículos fueron escritos en idioma inglés (88.2%) seguidos del idioma portugués (8.8%) y solo un artículo en español (3%).

El país donde se generaron más artículos fue Estados Unidos (29.4%), seguido de Brasil (14.7%) y Australia (5.8%); sin embargo, los artículos en su origen fueron diversos. El Cuadro I describe la búsqueda de literatura respecto al tema.

A partir de la lectura crítica se generaron categorías que en conjunto abordan la experiencia de los hombres en enfermería desde una variedad de perspectivas; algunos autores señalan aspectos relacionados con sus motivaciones para el ingreso, permanencia y barreras que afrontan en el ejercicio profesional; otros retoman aspectos que describen las ventajas y oportunidades que tienen a pesar de ser una minoría numérica; otros más detallan su experiencia en el cuidado de las personas; algunos se enfocan en aspectos del cuidado de los enfermeros proporcionado a mujeres y unos más en las diferencias de género existentes en la enfermería.

Fueron generadas cinco dimensiones derivadas de la revisión de la literatura: la primera, fue con relación a los aspectos que describen el ingreso, la permanencia y barreras de los hombres enfermeros; la segunda, respecto a las ventajas y oportunidades que tienen los hombres en la enfermería; la tercera, describe aspectos sobre el cuidado de los hombres enfermeros en su práctica profesional; la cuarta, detalla aspectos de los enfermeros al cuidar específicamente de mujeres y, la quinta describe potenciales diferencias en los estilos de cuidar asociados por la categoría género tanto en hombres como en mujeres.

Motivos de ingreso, permanencia y barreras de los hombres en la enfermería.

La literatura detalla que uno de los motivos para entrar en la profesión es cuidar y ayudar a pesar del bullying, estereotipos y excesivas cargas laborales que enfrentan,[5] los recursos educativos existentes vinculan la enfermería exclusivamente con una imagen femenina, además de relatar discriminación y trato diferencial en su formación en aulas[6].

Una de las barreras son las sanciones disciplinares profesionales a las que pueden hacerse acreedores los hombres, debido a que existe una tendencia en sancionar de forma más severa a los hombres que ejercen la profesión en comparación con las mujeres,[7] la perpetuación de estereotipos de género y mayoría femenina genera una constante reconstrucción de su masculinidad que les obliga a demostrar fuerza y competencia[8] y en determinados contextos y momentos, a pesar de su inserción, el ingreso de los hombres en la profesión ha sido lento en las últimas décadas[9].

También se describe como barrera su limitado acercamiento al proporcionar cuidado por el riesgo de ser acreedores de una imagen de perversión sexual u homosexualidad,[10] no obstante permanecen en el campo centrados en el interés y necesidad de desarrollo profesional y laboral así como la resolución de necesidades financieras derivadas de su obligación como proveedores y hombres[11]. El sentimiento de malestar emocional resultado de la frustración, pena, tristeza, ira e indiferencia por estar en un campo de predominio femenino son considerados también una barrera[12].

El principal motivo de permanencia de los hombres en el campo se centra en la satisfacción laboral, pagos y expectativas laborales las cuales difieren de acuerdo al

nivel de estudios[13]. Respecto a los motivos de ingreso, este es accidental y está relacionado con un puntaje bajo en los exámenes de acceso a la universidad, poniendo en segundo término el deseo de ayudar a otros; el vínculo de la enfermería con lo femenino genera vergüenza en el ejercicio profesional[14].Con relación a otros aspectos del área laboral, se describe que también se enfrentan a estrés y burnout ocupacional[15] e incluso en áreas de la enfermería que se encuentran más feminizadas, como la partería y obstetricia, han afrontado barreras legales y académicas para poder ingresar en ellas[16].

Una revisión de la literatura describe los motivos de ingreso como extrínsecos e intrínsecos; los primeros descritos como circunstanciales siendo la enfermería una opción alternativa o un camino y acceso para cursar estudios superiores; mientras que en los segundos, el motivo es descrito como el deseo de ayudar a los demás y la satisfacción personal[17]. Otra revisión detalla que las barreras están vinculadas con estereotipos y roles de género que asocian la enfermería con lo femenino y la homosexualidad provocando una división sexual del trabajo dentro de la enfermería, haciendo que se involucren en especializaciones que se consideran menos femeninas (como la enfermería psiquiátrica) y re estructurando así su masculinidad[18].

Ventajas y oportunidades de los hombres en la enfermería.

No solo existen desventajas y barreras hacia los hombres en la práctica, la literatura hace mención de ventajas y oportunidades que los hombres tienen en la profesión de enfermería.

A pesar de la vinculación de la enfermería con lo femenino, los hombres en el campo generan un discurso de "pobre de mí" que les puede dar ventajas simbólicas, creando una relación simbiótica de género con sus colegas mujeres: "la madre maternal" con "el hombre necesitado" aspecto que culmina en discursos y argumentos de necesidad indispensable de la presencia masculina para el futuro y estatus de la profesión; los hombres que permanecen en el campo intentan diferenciarse de sus colegas mujeres al optar por especializaciones vinculadas a la tecnología e inclinación por puestos de gestión[19]. El acceso a puestos de gestión y jerárquicos es de fácil acceso para los varones, quienes tienen acceso a posiciones de liderazgo en asociaciones profesionales a pesar de entrar en un ambiente de predominio de mujeres, incluso cuando la proporción no sea similar entre los integrantes[20].

En algunos casos, la supuesta desventaja se intersecta con condiciones relacionadas como la raza o etnia, no obstante la ventaja masculina se encuentra presente pues la enfermería representa una forma de cumplir las expectativas de género masculinas del trabajo como responsabilidad, eficiencia y estatus; quienes cuentan con entrenamiento como paramédicos se asumen más capaces y con mayores habilidades, refiriendo que su posición masculina les proporciona autoridad y capacidad en escenarios de salas de emergencia y trauma donde es necesario su fuerza o talento y refiriendo que sus colegas mujeres con más aptas en servicios de obstetricia donde deben ser confinadas[21].

Una revisión de la literatura señala que existe facilidad de los hombres para alcanzar cargos de gestión, educativos y de supervisión debido al capital simbólico relacionado con la masculinidad, es decir, a pesar de ser una minoría la masculinidad les proporcionan una posición ventajosa[22].

El cuidado de los hombres enfermeros y su práctica profesional.

Existen diversos aspectos a tomar en cuenta en su práctica profesional los cuales se encuentran vinculados al contexto en donde ejercen y las personas a quienes cuidan. Por ejemplo, en la experiencia de los hombres enfermeros en la unidad de cuidados intensivos (UCI) al proporcionar cuidados a pacientes moribundos, su práctica se enfoca en asegurar una muerte digna mediante el empleo de la sedación y analgesia, así como el manejo de emociones de los familiares[23].

Otro estudio señala que para algunos estudiantes varones, el ejercicio de la enfermería requiere del deseo de cuidar de otros aunque esto puede generar incertidumbre y ambigüedad por su masculinidad;[24] incluso el cuidado de enfermería por un hombre es percibido por ellos mismos como un tabú aunque refieran que el cuidado trasciende el género y es la esencia de la enfermería[25]. Sin embargo, cuando se estudia la percepción de colectivos respecto al cuidado de los hombres, como es el caso de Brasil en sectores de la ciudad de Itajubá, Minas Gerais, no existen aparentemente diferencias de género en el actuar profesional, a pesar de ello se menciona la importancia del género masculino en aspectos profesionales que requieren fuerza física dentro de la enfermería e incluso como una conquista masculina del espacio[26].

Una revisión de la literatura describe que el estilo de cuidar puede ser diferenciado por género, pues los hombres aplican un cuidado que "toca menos" y es "más amigable"; existen limitaciones en la atención y cuidado de hombres enfermeros hacia las mujeres dadas las implicaciones legales y sexuales que se pueden derivar; la revisión hace un llamado hacia la inclusión de la diversidad en el campo de la enfermería que elimine estereotipos de género y no solo vincule el acto de cuidar con las mujeres,[27] aspectos que se hacen más amplios a continuación.

Los hombres enfermeros en el cuidado de las mujeres.

Respecto al tema del cuidado de hombres enfermeros hacia mujeres, en un estudio sudafricano de dos casos fenomenológicos donde los participantes entrevistados

describen su experiencia al cuidar mujeres que sufren violencia de pareja en la unidad de emergencias de un hospital urbano, tras la revisión de resultados se concluye que la experiencia de cuidar de los hombres enfermeros provoca frustraciones al generarles una ambivalencia de "ser-en-sociedad" y "ser-en-enfermería" culminando en percepciones de vivir en dos mundos: uno que exige y legitima el uso de la fuerza y otro en donde se cuida de la persona que fue violentada[28].

También se describen factores que pueden limitar el aprovechamiento de los hombres en cursos como el de enfermería maternal, entre ellos la preferencia de asistir y cuidar a hombres (mismo género) y evitar el contacto con pacientes mujeres debido al rechazo de ellas para recibir cuidados en su posición de estudiantes y hombres[29]. Así mismo, al explorar la auto imagen y experiencias de los hombres enfermeros empleando entrevistas individuales y grupos focales, resalta la negativa de auto percepción que algunos participantes tienen sobre sí y la existencia de barreras en la realización de procedimientos y cuidados hacia las mujeres en el marco de restricciones organizacionales e institucionales[30].

En una revisión de la literatura se elaboró un análisis crítico sobre los factores que tienen influencia en la percepción del "tocar" por hombres enfermeros en servicios de cuidado de la salud. Los resultados revelan que las definiciones de tocar, intimidad y cuidar son diferentes de acuerdo con género y percibidas de forma distinta a sus colegas mujeres: en los hombres existe miedo a malas interpretaciones por el "tocar" con implicaciones asociadas con agresión sexual y vulnerabilidad de derechos; para hacer frente a estos aspectos, los autores de la revisión describen algunas estrategias empleadas por ellos como pedir a sus colegas mujeres que realicen las intervenciones en algunos contextos, crear relaciones de confianza y proporcionar explicaciones muy detalladas con las personas a quienes asisten, y una estrategia más, implica el uso del humor para mejorar la relación y disminuir ansiedad; muchos participantes refieren una falta de preparación en lo relacionado al "tocar"[31].

Hombres y mujeres en enfermería: potenciales diferencias al cuidar.

Al estudiar diferencias en el actuar de mujeres y hombres en una unidad de cuidados intensivos desde una perspectiva de género, resaltan las distintas formas de entender la profesión de enfermería; por ejemplo, los varones centran su trabajo y asistencia en la independencia, autonomía, conocimiento, competencia y valoran el reconocimiento social y prestigio profesional, se auto definen prácticos y con la necesidad de demostrar que hacen bien su trabajo; mientras que las mujeres centran sus valores en el control, seguimiento, evolución y dedicación, la satisfacción de ellas radica en términos de confianza y calidez humana, autodefiniéndose detallistas y estéticas[32].

Resalta la susceptibilidad de los hombres estudiantes para abandonar sus estudios en comparación de las mujeres, quienes pueden tener dificultades en el ambiente de enfermería dados los estereotipos de género de la profesión,[33] aspecto a tomar en cuenta para el cuidado que también proporcionan. A pesar de dichas diferencias y dificultades, se demuestra la aceptación de ellos en la profesión por parte de sus pares mujeres quienes consideran que la enfermería puede ser ejercida por ambos géneros y que su inclusión puede ser benéfica para el desarrollo de la profesión[34].

En contraste con los estudios mencionados, en sociedades no occidentales la enfermería no es una profesión vinculada a los estereotipos de las actividades femeninas y la imagen femenina de cuidar no juega un papel importante en la imagen y desarrollo de la enfermería; tampoco se aprecia como una extensión del rol doméstico de las mujeres; sin embargo, la segregación en la práctica es existente dados los estereotipos de sexo y género presentes sin importar la cultura[35].

En un estudio sobre dimensiones de aplicación del cuidado, se menciona que en los varones la motivación para cuidar se relaciona con su capacidad para resolver situaciones; no obstante el concepto de cuidado en ambos géneros (hombres y mujeres) coincide en la satisfacción de necesidades básicas, ayudar al otro y proporcionar herramientas para recuperar la salud, así como, readaptarse al ambiente; aparentemente el concepto de cuidado también puede trascender el género[36].

En un estudio latinoamericano se describe la existencia de diferencias en el actuar de los integrantes de la profesión donde se vincula lo sentimental a las mujeres y lo cerrado a los hombres; existen creencias vigentes relacionadas con lo sexo afectivo que asocian la "heterosexualidad con lo normal" y la "no heterosexualidad como desviación" y son atravesadas por nociones de normalización en la sexualidad, así como una visión binaria y polarizada de los géneros masculino y femenino[37].

Otros autores sugieren que las enfermeras deben ser empoderadas dada la visión de la profesión como una actividad de bajo estatus, subordinada y dependiente, y señalan que los requerimientos de fuerza física en el mismo contexto de cuidados frustran a las enfermeras exigiendo más miembros masculinos para resolver este problema[38]. Aunque esta investigación es enfocada en mujeres, se describen nociones de atribución de fuerza física hacia los varones.

DISCUSIÓN

La experiencia de los hombres en la enfermería es diversa y variada. Las dimensiones descritas detallan evidencia que es contundente y contradictoria de acuerdo al contexto y lugar donde se llevaron a cabo los estudios.

Resalta que a pesar de las barreras y limitaciones existentes para los hombres en la profesión que van desde el

bullying, el cuestionamiento de la identidad sexo afectiva y más,[5-17] los hombres enfermeros tienen ventajas en comparación con sus pares mujeres como son la facilidad de posicionarse en puestos de mayor jerarquía, cargos de gestión y el soporte de sus colegas mujeres[19-22].

Usualmente el ingreso de los hombres en la enfermería se debe a motivos secundarios y accidentales y no precisan una primera opción para los integrantes masculinos de la profesión,[12,13,16,17] además de encontrarse motivados por la satisfacción laboral y el prestigio que les puede proporcionar el ejercicio de la enfermería para cumplir expectativas laborales masculinas[10,16,20].

La información descrita respecto a los enfermeros que se encuentran en áreas obstétricas y partería, escenarios aún más feminizados, describe que en un momento histórico su ingreso fue limitado, legal y académicamente,[15] además de enfrentar limitaciones en cursos de maternidad respecto al cuidado de mujeres[28].

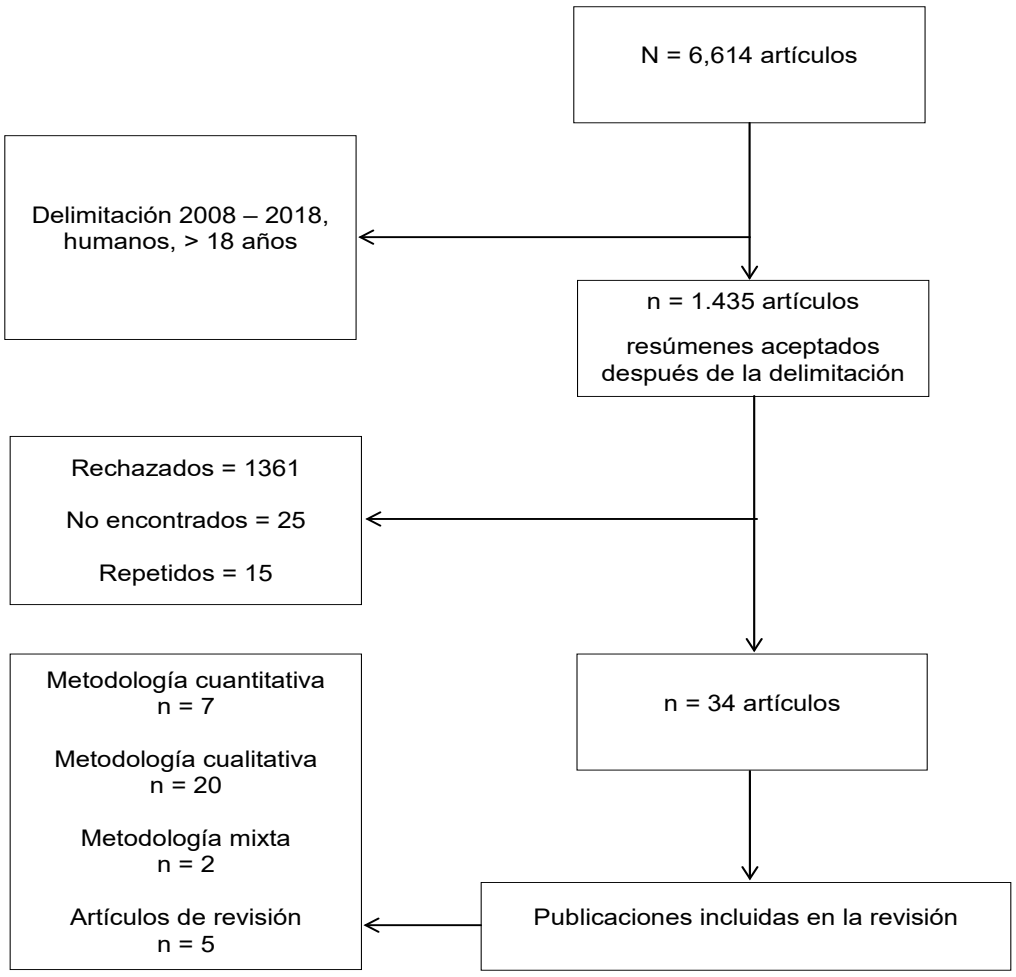
La posibilidad de nuevas formas de división sexual del trabajo dentro de la enfermería es vigente, donde los hombres enfermeros se ubican en especializaciones vinculadas a la tecnología o asociadas con fuerza y atributos de masculinidad, mientras que las mujeres permanecen en áreas obstétricas y de cuidado infantil[15,17,20].

Mientras algunos estudios refieren a la categoría género trascendida por el concepto cuidar,[24,35] otros estudios describen la posibilidad de un cuidado diferenciado,[26,31] especialmente si la persona es mujer y el proveedor de cuidados es hombre,[28,29,35] aspectos que incluso son relevantes cuando el cuidado requiere "tocar" a las mujeres[26,29,30] en un marco social donde se encuentra presente un estigma de los hombres que cuidan como posibles victimarios[27] y agresores sexuales[30].

CONCLUSIONES

Dada la diversidad y riqueza de la información, se requieren de estudios a nivel nacional que describan y analicen bajo algún marco interpretativo la experiencia de los hombres en enfermería. La profesión en México cursa por un momento oportuno donde los hombres incursionan e incrementan en número, por lo que el tópico debe ser investigado con profundidad y seriedad.

Figura I. Búsqueda de información: la experiencia de los hombres en la Enfermería



Cuadro I. Síntesis de la evidencia relacionada con la experiencia de los hombres en la enfermería

Autor	País	Idioma	Metodología	Diseño	Resultados
Van-Wyk N, Van-Der-Wath A.	*Sudáfrica*	*Inglés*	*Cualitativa*	*Estudios de casos fenomenológicos*	*Los enfermeros que cuidan de mujeres afectadas por violencia de género y pareja experimentan sentimientos de ambivalencia: "ser-en-sociedad" y "ser-en-enfermería" que derivan en la percepción de vivir en dos mundos: uno que exige y legitima el uso de la fuerza y otro en donde se cuida de la persona que fue violentada.*
Zahourek RP	*Estados Unidos de América*	*Inglés*	*Cualitativa*	*Variante de teoría fundamentada*	*La intencionalidad es una característica de los seres humanos para curar y crear un ambiente que propicie el sanar. La motivación para ingresar en la enfermería es poder dar cuidados a otros a pesar de la dificultad de estar en una profesión de mujeres.*
Wu TW, et. al.	*Canadá*	*Inglés*	*Cualitativa*	*Métodos descriptivos e interpretativos*	*Los enfermeros describen su experiencia al cuidar de pacientes en UCI en tres temas: asegurar una muerte digna; el cuidado de los familiares quienes muestran una variedad de sentimientos; el apego emocional que tienen los enfermeros durante la muerte de los pacientes.*
Pittman E, Fitzgerald L.	*Australia*	*Inglés*	*Cualitativa*	*Método histórico y testimonios orales.*	*Se relatan las barreras legales y académicas que han tenido los hombres para poder incursionar en la partería y enfermería.*
Eswi A, El Sayed Y.	*Egipto*	*Inglés*	*Mixta*	*Métodos mixtos*	*Los estudiantes varones de enfermería del curso de enfermería clínica maternal prefieren tratar con pacientes hombres a mujeres, existiendo inasistencia al curso para evitar el contacto con ellas. El principal motivo es el rechazo de mujeres para recibir cuidados de estudiantes de enfermería varones.*
Via-Clavero G, et. al.	*España*	*Español*	*Cualitativo*	*Fenomenológico*	*Existen diferentes maneras de entender la profesión de Enfermería y los cuidados de Enfermería en función del género (mujer – hombre) en las UCI. Los hombres valoran en su identidad profesional el reconocimiento social y prestigio; califican su trabajo en función de su independencia, autonomía, conocimientos y competencia.*
McLaughlin K, et. al.	*Reino Unido*	*Inglés*	*Cuantitativo*	*Descriptivo, longitudinal*	*Los hombres son más susceptibles de abandonar sus estudios en comparación de las mujeres; los resultados también muestran que la identidad del rol de género no es un factor predictivo para la culminación del curso.*
Saritaş S, et. al.	*Turquía*	*Inglés*	*Cuantitativo*	*Descriptivo*	*Respecto a la opinión de las estudiantes mujeres de enfermería y estudiantes de Partería sobre el concepto de los varones en Enfermería, existe una aceptación considerable de los varones por parte de sus colegas mujeres.*
Roth JE, Coleman CL.	*Estados Unidos de América*	*Inglés*	*Cualitativa*	*Revisión*	*Artículo de revisión que describe las barreras reales y percibidas hacia los hombres que buscan insertarse en el campo de la Enfermería y sugerir estrategias para disminuir dichas barreras. Se categorizan los resultados en aspectos como la imagen de la Enfermera y la profesión de enfermería, la percepción de los estudiantes sobre la enfermería, las características de los hombres en Enfermería y las barreras de los hombres en el campo de la Enfermería. La imagen de la Enfermería en los medios es femenina; el principal motivo para no escoger enfermería es la percepción de no obtener satisfacción laboral seguido de categorizarlos como homosexuales; los hombres se involucran en especializaciones que son menos femeninas reestructurando así su masculinidad; los roles de género son una barrera para la inclusión de los hombres en el campo.*

Grady CA, et. al.	*Estados Unidos de América*	*Inglés*	*Cualitativo*	*Fenomenológico*	*La conceptualización, experiencia y significado de cuidar en los estudiantes hombres de enfermería se agrupó en seis temas como altruismo, antecedentes, logro/alcance, ambigüedad, agencia y anécdotas; en ellas se describe que el cuidado requiere de una preocupación por el otro y que el cuidado es la esencia de la enfermería.*
Bell-Scriber MJ	*Estados Unidos de América*	*Inglés*	*Cualitativo*	*Descriptivo*	*Respecto a las diferencias de percepción del clima educativo entre hombres y mujeres estudiantes, existen dificultades generados por las docentes en sí, ocasionando tratos discriminatorios y diferenciales hacia los varones. También existe sesgo de género en los recursos educativos donde la representación de la enfermera-mujer no ha cambiado.*
Evangelista A, Sims-Giddens S	*Estados Unidos de América*	*Inglés*	*Cuantitativo*	*Descriptivo*	*Al describir y comparar la existencia de diferencias de género respecto a las sanciones disciplinares de enfermeras y enfermeros de Missouri, existen diferencias en el comportamiento para aplicar estas entre hombres y mujeres profesionales de la enfermería, las sanciones disciplinares más severas se aplican a los varones enfermeros.*
Popper-Giveon A	*Israel*	*Inglés*	*Mixta*	*Métodos mixtos*	*Las apreciaciones cualitativas describen que los hombres enfermeros árabes son susceptibles de doble marginación por condición de género y étnica al encontrarse en la población judía – israelí. Se diferencian a sí mismos de las enfermeras del sistema de salud y sus motivos para escoger la profesión de enfermería se explican en términos de los roles en su mandato como proveedores.*
Sayman DM	*Estados Unidos de América*	*Inglés*	*Cualitativo*	*Estudio en el marco del interaccionismo simbólico*	*Los resultados sugieren que los hombres en enfermería pueden ser un grupo marginalizado y minoritario donde quedan vigentes estereotipos de género.*
Chan ZC	*Hong Kong*	*Inglés*	*Cualitativo*	*Exploratorio*	*La autoimagen de los hombres enfermeros se describe en tres temas: auto roles, funciones e identidades, conciencia de las diferencias de género y desarrollo profesional en el futuro. Existe confusión en los roles e identidades de enfermería dada la imagen profesional femenina; hay un sentimiento de inferioridad donde los hombres son considerados menos competentes que las mujeres en el campo, también existe una constante comparación de las habilidades propias con sus colegas mujeres; perciben restricciones en su desarrollo profesional debido al género y las políticas de las instituciones las cuales restringen el desarrollo de habilidades debido al contacto hombre – mujer.*
Yi M, Keogh B	*Irlanda*	*Inglés*	*Cantitativa*	*Revisión*	*Artículo de revisión que busca sintetizar la evidencia disponible sobre las motivaciones de los hombres para la elección de enfermería como profesión dentro de las bases de datos de CINAHL, PubMed, PsychInfo, Embase, Pubmesh y Google scholar. La extracción de datos y el proceso analítico culminó en la síntesis de cuatro temas: contacto temprano con la enfermería y otras profesiones de la salud, escoger la profesión de enfermería como una oportunidad, escoger enfermería por factores motivacionales extrínsecos y escoger enfermería por factores motivacionales intrínsecos. Los motivos radican en el impulso de familiares para estudiar, otros en circunstancias accidentales, factores de prestigio y reconocimiento social y profesional y otros más por el deseo y voluntad de ayudar a los demás.*

De-Souza-Costa K, et. al.	*Brasil*	*Inglés*	*Cuantitativo*	*Descriptivo*	*Descripción de información sobre graduados hombres en enfermería; la proporción de hombres en la Universidad de Sao Paulo es menor, siendo una minoría en la década de los 40 y 90 de 2.37%. La proporción de hombres en el del 2000 fue de 9.61% en contraste con 90.39% de mujeres (población mayoritariamente femenina). Respecto a los graduados de la carrera de 1950 a 1999, la presencia de los varones es escasa con un mínimo de 1.09% de media por clase, sin embargo, su presencia se ha ido incrementando a partir de 1990.*
Barros LMC, et. al.	*Brasil*	*Portugués*		*Revisión*	*Revisión de la literatura cuyo objetivo fue identificar y analizar la literatura científica relacionada con la inserción de los hombres en la enfermería, consultando las bases de datos de LILACS, PubMed, MEDLINE, Scielo, BDENF, Scopus database en las áreas de ciencias de la salud e IBECS. Los resultados de la revisión se agrupan en cuatro categorías que explican las posibilidades de la profesión en el momento de inserción de los hombres en la enfermería: El ejercicio de la enfermería en el contexto religioso de la Edad Media se relaciona con rasgos de masculinidad como la fuerza física, la protección y la virilidad. La feminización de la profesión en la enfermería moderna es vinculada con las imposiciones de Nightingale para el ejercicio de la misma. La facilidad de los hombres para alcanzar cargos de gestión, educativos y de supervisión debido al capital simbólico relacionado con la masculinidad que les proporciona una posición ventajosa. Los enfermeros también ejercen la profesión por motivaciones personales y de superación, sin embargo, encuentran barreras en su práctica donde se cuestiona su orientación sexo afectiva.*
Juliff D, et. al.	*Australia*	*Inglés*	*Cualitativo*	*Fenomenológico*	*En el proceso de registro (certificación) de los hombres enfermeros resaltan la marginación que viven debido a un sentir de aislamiento en un ambiente de predominio femenino, así como las limitaciones que tienen al proporcionar cuidados donde el acercamiento y toque íntimo se perciben como riesgo de ser acreedores de una imagen relacionada con desviaciones sexuales y homosexualidad.*
Whiteside J, Butcher D.	*Reino Unido*	*Inglés*	*Cuantitativo*	*Revisión*	*Revisión de la literatura cuyo objetivo fue hacer un análisis crítico de la literatura sobre los factores que tienen influencia en la percepción del "tocar" por hombres enfermeros en servicios de cuidado de la salud, en las bases de datos más significativas: CINAHL, BNI y Web of Knowledge. Los resultados sugieren que las definiciones de tocar, intimidad y cuidar son diferentes de acuerdo con el género y percibidas de forma distinta a sus colegas mujeres. Existe miedo a malas interpretaciones por el "tocar" con implicaciones relacionadas con agresión sexual y vulnerabilidad de derechos. Los hombres enfermeros experimentan estrés dada la desvinculación del cuidado con lo masculino; los atributos de pedofilia, agresión sexual y cuestionamiento de la orientación sexual nunca son vinculados a sus colegas mujeres pero sí a los hombres.*

Cheng M, et. al.	*Taiwan*	*Inglés*	*Cualitativo*	*Descriptivo*	*Los enfermeros noveles con experiencia laboral corta describen que les gusta elegir servicios afines a sus gustos y necesidades; hacen frente a la frustración ocasionada por el recién desarrollo de necesidades y a presiones laborales y profesionales; se sienten beneficiados y apreciados por sus colegas mujeres al considerarse una minoría; sus expectativas están centradas en aspectos financieros y el desarrollo de modelos masculinos que generen el respeto de sus pares; a pesar de estos aspectos descritos, consideran que el género no tiene influencia, con excepción en aspectos relacionados con "el tocar" en el cuidado de mujeres.*
Colby N.	*EUA*	*Inglés*	*Cualitativo*	*Descriptivo*	*Los enfermeros vinculan la esencia de la enfermería con cuidar, haciendo referencia que el cuidado implica la resolución de necesidades físicas y las esferas emocionales; el estudio menciona que el concepto de cuidar trasciende al género. Ser hombre en la profesión de enfermería implica no ser reconocido en la sociedad y desarrollar una práctica en torno a un tabú: hombres que cuidan.*
MacWilliams BR, et. al.	*EUA*	*Inglés*	*Cuantitaivo*	*Revisión*	*Revisión de la literatura de un periodo de 15 años en las bases de datos ERIC y CINAHL que analiza las experiencias de los hombres en la enfermería. Los resultados de la revisión se agrupan en categorías que manifiestan las barreras y atracciones del campo y profesión hacia los hombres, destacando las oportunidades laborales como factor de atracción y de ser, en algunos casos, una segunda opción de profesión; la experiencia en el curso de los programas educativos revela que son un grupo minoritario que puede ser estigmatizado en el cuestionamiento de su identidad sexual; expresan un buen trato por sus colegas mujeres; aseveran que el acto de cuidar es la esencia de la profesión sin embargo dada su asociación como un actividad natural femenina, el estilo de cuidar puede ser diferenciado entre hombres y mujeres (un cuidado que "toca menos" y es más amigable"); existen limitaciones en la atención y cuidado de hombres enfermeros hacia las mujeres dadas las implicaciones legales y sexuales que se pueden asociar.*
Hollup O.	*Noruega – África*	*Inglés*	*Cualitativo*	*Descriptivo*	*En Mauricio, África respecto a las percepciones culturales y el género sobre la enfermería se describe como una profesión no vinculada a los estereotipos de las actividades femeninas como ocurre en el contexto de sociedades de occidente. La imagen femenina de cuidar no juega un papel importante en la imagen y desarrollo de la enfermería en esta sociedad.*
Ayala R, et. al.	*Inglés*	*Chile*	*Cualitativo*	*Aproximación de la teoría fundamentada*	*Existe una imagen estereotipada de los hombres en la enfermería dentro de la sociedad; generan un discurso de "pobre de mí" que les puede dar ventajas simbólicas en mismo campo; los hombres se diferencian por su preferencia en servicios de alta tecnología y puestos de gestión.*
Maurício LFS, Marcolan JF.	*Inglés*	*Brasil*	*Cuantitativo*	*Descriptivo*	*Al verificar la presencia de malestar emocional de los hombres en la enfermería, se describe que 56.25% afirman haber padecido de algún tipo de sufrimiento psicológico por su condición de hombres. Respecto a los prejuicios que tienen los hombres en el campo, 50.0% tienen que ver con su vinculación con lo femenino, 15.4% con la homosexualidad y 7.8% por limitantes en su práctica en áreas ginecológicas.*

Saelzer B, Beatriz C.	*Inglés*	*Chile*	*Cualitativo*	*Exploratorio*	*Al explorar las dimensiones éticas del concepto y aplicación del cuidado desde una perspectiva de género, en la dimensión de experiencia profesional la motivación para cuidar en los hombres se relaciona con su capacidad para resolver situaciones y el acercamiento holístico hacia las personas y los familiares, sin embargo en los varones enfermeros el cuidado se relaciona más con la aplicación de protocolos de forma estructurada y racional.*
Paiva-Vitorino DF, et. al.	*Portugués*	*Brasil*	*Cualitativo*	*Referencial teórico de la Teoría de las Representaciones Sociales*	*La percepción de la comunidad de la ciudad de Itajubá, Minas Gerais sobre los enfermeros varones es plural. Los datos reflejan la importancia del tema y su necesidad de que sea debatido entre la sociedad y los profesionales de enfermería.*
Arndt M.	*Inglés*	*EUA*	*Cualitativo*	*Exploratorio*	*Los hombres ganan posiciones de liderazgo en el terreno de especialización de enfermería de Anestesiología. También se confirma que los hombres tienen mayor acceso a posiciones de liderazgo tan pronto entran a un ambiente de predominio de mujeres, incluso cuando la proporción no sea similar entre los integrantes.*
Muroya R.	*Portugués*	*Brasil*	*Cualitativo*	*Descriptivo*	*En contextos de práctica, los estudiantes representan la categoría género como una categoría binaria y excluyente: "masculino y femenino"; en el actuar, se describen estereotipos como lo sentimental propio de las mujeres y lo cerrado propio de los hombres; existen nociones de "heterosexualidad - normal" "no heterosexualidad - desviación" en el marco de la normalización de la sexualidad.*
Kasapoglu A, Akbal A.	*Inglés*	*Turquía*	*Cualitativo*	*Teoría fundamentada*	*Existen inequidades relacionadas con el género femenino y las relaciones de poder. Se sugiere que las enfermeras deben ser empoderadas debido a la visión de la profesión como una actividad de bajo estatus, subordinada y dependiente. Los requerimientos de fuerza física en el mismo contexto de cuidados, frustran a las enfermeras exigiendo más miembros masculinos para resolver este problema.*
Ensjö J, Sundblad J.	*Inglés*	*EUA*	*Cuantitativo*	*Descriptivo*	*Respecto a las expectativas laborales de los no graduados y compararlos con los alumnos graduados, los resultados arrojan que existen diferencias respecto a la satisfacción laboral en el pago entre ambos grupos; además, hay diferencia respecto a la satisfacción con relación al estatus profesional, aspectos importantes en el reclutamiento y retención de los hombres enfermeros a nivel educativo y laboral.*
Zamanzadeh V.	*Inglés*	*Irán*	*Cualitativo*	*Descriptivo*	*Las razones por las cuales los enfermeros de Irán escogen y permanecen en la enfermería son agrupadas en tres temas: las razones para escoger enfermería se deben al bajo puntaje en exámenes de ingreso a nivel superior, las limitantes como la clase social y también por motivación familiar y de amistades; la permanencia se debe a que el proceso universitario de ingreso educativo en Irán les impide aplicar nuevamente en el examen de admisión a universidad, otros por el interés de ayudar a las personas o interés sobre la misma profesión; existen estereotipos de género relacionados donde los participantes describen subordinación de la enfermería a la profesión médica debido a los medios.*
Hsu HY, et. al.	*Inglés*	*Taiwan*	*Cuantitativo*	*Analítico*	*Entre los hombres enfermeros, la causa de mayor estrés laboral son las interacciones organizacionales seguidas de la carga de trabajo. Las fuentes de motivación laboral más significativas fueron la satisfacción personal y la orientación en el trabajo. Las causas más altas de burnout fueron la intención de rotación del personal en los servicios y el desgaste emocional.*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Recursos Humanos para la Salud. Spotlight: estadísticas de la fuerza de trabajo en salud. Monografía. [Sitio de Internet]. Ginebra: OMS. 2008 [Consultado 01 mayo 2018]. Disponible en: http://www.who.int/hrh/statistics/Spotlight_2_SP.pdf

2. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Estadísticas a propósito del día internacional de la enfermera y el enfermero (6 de enero). Monografía [Sitio de Internet]. México: INEGI, 2015 [Consultado 01 mayo 2018]. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/enfermera0.pdf

3. Secretaría de Salud. Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería. [Sitio en Internet]. Comisión Permanente de Enfermería [Consultado 01 mayo 2018]. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/siarhe/?Id_URL=numeralia&_Tipo=recursos&_Id=4

4. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today. 2004;24(2):105-112

5. Zahourek RP. Intentionality in Healing: The Voices of Men in Nursing: A Grounded Theory Investigation. J Holist Nurs [Sitio de Internet]. 2015 [Consultado 15 mayo 2018]; 33(4):308-23. Disponible en: https://bit.ly/2HOIdcR

6. Bell-Scriber MJ. Warming the nursing education climate for traditional-age learners who are male. Nurs Educ Perspect [Sitio de Internet]. 2008 [Consultado 01 mayo 2018]; 29(3):143-50. Disponible en: https://bit.ly/2YkK6Uq

7. Evangelista A, Sims-Giddens S. Gender differences in discipline of nurses in Missouri. West J Nurs Res [Sitio de Internet]. 2008 [Consultado 28 mayo 2018]; 30(4):501-14. Disponible en: https://bit.ly/2FhnzPu

8. Sayman DM. Fighting the trauma demons: what men in nursing want you to know. Nurs Forum [Sitio de Internet]. 2015 Jan-Mar [Consultado 15 junio 2018]; 50(1):9-19. Disponible en: https://bit.ly/2WeKlhE

9. Souza-Costa K, Fernandes-de-Freitas G. Hagopian EM. Men in nursing: academic education after graduation and professional trajectory. Journal of nursing UFPE on line [Sitio de Internet]. 2017 [Consultado 13 mayo 2018]; 11(3):1216-1226. Disponible en: https://bit.ly/2Hwxvbp

10. Juliff D, Russell K, Bulsara C. Male or nurse what comes first? Challenges men face on their journey to nurse registration. Aust J Adv Nurs [Sitio de Internet]. 2016-2017 [Consultado 17 mayo 2018]; 34(2):45-52. Disponible en: https://bit.ly/2HKkoTl

11. Cheng M, Tseng Y, Hodges E, Chou F. Lived Experiences of Novice Male Nurses in Taiwan. J Transcult Nurs [Sitio de Internet]. 2018 [Consultado 17 mayo 2018]; 29(1):46-53. Disponible en: https://bit.ly/2ukr96g

12. Maurício LFS, Marcolan JF. The male being in psychic suffering in the nursing course. Journal of Nursing UFPE [Sitio de Internet]. 2016. Suppl. 6 [Consultado 03 mayo 2018]; 10:4845-4853. Disponible en: https://bit.ly/2OejD64

13. Ensjö J, Sundblad J. Comparing Job Expectations and Satisfaction: A Pilot Study Focusing on Men in Nursing. American Journal of Nursing Science [Sitio de Internet]. 2017 [Consultado 13 mayo 2018]; 6(5):396-400. Disponible en: https://bit.ly/2OejWhe

14. Zamanzadeh V, Azadim A, Valizadeh L. Choosing and remaining in nursing: Iranian male nurses' perspectives. Contemp Nurse [Sitio de Internet].2013 [Consultado 08 mayo 2018]; 45(2):220-227. Disponible en: https://bit.ly/2Jto6U1

15. Hsu HY, Chen SH, Yu HY, Lou JH. Job stress, achievement motivation and occupational burnout among male nurses. J Adv Nurs [Sitio de Internet]. 2010 [Consultado 11 mayo 2018]; 66(7):1592-1601. Disponible en: https://bit.ly/2HKmzpZ

16. Pittman E, Fitzgerald L. The Campaigns for Men to Become Midwives in the 1970's. Health & History [Sitio de Internet]. 2011 [Consultado 23 mayo 2018]; 13(2):158-170. Disponible en: https://bit.ly/2TLyvim

17. Yi M, Keogh B. What motivates men to choose nursing as a profession? A systematic review of qualitative studies. Contemp Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession [Sitio de Internet]. 2016 [Consultado 09 mayo 2018]; 52(1):95-105. Disponible en: https://bit.ly/2FqlBh6

18. Roth JE, Coleman CL. Perceived and real barriers for men entering nursing: implications for gender diversity. J Cult Divers [Sitio de Internet]. 2008 Fall [Consultado 05 mayo 2018]; 15(3):148-52. Disponible en: https://bit.ly/2WdiLl5

19. Ayala R, Moira T, Messing H, Browne R. Blessed art thou among women: male nursing students and gender inequalities in Chile. Nurse Educ Today [Sitio de Internet]. 2014 [Consultado 16 mayo 2018]; 34:1480-1484. Disponible en: https://bit.ly/2OhFZ6S

20. Arndt M. The first men in leadership positions in the American association of nurse anesthetists [Sitio de Internet]. 2015. Nurs Forum [Sitio de Internet]. 2015 [Consultado 09 mayo 2018]; 50(1):20-30. Disponible en: https://bit.ly/2WbwSav

21. Popper-Giveon A, Keshet Y, Liberman I. Increasing gender and ethnic diversity in the health care workforce: the case of Arab male nurses in Israel. Nurs Outlook [Sitio

de Internet]. 2015 Nov-Dec [Consultado 10 mayo 2018]; 63(6):680-90. Disponible en: https://bit.ly/2U2Sg4k

22. Barros LMC, Santos SA, Santos WB, Costa LMC. La inserción masculina en la Enfermería: ¿qué se ha escrito sobre esta cuestión? Cul Cuid [Sitio de Internet]. 2017 [Consultado 30 mayo 2018]; 21(48). Disponible en: https://bit.ly/2ujROjV

23. Wu TW, Oliffe JL, Bungay V, Johnson JL. Male ICU nurses' experiences of taking care of dying patients and their families: a gender analysis. Am J Men's Health [Sitio de Internet]. 2015 [Consultado 28 mayo 2018]; 9(1):44-52. Disponible en: https://bit.ly/2FpZnfh

24. Grady CA, Stewardson GA, Hall JL. Faculty notions regarding caring in male nursing students. J Nurs Educ [Sitio de Internet]. 2008 Jul [Consultado 12 mayo 2018]; 47(7):314-23. Disponible en: https://bit.ly/2ujFVKB

25. Colby N. Caring from the male perspective: a gender neutral concept. Int J Hum Caring [Sitio de Internet]. 2012 [Consultado 24 mayo 2018]; 16(4):36-41. Disponible en: https://bit.ly/2Jtb3BJ

26. Paiva-Vitorino DF, Luiz-Hertel V, Ribeiro-Simões IA. Perception of residents of a city in the state of Minas Gerais on male nurses. REME rev. min. Enferm [Sitio de Internet]. 2012 Mar [Consultado 12 junio 2018]; 16(4):528-537. Disponible en: https://bit.ly/2FhbbPG

27. MacWilliams BR, Schimdt B, Bleich MR. Men in Nursing. Men in nursing. Am J Nurs [Sitio de Internet]. 2013 Mar [Consultado 08 junio 2018]; 113(1):38-44. Disponible en: https://bit.ly/2HuQDXe

28. Van-Wyk N, Van-Der-Wath A. Two male nurses' experiences of caring for female patients after intimate partner violence: a South African perspective. Contemp Nurse [Sitio de Internet]. 2015 Mar [Consultado 02 junio 2018]; 50(1):94-103. Disponible en: https://bit.ly/2TRDqhO

29. Eswi A, El Sayed Y. The experience of Egyptian male student nurses during attending maternity nursing clinical course. Nurse Educ Pract [Sitio de Internet]. 2011 Mar Mar [Consultado 12 junio 2018]; 11(2):93-8. Disponible en: https://bit.ly/2Fhcqyk

30. Chan ZC, Lo KK, Tse KC, Wong WW. Self-image of male nursing students in Hong Kong: multi-qualitative approaches. Am J Men's Health [Sitio de Internet]. 2014 Mar [Consultado 15 junio 2018]; 8(1):26-34. Disponible en: https://bit.ly/2HL3kNa

31. Whiteside J, Butcher D. 'Not a job for a man': factors in the use of touch by male nursing staff. Br J Nurs [Sitio de Internet]. 2015 Mar [Consultado 01 junio 2018]; 24(6):335-341. Disponible en: https://bit.ly/2HvcSMZ

32. Via-Clavero G, Sanjuán-Naváis M, Martínez-Mesas M, Pena-Alfaro M, Utrilla-Antolín C, Zarragoikoetxea-Jáuregui I. Identity of gender and intensive care: influence of masculinity and femininity in the perception of nursing care. Enferm Intensiva [Sitio de Internet]. 2010 Mar [Consultado 05 junio 2018]; 21(3):104-12. Disponible en: https://bit.ly/2HwrNqb

33. McLaughlin K, Muldoon OT, Moutray M. Gender, gender roles and completion of nursing education: a longitudinal study. Nurse Educ Today [Sitio de Internet]. 2010 May Mar [Consultado 07 junio 2018]; 30(4):303-7. Disponible en: https://bit.ly/2Fq5kIV

34. Saritaş S, Karadağ M, Yildirim D. School for health sciences university students' opinions about male nurses. J Prof Nurs [Sitio de Internet]. 2009 Mar [Consultado 06 junio 2018]; 25(5):279-84. Disponible en: https://bit.ly/2OiScrV

35. Hollup O. The impact of gender, culture, and sexuality on Mauritian nursing: nursing as a non-gendered occupational identity or masculine field? Qualitative study. Int J Nurs Stud [Sitio de Internet]. 2014;51 Mar [Consultado 09 junio 2018]; 752-760. Disponible en: https://bit.ly/2HKZQtO

36. Saelzer B, Beatriz C. Nursing care from the perspective of ethics of care and of gender. Invest Educ Enferm [Sitio de Internet]. 2013 Mar [Consultado 13 junio 2018]; 31(2):243-251. Disponible en: https://bit.ly/2TRd7se

37. Muroya R, Auad D, da Silva-Bretas JR. Gender representations in nursing student and client relations: contributions to the learning process. Rev Bras Enferm [Sitio de Internet]. 2011 Mar [Consultado 15 junio 2018]; 64(1):114-122. Disponible en: https://bit.ly/2FhqW96

38. Kasapoglu A, Akbal A. The gendered profession: the case of nursing in Turkey. Advances in Social Sciences Research Journal [Sitio de Internet]. 2017 Mar [Consultado 11 junio 2018]; 4(16):23-45. Disponible en: https://bit.ly/2JpUrul

Open Acces (Acceso libre)

Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica
Órgano Oficial de la Sociedad Mexicana de Cardiología

*ESTUDIO DE CASO

Disponible en:
www.revistamexicanadeenfermeriacardiologica.com.mx

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE ADOLESCENTE POSTOPERADO DE ANEURISMA AÓRTICO Y RECAMBIO VALVULAR.

NURSING CARE FOR THE POSTOPERATIVE ADOLESCENT PATIENT OF AORTIC ANEURYSM AND VALVULAR REPLACEMENT: A CASE STUDY.

Mayra Susana Alvarado-Guzmán[1], Julio César Cadena-Estrada[2].

[1]*Pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez*
[2]*Maestro en Enfermería. Jefe del Departamento de Investigación de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez*

Recibido el 18 de diciembre de 2018; aceptado el 26 de marzo de 2019

RESUMEN

Introducción: El síndrome de Ehlers-Danlos afecta la síntesis de colágeno y genera alteraciones genéticas en el corazón y la aorta, como el aneurisma y la estenosis valvular. Afortunadamente los pacientes cardiópatas pueden recibir un tratamiento quirúrgico que mejora su supervivencia; no obstante, requiere de un cuidado especializado que les permita afrontar y adaptarse, física, mental y socialmente. Objetivo: Aplicar el proceso de atención de enfermería en un paciente con enfermedad cardíaca, con el enfoque conceptual de Callista Roy. Metodología: Estudio de caso, descriptivo y trasversal, basado en el proceso de atención de enfermería (PAE) y el Modelo de Adaptación de Callista Roy; incluyó una mujer adolescente postoperada de resección de aneurisma y recambio valvular aórtico. Valoración con instrumento ex profeso y Coping Adaptation Processing Scale, entrevista semiestructurada, exploración física y revisión del expediente clínico; diagnósticos elaborados con etiquetas y formato de problema, etiología, signos y síntomas (PESS); intervenciones basadas en la evidencia; evaluación mediante parámetros clínicos y psicológicos; y un plan de alta. Resultados: Con los estímulos valorados se identificaron 11 diagnósticos (siete reales y cuatro de riesgo). Las intervenciones fortalecieron la adaptación y afrontamiento (AA) logrando el egreso domiciliario con un plan de alta dirigido a mejorar su interacción con el entorno y así fomentar su bienestar. Mostró alta capacidad de AA. Magnolia expresó su interés por la maternidad a corto plazo y el riesgo que esto implica, se realizó consejería en salud reproductiva y se brindó información sobre la necesidad de recibir consejería genética por parte de un especialista. Conclusiones: El PAE basado en el modelo AA permite al profesional de enfermería ver al individuo de manera holística e identificar cada uno de los estímulos que alteran su sistema permitiéndole desarrollar intervenciones eficaces y enfocadas a incidir en ellos para la mejora o mantenimiento del estado de salud en forma integral.

Palabras clave: Modelo de Adaptación de Roy, atención de enfermería, aneurisma aórtico, cardiopatías, adaptación.

ABSTRACT

Introduction: Ehlers-Danlos syndrome affects collagen synthesis and generates genetic alterations in the heart and aorta, such as aneurysm and valvular stenosis. Fortunately, cardiac patients may receive surgical treatment that improves their survival; however, it requires specialized care that allows them to cope and adapt physically, mentally and socially. Objective: To apply the process of nursing care in a patient with heart disease, with the conceptual approach of Callista Roy. Methodology: Case study, descriptive and transversal, based on the process of care nursing (PAE) and the Model of Adaptation of Callista Roy; it included a postoperative adolescent woman of aneurysm resection and aortic valve replacement. Valuation with instrument on purpose and coping adaptation processing Scale, semi-structured interview, physical examination and revision of the clinical record; diagnoses elaborated with NANDA labels and PESS format; evidence-based interventions; evaluation by clinical and psychological parameters; and a discharge plan. Results: 11 diagnoses (seven real and four risky) were identified with the evaluated stimuli. The interventions strengthened the adaptation and coping (AA) by achieving the home discharge with a discharge plan to improve their interaction with the environment and thus promote their wellbeing. She showed high capacity of AA. Magnolia expressed her interest in short-term maternity and

Dirección para Correspondencia:

Mayra Susana Alvarado Guzmán

Juan Badiano 1, Col. Belisario Domínguez Sección XVI, Tlalpan, Ciudad de México. C.P. 14080. Teléfono: 5573 2911 ext. 23300

Correo electrónica: alvarado18mayra@gmail.com

the risk involved, counseling was performed on reproductive health and information was provided on the need to receive genetic counseling from a specialist. Conclusions: The PAE based on the AA model allows the nursing professional to see the individual holistically and identify each of the stimuli that alter his or her system allowing him or her to develop effective interventions focused on influencing them for the improvement or maintenance of the state of health in an integral form.
Key words. Roy adaptation model, nursing care, aortic aneurysm, heart diseases, adaptation.

INTRODUCCIÓN

Con base en la tasa de natalidad en México, cada año nacen alrededor de 18 mil niños con cardiopatías congénitas (CC)[1], quienes representan el 3% de la mortalidad infantil y el 46% de las muertes por malformaciones congénitas; la mayoría ocurren en el primer año de vida. Se estima que a nivel mundial sólo 2 al 15% de los pacientes con CC son llevados a procedimientos quirúrgicos o intervencionistas de tipo terapéutico[2], el diagnóstico y la corrección de estas alteraciones es tardío ocasionando que se desencadenen mayores complicaciones a nivel sistémico.

En la mayoría de los casos las cardiopatías se encuentran ligadas a otras alteraciones genéticas como el síndrome de Ehlers-Danlos, que al tener un desorden del tejido conectivo que se deriva de la síntesis anormal de colágeno, causa un daño en las estructuras que tienen relación con esta como las grandes arterias[3,4,5]. Se pueden generar aneurismas aórticos torácicos de forma silente, por lo tanto, no es posible su detección oportuna y seguimiento. Generalmente los pacientes se enfrentan al llegar a áreas de urgencias de forma repentina ante una ruptura o disección súbita; y por lo tanto, en un desenlace fatal, cuando se trata de pacientes pediátricos sus factores de riesgo se limitan a padecimientos genéticos y esto dificulta más el diagnóstico.

Si se habla del caso de un aneurisma aórtico, con una fuga paravalvular en un paciente adolescente con un historial de cirugías cardiovasculares previas, las condiciones se tornan más complejas y no solo es necesario enfocarse en la patología presente, sino también en una causa de base; como en el caso de los pacientes portadores del Síndrome de Ehlers-Danlos.

Es importante mencionar que los avances científicos en el área de la salud han permitido una mayor esperanza de vida en estos pacientes, lo que deja como resultado la responsabilidad por parte del personal de salud de enfocarse hacia la transición de niños a adolescente y adultos, debido a que manifiestan nuevas necesidades para integrarse a la sociedad, deseando una calidad de vida que les permita un desarrollo integral.

Es importante destacar que las alteraciones genéticas que causan daños a nivel cardiovascular y en otras estructuras, incrementan la demanda de cuidados especializados; el aumento en la incidencia de estas patologías y en general de la población que llega a los hospitales de alta especialidad en diversas etapas de su desarrollo con necesidades diferentes y cambios fisiológicos y psicosociales que deben ser abordados; sin embargo, hay poca evidencia sobre los casos de aneurisma y más aún en el área de enfermería y no se encontró mayor evidencia en casos de recambios valvulares en pacientes pediátricos.

La profesión de enfermería se caracteriza por ver al individuo como un ente biopsicosocial y enfocarse en su cuidado, para mejorar la calidad de vida del individuo, para lograrlo utiliza teorías o modelos que le ayudan a enfocar ese cuidado, comprender los conceptos del paradigma enfermera y para el desarrollo de las intervenciones como es el caso del Modelo de Adaptación de Callista Roy; en este sentido su teoría contribuye a abordar casos como el de los pacientes con enfermedades vasculares y síndromes como el de Ehlers-Danlos, sin dejar de enfocarse en su etapa de vida y su desarrollo de rol en el aspecto social y psicológico, en pro de un afrontamiento y, por lo tanto, en una adaptación que le permita el logro de sus objetivos de manera eficaz. Es primordial generar intervenciones de enfermería basadas en modelos como el de Callista Roy que le permitan al paciente valerse de sus propios recursos identificando su potencial para el afrontamiento, ya que los estímulos a los que está sometido la persona en este contexto lo llevan a estar en un constante modo de adaptación y a necesitar de su entorno y de la interdependencia social para alcanzar un estado de salud que le permita continuar con su estilo de vida.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de caso, descriptivo y transversal con base a la metodología del proceso de atención de enfermería basado en el Modelo de Adaptación de Callista Roy[6], aplicado en una mujer adolescente con cardiopatía congénita y síndrome de Ehlers Danlos, postoperado de recambio valvular aórtico con una válvula biológica y resección de aneurisma aórtico con dilatación de raíz y aorta ascendente en el área de terapia intensiva quirúrgica de una institución de alta especialidad.

La recolección de datos se realizó de manera directa por medio de una escala de valoración basada en el modelo de Callista Roy que incluye una sección de datos generales de identificación, entorno (datos sociodemográficos), subsistemas que incluyen oxigenación y circulación, nutrición, eliminación, actividad y reposo, sentidos y función endocrina; otro apartado que representa los elementos del subsistema relacionado y una entrevista de preguntas abiertas. Asimismo se utilizó un test para medir el proceso de afrontamiento y adaptación *Coping Adaptation Processing Scale* (por sus siglas en inglés CAPS) validado en diversos estudios y adaptado por Lazcano[7,8], el cual está constituido por ocho ítems para datos socio demográficos y 38 para adaptación y afron-

tamiento con escala de respuesta tipo Likert, donde a mayor puntaje el paciente desarrolla más estrategias de afrontamiento. Asimismo, una entrevista semiestructurada y la exploración física; de manera indirecta a través de la consulta del expediente clínico y por algunos datos proporcionados por su cuidador primario.

Con los resultados de esta anamnesis se logró estructurar los diagnósticos de enfermería con base a las etiquetas NANDA Internacional[9] y el formato problema, etiología, signos y síntomas (PESS)[10-15]. El plan de cuidados fue desarrollado con la evidencia encontrada en diversas bases de datos; la evaluación se realizó examinando los parámetros clínicos y psicológicos de la paciente determinando el modo de adaptación y si este fue alcanzado.

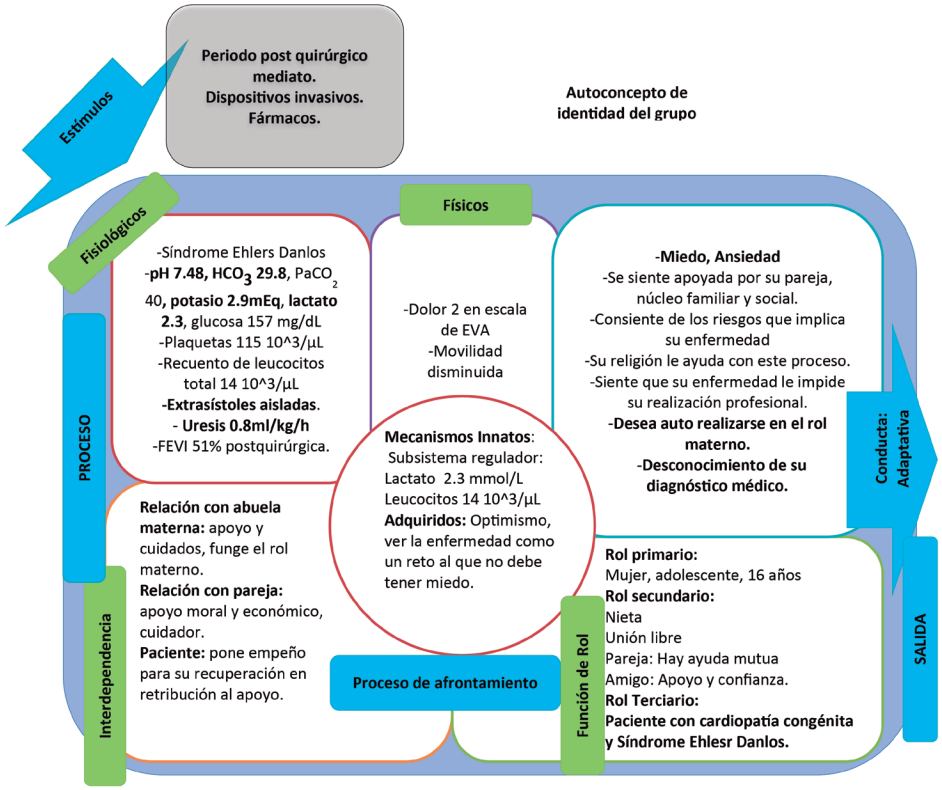
Este estudio de caso es considerado de riesgo mínimo, realizando intervenciones en el sujeto de estudio con base a la Ley general en Materia de Investigación para la salud y bajo la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012[16] para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, así como respetando los lineamiento de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012[17], el expediente clínico. Conforme a lo estipulado en los códigos internacionales en investigación y bioética se toma en cuenta lo establecido en la Declaración de Helsisnky[18], Código de Núremberg[19] y el Informe de Belmont[20].

Presentación del caso

Se trata de Magnolia, una adolescente de 16 años de edad, la cual vive con su pareja en unión libre en una comunidad de Veracruz, con un estrato socioeconómico bajo, no cuenta con todos los servicios básicos, toxicomanías negada, refiere no tener antecedentes de enfermedades congénitas en la familia.

En el 2009 es diagnosticada comunicación interventricular con (CIV) en un hospital de Veracruz, en el mismo hospital en el 2011 se realiza una cirugía de corrección, en 2012 es diagnosticada con cardiopatía congénita acianógena de hiperflujo pulmonar, insuficiencia aórtica importante dilatada y CIV residual en un hospital de alta especialidad de la Ciudad de México, sometida a cirugía para cierre de CIV residual y un día después reingresa a cirugía para colocación de prótesis mecánica aórtica St Jude 25 mm, diagnosticada con síndrome de Ehlers Danlos. En 2016 la paciente refiere síntomas de adormecimiento de miembro superior izquierdo, se realiza tomografía y se observa dilatación de raíz aórtica y aorta ascendente, se determina en sesión médica que es candidata a cirugía Bentall de Bono, el 27 de septiembre de 2017 es sometida a cirugía programada con tubo valvado Woven dacron 24mm y válvula aórtica Carpenter Edwards 23mm y llevada el mismo día a la terapia intensiva quirúrgica para su recuperación.

Figura 1. Valoración de enfermería al paciente adolescente postoperado de aneurisma aórtico y recambio valvular según el Modelo de Callista Roy. Adaptado del modelo de adaptación Roy[6]



RESULTADOS.

Magnolia mostró una alta capacidad de adaptación y afrontamiento. Después de la valoración se logró detectar estímulos que alteraban real o potencialmente el sistema humano, por lo que se elaboraron 11 diagnósticos de los cuales siete eran reales y cuatro de riesgo, por conveniencia para este artículo solo se desarrollaron tres.

Tipo de Valoración:	***Fecha:***	***Hora:***	***Servicio:***	***Tipo de diagnóstico***
Focalizada	*28-09-2017*	*10:00 am*	*Terapia Intensiva*	*Riesgo*

ESTÍMULOS		
Focales	***Contextuales***	***Residuales***
Extrasístoles ventriculares *G.C. 5.5* *I.C. 4.1* *P.V.C. 5* *P.C.P. 6* *FEVI 51%* *Cirugía Bentall y de Bono y recambio valvular aórtico*	*Potasio 2.9 mmol/L posterior 4.9 mmol/L* *Cirugía cardíaca* *Uso de diurético de ASA (furosemide)* *Drenaje retroesternal 0.3 ml/kg/h* *Vol. Urinario 0.8 ml/kg/h* *Uso de bomba de circulación extracorpórea 175 min* *Gasometría: pH 7.48, HCO_3 29.8 mmol/L, pCO_2 40 mmHg, Lactato 2.3 mmol/L, pO_2 154 mmol/L* *Gasometría de control: pH 7.39 mmHg, HCO_3 27.6 mmol/L, $PaCO_2$ 49 mmHg, Lactato 1.1 mmol/L, pO_2 130 mmol/L*	*Pendiente inicio de la vía oral* *Electrodo de marcapasos epicárdico, conectado a fuente externa, VVI y mAm[4]* *FC 50 lat. x min.* *Manipulación constante de dispositivos invasivos* *Línea arterial* *Catéter central yugular* *Levosimendan 1.2 mcg/kg/h*

DX. ENFERMERÍA:

Riesgo de disminución del gasto cardíaco r/c alteración del ritmo cardíaco, desequilibrio hidroelectrolítico, factores potenciales de alteración en la precarga.

OBJETIVO:

- *Restablecer los niveles séricos de potasio en la paciente.*
- *Restablece el ritmo cardiaco normal en la paciente.*
- *Evitar los factores que podrían de desencadenar una hemorragia y afectar la precarga.*
- *Contribuir al mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico.*

Plan de Intervenciones

Intervenciones de enfermería	***Evaluación***		
	Nivel de recomendación	***Modo de adaptación***	***Conductas***
• *Monitorizar frecuencia cardíaca y ritmo, presión arterial y presión de aurícula izquierda; registrar arritmias.*	*III C*	Fisiológico	Eficaz
• *Monitorizar la resistencia vascular sistémica y la pulmonar, si es preciso.*	*IV C*		
• *Registrar el estado de conciencia del paciente y el estado neuromuscular, fuerza, tono y movimientos.*	*IIIC*		
• *Auscultar sonidos cardíacos. Especial atención S3 y S4.*	*IV C*		
• *Monitorizar la frecuencia respiratoria, ritmo y profundidad. Auscultar sonidos respiratorios.*	*IV C*		
• *Evaluar y registrar la presencia de cianosis.*	*IV C*		
• *Vigilar la aparición de signos indicadores de sobrecarga de fluidos (Edema ortostático, aumento de peso).*	*III C*		
• *Vigilar los pulsos periféricos, llenado capilar, la temperatura y el color de las extremidades.*	*IV C*		
• *Documentar presencia de pulsos alternos.*	*III C*		
• *Controlar el equilibrio hidroelectrolítico y el peso del paciente, en caso necesario.*	*III C*		
• *Monitorizar y tomar nota de las pérdidas hemática de drenaje.*	*III C*		
• *Revisar el régimen de uso de diuréticos.*	*III C*		

Plan de Intervenciones			
Intervenciones de enfermería	**Evaluación**		
	Nivel de recomendación	**Modo de adaptación**	**Conductas**
• *Monitorizar niveles de electrolitos, BUN y creatinina.*	*IV C*	Fisiológico	Eficaz
• *Monitorizar los dispositivos de manera constante para verificar su adecuado funcionamiento.*	*IV C*		
• *Evitar o limitar el uso de sedante e hipotónicos*	*IV C*		
• *Tener el equipo de emergencia listo.*	*IV C*		
Resultados	*Presenta parámetros hemodinámicos dentro de los límites normales para mantener el gasto cardíaco. Mejora en el equilibrio hidroelectrolítico, aumento de potasio a 4.9 mmol/L. Sin presencia de alteraciones en el ritmo cardíaco.*		

Tipo de Valoración:	**Fecha:**	**Hora:**	**Servicio:**	**Tipo de diagnóstico**
Focalizada	*28-09-2017*	*10:00 am*	*Terapia Intensiva*	*Real*

ESTÍMULOS

FOCALES	**CONTEXTUALES**	**RESIDUALES**
Post operatorio de cirugía cardíaca *Verbaliza que se siente ansiosa porque ya quiere salir.* *La paciente refiere verbalmente "Tenía miedo a no salir de ahí." (refiriéndose al quirófano)* *Evita el contacto visual al hablar.*	*Cambio del entorno habitual*	*Seguridad de la familia.* **Enfermera:** *¿Qué te ayudaba a salir adelante, a querer salir de ahí?* **Paciente:** *"Pues el apoyo de mi abuelita y de mi esposo"*

DX. ENFERMERÍA:

ANSIEDAD R/C PROCESO DE RECUPERACIÓN QUIRÚRGICA M/P PREOCUPACIÓN A CAUSA DE CAMBIOS EN ACONTECIMIENTOS VITALES, CONTACTO VISUAL ESCASO Y VERBALIZACIÓN DE TEMOR.

OBJETIVO:

- *Disminuir la ansiedad del paciente durante su estancia hospitalaria.*

PLAN DE INTERVENCIONES

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	**Evaluación**		
	Nivel de recomendación	**Modo de adaptación**	**Conductas**
• *Registrar y valorar el grado de ansiedad de la paciente, incluyendo las reacciones fisiológicas.*	*IV C*	Fisiológico Autoconcepto Función del rol	Eficaz
• *Evaluar factores culturales que pudieran contribuir con la ansiedad.*	*IV C*		
• *Proporcionar información objetiva acerca del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.*	*IV C*		
• *Explicar todos los procedimientos, inclusive las sensaciones que podría experimentar durante el procedimiento.*	*IV C*		
• *Animar a la paciente a verbalizar sus pensamientos y sentimientos para externalizar la ansiedad.*	*IV C*		
• *Tranquilizar al paciente mediante el contacto físico y la comunicación empática, verbal y no verbal.*	*IVC*		
• *Permanecer junto al paciente para proporcionarle seguridad.*	*IV C*		
• *Mejora del afrontamiento: ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas percibidos que interfieren con la satisfacción de las demandas y los roles de la vida.*	*IV C*		
• *Ayudar al paciente a identificar situaciones que provocan ansiedad.*	*IV C*		
Resultados	*Se logra que la paciente mantenga contacto visual y externe sus miedos y lo que desencadena la ansiedad.* *Se mantiene tranquila después de disipar sus miedos con respecto a su proceso de recuperación y que su familiar tiene contacto con ella.*		

Tipo de Valoración:	Fecha:	Hora:	Servicio:	Tipo de diagnostico
Focalizada	28-09-2017	10:00 am	Terapia Intensiva	Real

Estímulos

Focales	Contextuales	Residuales
Enfermera: *Y ¿en cuánto tiempo piensas tener bebés Magnolia?* **Paciente:** *"En 2 o 1 año"* **Enfermera:** *Nunca has ido al ginecólogo. Ok. ¿Usas algún tipo de método de planificación familiar, para no tener bebés?* **Paciente:** *"Sí, pero pues casi no, pero sí es; bueno algunas veces condón nada más."* **Enfermera:** *Leí en tu expediente que tú también tienes otra enfermedad que se llama Síndrome de Ehlers Danlos, no sé si sabías.* **Paciente:** *"No"* **Enfermera:** *No. Si lo tienes o no lo tienes, si te habían dicho* **Paciente:** *"No me habían dicho."*	**Enfermera:** *Y ¿has hablado con tu médico sobre los métodos de planificación familiar?* **Paciente:** *"No, apenas voy a preguntar eso."* **Enfermera:** *Tu diagnóstico ¿Cuál es? ¿Sabes cuál es tu diagnóstico exacto?* **Paciente:** *"eh no, nada más de que le digo me cambiaron la válvula"*	**Enfermera:** *Ahorita vas a preguntar y ¿de quién surgió esa inquietud?* **Paciente:** *"De mí"*

DX. ENFERMERÍA:

Conocimientos deficientes r/c información insuficiente sobre su patología cardíaca y planificación familiar m/p incapacidad para mencionar su diagnóstico y explicarlo, expresión de duda de uso de método de planificación familiar, deseos de embarazo a mediano plazo (1 o 2 años después de su procedimiento quirúrgico).

OBJETIVO:

- *Detectar las áreas de oportunidad en cuanto a sus conocimientos sobre su diagnóstico y sobre su necesidad de planificación familiar.*
- *Brindar información y educación para la salud que le permita a la paciente conocer su diagnóstico y llevar a cabo una planificación familiar adecuada.*

PLAN DE INTERVENCIONES

Intervenciones de enfermería	Evaluación		
	Nivel de recomendación	Modo de adaptación	Conductas
• *Determinar las necesidades de aprendizaje del paciente.*	*IV C*	Autoconcepto Interdependencia Función de rol	Eficaz
• *Determinar el nivel actual de conocttimientos sobre su patología y su relación con la salud reproductiva, y comprensión del paciente.*	*IV C*		
• *Establecer una buena relación con el paciente.*	*IV C*		
• *Detectar factores de riesgo en la paciente y la relación con su cardiopatía.*	*IV C*		
• *Responder las dudas de la paciente sobre:*	*III C*		
• *Factores de riesgo, embarazo, anticoncepción, (resaltando el riesgo de trombosis que causan los anticonceptivos con alto contenido de estrógenos y la relación con su condición cardíaca)*	*IV C*		
• *Valorar la necesidad de esperar para realizar su deseo de ser madre por el riesgo post quirúrgico.*	*IV C*		
• *Dar tiempo al paciente para plantear preguntas.*			

Resultados	*La paciente comenta que tiene claro su enfermedad y los cuidados, los riesgos de un embarazo en su proceso de recuperación quirúrgica y expresa que durante su consulta médica elegirá un método de planificación.*

PLAN DE ALTA

Alimentación	*Actividad física*
• *Se recomienda comer alimentos ricos en proteína (carnes rojas, pollo, lácteos, huevo con moderación) para favorecer la recuperación de la herida.* • *Aportar a su dieta alimentos que contengan fibra para evitar estreñimiento (como naranja, manzana, avena)* • *Es mejor realizar más de 3 comidas al día con porciones pequeñas, ya que al comer se somete al corazón a un mayor trabajo y esto puede resultar perjudicial.* • *Evitar consumir productos con cafeína en exceso alteran la función cardíaca.*	• *Trate de no permanecer sentado por periodos prolongados, camine distancias cortas o haga movimiento pasivos (evite la extensión brusca para evitar daño articular) con las piernas mientras está sentado para favorecer la circulación, trate de caminar.* • *Al caminar las primeras ocasiones tenga precaución, por el proceso de adaptación puede sentir fatiga y mareos, es importante que se sostenga de algún barandal o se acompañe de alguien, sobre todo si tiene que subir escalera.* • *Puede incorporarse poco a poco a la actividad ayudando en tareas que no demande mucho esfuerzo físico como poner la mesa (sin cargar objetos mayores a 500g de peso aprox.)* • *No realice ejercicios que le ocasionen lesiones en el pecho por el esfuerzo.* • *La actividad física se debe recuperar de manera gradual de preferencia con caminatas progresivas con un aumento de 200 metros cada semana después de la 8 semana de la cirugía y si se comienza con algún signo de dificultad respiratoria o dolor suspender.*

MEDICAMENTOS

Tener claro y anotado:

- *Indicación, horario de toma de medicamento, función del medicamento y si se debe tomar antes o después de los alimentos y en caso de alguna contraindicación con algún tipo de alimento.*
- *Solo tome medicación prescrita por el médico y consúltelo antes de iniciar cualquier otro tratamiento.*
- *No suspenda ningún medicamento por su cuenta, debe consultar al médico antes de suspenderlo.*
- *Si presenta alguna manifestación física o sensación al tomar el medicamento no olvide comunicarla al médico.*

Espironolactona Dosis: 50 mg Cada 24 horas USO: Control de la presión arterial

Furosemida Dosis: 20 mg Cada 24 horas Uso: Diurético.

Cuidados:

Hidratarse con 1 litro de agua al día como mínimo.

No consumir bebidas alcohólicas.

Tomarlo preferentemente por la mañana, ya que puede presentarse más necesidad de orinar y por la noche interrumpe el proceso de descanso.

Si es posible llevar control de presión arterial.

Mantenerse alerta a signos y síntomas:

Debilidad muscular.

Adormecimiento en brazos o piernas.

Fatiga sin razón aparente.

Latidos muy lentos del corazón.

Presencia de mareos.

En caso de presentarlos acudir al servicio de salud de manera inmediata.

Ácido Acetilsalicílico. Dosis: 100 mg Dosis: Cada 24 horas

USO: Anti agregante plaquetario. Previene el riesgo de presentar coágulos.

Evitar consumir alimentos que irritan mucosa gástrica, ya que al consumir estos alimentos en exceso pueden provocar aumento de acidias estomacal.

Cuidados generales:

- *Tomar las dosis en horario y dosis adecuada, verificar la caducidad del medicamento y la dosis antes de tomarlo.*
- *En caso de olvidar tomar una dosis en horario establecido, si es menor a 4 horas la diferencia de hora de olvido tomarla de manera normal, si excede ese rango de tiempo esperar a tomar la siguiente dosis en el horario indicado.*

Es importante nuca tomar doble dosis si olvidó tomar la dosis anterior, ya que podría causar efectos no deseados.

PLAN DE ALTA

ACTIVIDAD SEXUAL

- *Se puede reanudar 4 semanas después de la cirugía si la condición física lo permite, el paciente debe valorar su estado físico y emocional.*
- *El temor puede generar ansiedad y hacer que haya cierta dificultad para tener actividad sexual de manera habitual, solo basta con relajarse y platicarlo con la pareja.*
- *Elegir una posición sexual que demande el menor esfuerzo posible y se debe tener cuidado con el esternón.*
- *Estar atento si parece algún síntoma, como dificultad respiratoria, dolor torácico o sensación de mareo suspender.*
- *Teniendo en cuanta el riego que supone un embarazo para su recuperación cardíaca, es importante el uso de un método anticonceptivo adecuado a su estilo de vida y condición de salud, se recomienda el preservativo por ahora, hasta que el médico le prescriba otro método anticonceptivo en colaboración con su ginecóloga.*

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA

Es importante que este al pendiente de su:

Temperatura: *tomarse la temperatura de ser posible diariamente los primeros 10 días. Si presenta fiebre (si tiene 38° o más) podría ser un signo de infección.*

Peso: *de ser posible verifique por las mañanas su peso, ya que podría presentarse retención de líquido si hay un aumento de peso de más de 1 kg en un día.*

Frecuencia cardíaca: *si nota que late su corazón de manera irregular y con más fuerza considerarlo como signo de alerta.*

Dolor: *Es normal sentir dolor en la zona de herida, pequeñas punzadas, pero si este limita su actividad física es necesario recibir valoración por parte del personal de salud capacitado.*

Herida: *Si esta roja, caliente o aumento la cantidad de líquido que drena o cambio de color (amarillo o purulento) o si esta tiene mal olor.*

En todas estas situaciones es necesario consultar al personal de salud capacitado.

Generales: *Presencia de manchas rojas en la piel, dolor intenso abdominal o en el pecho, presencia de palpitaciones.*

RECOMENDACIONES GENERALES

Se recomienda consejería genética para el abordaje correcto del Síndrome Ehlers Danlos.

Acudir a su siguiente cita médica sin falta para valoración de la evolución después de la cirugía (fecha de la cita, horario, servicio). Es importante esperar como mínimo un periodo de un año antes de un embarazo para lograr una recuperación cardíaca. (consultar al especialista para la toma de decisión)

Se recomienda despejar dudas sobre su diagnóstico médico en la siguiente cita, para un mayor conocimiento y autocuidado (de ser posible anote las preguntas para no olvidarlas en el momento de la consulta)

DISCUSIÓN

De acuerdo con Callista Roy la salud es el estado y el proceso de convertirse en un ser integrado y completo. Es un reflejo de adaptación, es decir, es la interrelación de la persona y su entorno, esto basado en la creencia de que es un proceso en el que se fomenta la integración fisiológica, psicológica y social; con una visión por parte de Roy de que la salud es como un continuo que oscila entre la vida y la muerte[6]. En el caso de la paciente Magnolia, este concepto se refleja en la capacidad de adaptación y afrontamiento, ella recibe estímulos externos e internos que están modificando constantemente su sistema, tanto en el modo fisiológico como en su función de rol, valiéndose de sus mecanismos de afrontamiento para mantener una homeostasis. Por lo tanto, el profesional de enfermería al realizar una valoración basada en este modelo puede identificar los puntos donde esta adaptación se da, para posteriormente realizar intervenciones en salud que le brinden herramientas para la integración de la paciente a sus actividades cotidianas.

Uno de los principales diagnósticos que se realizó fue el de riesgo de disminución del gasto cardíaco, esto debido a que la paciente mostró signos clínicos que llevaban a sospechar el potencial de presencia de esta descompensación; este es un punto crítico, ya que se reporta que en el postoperatorio de cirugía cardíaca el síndrome de bajo gasto cardíaco es una de las principales complicaciones, su incidencia varía entre 3 y 45% en los diferentes estudios y se asocia al aumento de morbilidad, prolongación de la estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y aumento en el consumo de recursos. En este sentido el personal de enfermería puede utilizar los supuestos del modelo de Callista Roy para identificar los estímulos y las manifestaciones involucradas, como lo menciona en su estudio Ramos donde se describen signos clínicos como taquicardia, hipotensión, pulsos débiles, piel fría, llena capilar lento y oliguria o anuria que están presentes en el síndrome de bajo gasto cardíaco y deben ser[2] eliminados o disminuidos por medio de los recursos con los que la enfermera puede auxiliarse para favorecer el gasto cardíaco y sus determinantes[22].

En el modo de adaptación de autoconcepto se logró identificar una sensación corporal de mal funcionamiento del estado físico provocando ansiedad, por lo que se tomó como diagnóstico a resolver por ser un común denominador en los servicios de hospitalización, esto debido a que los pacientes se ven sometidos a una serie de estímulos que los llevan a experimentar ansiedad, síntoma que se sabe puede causar alteraciones hemodinámicas y que afectan negativamente sus parámetros psicológicos con importante impacto en la recuperación de su salud[23]. El papel de enfermería es crucial, sus intervenciones, al estar en constante contacto con la persona puede identificar y manejar técnicas que faciliten la reducción de factores como los mencionados en el artículo realizado por Gil y colaboradores, donde se encontró que los principales causantes del estado de estrés y ansiedad en el paciente son pensar que le puede ocurrir algo más grave, no obtener alivio del dolor y estar separado de su familia[24].

Para estos casos el profesional de enfermería debe combinar el soporte emocional atendiendo la necesidades psicosociales de los pacientes y la información relacionada con su internamiento, así como técnicas de distracción y control del dolor, técnicas conductuales, relajamiento activo con instrucciones, fortalecer o facilitar el aprendizaje de estrategias de confortamiento relacionado con la hospitalización y contribuir con los objetivos de ayudar a los adolescentes y a su familia a enfrentar algunas adversidades durante su internamiento en el hospital[25].

Una correcta comunicación con pacientes y familia favorece el clima de confianza y respeto, y facilita la toma de decisiones conjuntas, informar en situaciones de gran carga emocional requiere habilidades comunicativas de la cual es responsable el profesional de enfermería, abrir un canal de comunicación eficaz podría ayudar al paciente a mejorar su estado emocional, la información es una de las necesidades expresadas por pacientes y familiares en la UCI[26].

Por otro lado, se observó un área de oportunidad en los conocimientos que tenía Magnolia acerca de sus enfermedades y la planificación familiar reflejando un déficit de conocimientos. En México este fenómeno se observa con mucha frecuencia, donde el diagnóstico y tratamiento oportuno de estos pacientes ha permitido que lleguen a la edad adulta[27] y tengan una transición de adolescentes a adultos, pero muchos desconocen el nombre de su cardiopatía o problema congénito, las intervenciones que se les han realizado, su predisposición a presentar endocarditis bacteriana, cómo detectar los síntomas de alarma o descompensación y la posibilidad de transmisión a su descendencia, tal como se reporta en varios estudios[28,29,30]. En este sentido la información del riesgo en embarazo debe ser individualizada para cada paciente y acorde con su situación clínica con el objetivo de autogestionar su vida sexual y reproductiva, evitando los riesgos que pueda suponer embarazos no planificados o incluso no deseados; en un estudio realizado a mujeres con cardiopatías congénitas se detectó que el 64% de ellas no había recibido consejería en anticoncepción ni en salud reproductiva[31], Magnolia es uno de este caso, ella muestra interés por realizar esa transición a la adultez de manera integral para adaptarse.

El profesional de enfermería debería reforzar la planificación familiar y reproductiva hacia el paciente con CC, tema vital para los adolescentes y en general para las personas con síndromes, como en este caso Ehler Danlos, conocer los riesgos que corren al decidir embarazarse, la posibilidad de heredar estas patologías y los métodos disponibles adaptados a su patología para llevar una vida sexual plena y sin riesgos; también tiene como compromiso abordar temas de educación para la salud y sería importante el desarrollo de instrumentos que sirvan como guía al profesional de enfermería y al

paciente basados en las necesidades y condiciones de la globalización y del avance avasallador de la tecnología para que puedan ser atractivos hacia este grupo vulnerable y causen impacto sin olvidar las condiciones socioeconómicas y culturales de cada sector, con un impacto real en sus conductas y su calidad de vida, cabe señalar que en estos temas no se encontró evidencia.

Según Roy, el objetivo de la enfermera es "mejorar el nivel de adaptación de los individuos y del grupo de personas en cada uno de los cuatro modos de adaptación, y contribuir así a tener una buena salud, una calidad de vida y a morir con dignidad". Los procesos que se desarrollan en una terapia intensiva derivados de una cirugía cardíaca ponen al individuo en un estado vulnerable, donde su proceso de adaptación está en manos del profesional de enfermería quien tiene que utilizar recursos, como el proceso de atención de enfermería y los modelos para ayudar al individuo a integrar su sistema a favor de su estado de recuperación llevándolo a identificar los problemas de salud o diagnósticos, para así realizar intervenciones que alteren, aumenten, disminuyan o eliminen estos estímulos y se dé un proceso de adaptación eficaz como en el caso de Magnolia en el que se logró eliminar los factores de los diagnósticos de riesgo a través de la aplicación de estas herramienta.

En lo concerniente al Síndrome de Ehlers Danlos cuyas características más comunes incluyen dolor musculoesquelético crónico/recurrente, cefalea, fatiga crónica, disautonomía cardiovascular, fragilidad arterial y visceral con propensión a rupturas espontáneas; que provoca lesiones en arterias como aneurismas, trastornos gastrointestinales funcionales, trastornos pélvicos y de micción, trastornos menores del neurodesarrollo y algunas comorbilidades psiquiátricas[32]; son situaciones en pediatría poco comunes con demandas por cubrir por un equipo multidisciplinario y con herramientas como el modelo de enfermería. Se destaca la importancia de la consejería genética para el tratamiento y seguimiento correcto de la enfermedad, el conocimiento por parte de la persona de su diagnóstico y las intervenciones contundentes de enfermería en relación a la educación y autocuidado. Al realizar este estudio de caso surgieron problemas relacionados con el vacío en la atención al paciente desde el punto de vista de Callista Roy, al no encontrarse evidencia de casos con características similares para poder realizar una comparación, incluso en adolescente con cardiopatía no se encontró ninguno caso basado en este modelo de atención.

También se encontró un vacío en los temas de aneurisma aórtico, cuidados postoperatorios de Bentall y de Bono y recambio valvular en paciente pediátrico por parte del profesional de enfermería, es por esto que es de suma importancia seguir desarrollando líneas de investigación en estas entidades que ayuden a brindar una atención a estos pacientes por medio de la enfermería basada en evidencia.

CONCLUSIÓN

Esta teoría a través de sus diferentes dimensiones permite al profesional de enfermería una valoración integral, asimismo el desarrollo de intervenciones asertivas para propiciar el afrontamiento del sistema humano a los estímulos y a su vez el logro del objetivo de adaptación eficaz. La teoría de Callista Roy basada en la capacidad de adaptación de los niños a los estímulos se ve claramente reflejada en este Estudio de Caso, ya que la paciente a pesar de los constantes estímulos externos e internos muestra alta capacidad de adaptación según el instrumento CAPS aplicado, se ha sometido a 4 cirugías a su edad de 16 años y aun así cita *"Pues tenía el pensamiento de que tenía que enfrentar otro reto de la vida, tenía que salir adelante, no tenía que dejarme vencer"*.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Hospital Infantil de México Federico Gómez, Cardiopatías congénitas, segunda causa de muerte en niños menores de 5 años: HIMFG. Boletín de prensa [Internet]. 2015 Enero 20 [citado 2017 diciembre de 28]; 006. Disponible en: http://himfg.com.mx/descargas/documentos/Cardiopatias.pdf

2. Cervantes-Salazar J, Calderón-Colmenero J, Ramírez Marroquín S, Palacios-Macedo A. et al. El Registro Mexicano de Cirugía Cardíaca Pediátrica. Primer informe. RIC. [Internet]. 2013 [citado 2017 diciembre 28]; 85(6):476-482. Disponible: http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2013/nn136c.pdf

3. Min Ko J. Gentic Syndrome Associates with Congenital Heart Desease. KCJ. 2015; 45(5): 357-361

4. Byers PH, Belmont J, Black J, De Backer J, Frank M et al. Diagnosis, natural history, and management in vascular Ehlers–Danlos syndrome. Am J Med Genet Part C Semin Med Genet. [Internet] 2017 [citado 2017 diciembre 15]; 175C:40–47. Disponible: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28306228

5. Oxenham J. Complexities of management of urostomy in Elehrs-Danlos syndrome: a reflective account. Br J Nurs. 2016; 25(5): S14-S19.

6. Raile M. Modelos y Teorías de Enfermería. 8va. México: Elsevier; 2015.

7. Lazcano M. Salazar B. Goméz M. Validación del instrumento: afrontamiento y proceso de adaptación de Roy en pacientes con diabetes mellitus. CHÍA. 2008; 8(1): 116-125.

8. Botero J. Sarmiento P. Validez de constructo de la escala de dimensión del proceso de afrontamiento y adaptación de Roy versión en español. Cul Cuid. 2011: 88-91.

9. NANDA. Diagnósticos de enfermería. México: ELSERVIER; 2015.

10. Ruiz A, Fadini E, Takáo C, Vendramine A, Heather T. Nursing diagnoses and interventions for child after cardiac surgery in an intensive care unit. Rev Bras Enferm. 2015; 68(1): 155-160.

11. Benzadón M, Cohen H, Comignani P, Villareal R, Trivi M, et al. Control de la glicemia en el posoperatorio de cirugía cardiaca informe del consejo de emergencias de la sociedad argentina de cardiología. Medicina. 2012; 72(1): 58-62.

12. Ad N, Tran H, Halpin L, Speir A, Rongione A. Practice changes in blood glucose management followimg open heart sugery: from a prospective randomized study to everyday practice. European Journal of Cardio-Thoracic Surgery. 2014; 47: 733-739.

13. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento del desequilibrio acido-base. Secretaria de Salud, [Internet] 2010 [citado 22 febrero 2017] Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/411_IMSS_10_deseq_acid_base/EyR_IMSS_411_10.pdf

14. Wilkinson J. Manual de diagnósticos de enfermería. 10ª ed. México: Pearson; 2016.

15. Doenges M. Moorhouse M. Mur A. Nursing Care Plan. 9a ed. Philadelphia: F. A. Davis; 2014.

16. Secretaría de Gobernación [Internet]. Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. 5 de noviembre de 2009; Diario Oficial de la Federación. [Citada 2018 Febrero 6]. Disponible: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013

17. Secretaría de Gobernación [Internet]. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. 5 de octubre de 2010; Diario Oficial de la Federación. [Citada 6 Febrero 2018]. Disponible: http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787

18. CONAMED Declaración de Helsisnky [Internet]. Mexico: Comisión Nacional de Bioética; [Citado 6 Febrero 2018]. Disponible: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf

19. Comité de Bioética de México [Internet]. Código de Núremberg ; [Citado 6 Febrero 2018]. Disponible: www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INTL._Cod_Nuremberg.pdf

20. Comité de Bioética de México [Internet]. Informe de Belmont; [Citado: 6 Febrero 2018]. Disponible: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10._INTL_Informe_Belmont.pdf

21. Ramos J. Síndrome de bajo gasto cardíaco en el niño en estado crítico, consideraciones para enfermería. Rev Mex Enferm Cardiol. 2014; 22(3): 115-121.

22. Pérez L, Marín BJC, Carrasco GM, De la Cal LMa, Hinojósa PR, et al. Guías de práctica clínica para el manejo del síndrome de bajo gasto cardíaco en el postoperatorio de cirugía cardíaca. Med Intensiva. 2012; 36(4): e1-e44.

23. Rodrigues H, Kiyomi R, Spadoti R, Marotsi C. Anxiety and depression in cardiac surgery: sex and age range differences. Es Anna Nery.[Internet] 2016[citado 10 abril de 2018]; 20(3): [aprox. 7p]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/en_1414-8145-ean-20-03-20160072.pdf

24. Gil B, Ballester R, Gómez S, Abizanda R. Afectación emocional de los pacientes ingresados a una unidad de cuidados intensivos. RPPC. 2013; 18(2): 129-138.

25. Carvalho M, Silva J, Sousa M, Machado MT, Rosa A. Ansiedade em adolescentes: Efeitos de um programa de preparaçao psicológica para hospitalizaçao. RPESM. 2016; 16: 19-26.

26. Heras G, Cruz M, Nin N. Buscando humanizar los cuidados intensivos. Rev Bras Ter Intensiva. 2017; 29(1): 9-13.

27. Calila D, Brotons A. El adolescente con cardiopatía congénita. An Pediatr Contin. 2014; 12(5): 231-238.

28. Pijuan A. Embarazo y Cardiopatia. Rev Esp Cardiol. 2006; 59(9): 971-984.

29. Koerten M, Niwa K, Szatmári A, Hajnalka B, Ruzsa Z. et al. Frecuency of Miscarriage/Stillbirth and Terminations of Pregnancy Among Woman With Congenital Heart Disease in Germany, Hungary and Japan. Circ J. 2016; 90: 1846-1851.

30. Hinze A, Kutty S, Sayles H, Sandene E, Meza J, et al. Reproductive and Contraceptive Counseling Received by Adult Women with Congenital Heart Disease: A Risk-based Analysis. Congenit Heart Dis. 2013; 8: 20-31.

31. Morlino S, Piedimonte C, Castori M. Reconocimiento y tratamiento de los síndromes de Ehlers-Danlos: Necesidad de un enfoque pluridisciplinario. Panamerican Journal of Neuropsychology. 2016; 10: 45-60.

Open Acces (Acceso libre)

Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica
Órgano Oficial de la Sociedad Mexicana de Cardiología

*MISCELÁNEOS

Disponible en:
www.revistamexicanadeenfermeriacardiologica.com.mx

ESTRATEGIAS DE VALIDACIÓN EMOCIONAL, REPERTORIO CONDUCTUAL INDISPENSABLE EN EL APOYO DEL DUELO.

EMOTIONAL VALIDATION STRATEGIES, INDISPENSABLE BEHAVIORAL REPERTOIRE IN THE SUPPORT OF GRIEF.

María de los Ángeles Reyes Cortes[1].

[1]*Psicóloga con enfoque Conductual Contextual de práctica independiente*

Recibido el 08 de noviembre de 2018; aceptado el 26 de marzo de 2019

RESUMEN

Dentro de las labores del área de enfermería se encuentra el acompañamiento de los usuarios a lo largo de todas las fases de una enfermedad crónico degenerativa, así como del momento de duelo, acompañando así al paciente como a su familia y el personal médico. La validación, como herramienta de acompañamiento, fortalece el vínculo persona-enfermera(o) mejorando así la adherencia terapéutica y la cercanía en el acompañamiento del proceso de la enfermedad; se reconoce la relación transpersonal de dicha relación, por lo que se sugiere promover el autocuidado, así como la preparación profesional para poder validar a los usuarios, colegas, personal médico y también a sí mismos.

Palabras clave: Validación emocional, acompañamiento, enfermería, duelo.

ABSTRAC

Within the chores of the nursing practice is the support process of patients throughout all stages of chronic degenerative disease, as well as the time of mourning, accompanying the patient and his family as much as the medical staff. Validation, as a support tool, strengthens the person-nurse bond and also improves therapeutic adherence and proximity in the support process of the disease; the transpersonal quality of such relationship is acknowledged, so the promotion of self-care and professional preparation are recommended to validate users, colleagues, medical staff and also themselves.

Keywords: Emotional validation, support process, nursing, duel

INTRODUCCIÓN

En el cuidado y el acompañamiento que caracteriza al personal de enfermería, se reconoce un trabajo transpersonal donde el usuario y el equipo de enfermería se ven afectados, ya que un proceso degenerativo como los que se viven en los hospitales, lleva consigo el vivir una experiencia de soledad y sufrimiento. Se contempla también un trabajo igualmente difícil cuando se aborda el proceso de duelo o el tema de la muerte. Entre las enfermeras(os) se vive como un problema y como una obligación dentro de sus funciones, donde el acompañamiento es traducido en: dar la noticia, el proceso de muerte, el instante de morir y proceso de duelo; también el personal médico suele solicitar apoyo de igual manera, por lo que es visto como un deber, pero también una consideración humana, mantenerse al lado del paciente y su familia y brindarles el soporte necesario. Pese a considerar como parte de sus funciones dicho apoyo, se ha identificado que en la práctica suele ser difícil para el personal encontrar una manera adecuada de brindar un acompañamiento de manera humano, pero también profesional.[1] Al ser este un trabajo en donde se involucran de persona a persona, el profesional de enfermería requiere que se le brinde las habilidades propias para cuidar al usuario y a sí mismo.

Dirección para Correspondencia:
María de los Ángeles Reyes Cortes
Calle Amapola 55, Col. Sta. María de Guadalupe. C.P. 54764
E-mail: psic.angeles.reyes@gmail.com

DESARROLLO

Antecedentes importantes de la comunicación en el aprendizaje, autoconocimiento y adaptación del ser humano en el duelo.

Es sabido que la naturaleza de los seres humanos como seres sociales, es interactuar unos con otros de manera constante. Se entiende que a lo largo del desarrollo de una persona, la interacción con los otros, parte del contexto de una persona y tiene una función de super-

vivencia, desarrollo y adaptación del ser humano, por ejemplo en la niñez es la búsqueda de protección y seguridad o en la adolescencia, la búsqueda de identidad. Es a partir de esa interacción que aprende a identificar características propias que responden a las preguntas ¿Quién soy yo? ¿Quién es y quiénes son los otros?, así como reconocer el espacio vital de los otros, al mismo tiempo que se identifica hasta dónde llega el propio. Dicho reconocimiento del espacio vital y en especial, el autoconocimiento, es la base para poder ordenar las experiencias internas de manera que asimilamos de una forma más adaptativa y efectiva los eventos que acontecen en la vida de un individuo, tanto en el aspecto positivo como en el negativo o traumático.[2]

Una parte igualmente fundamental en el desarrollo del autoconocimiento, de las experiencias de vida y los efectos emocionales que genera en la persona, es el aprendizaje al momento de nombrar e identificar dichos eventos internos que desde pequeños se desarrolla. El niño va a aprender a experimentar, identificar y nombrar sus propias sensaciones a partir de la referencia que hacen las demás personas a su alrededor, es decir, la comunidad hace referencia a lo que le sucede al individuo para nombrarlo (cuando el niño se golpea, hacen la referencia al dolor al decir "duele") y el niño responde a la sensación de dolor al experimentarlo y hacerse consciente de ello. Lo mismo ocurre con los sentimientos cuando hacen mención de "tristeza" cuando el niño se encuentra llorando, nuevamente responde a la sensación (referencia interna) que tiene al llorar, por lo que en adelante, llamará tristeza a ese estado aun cuando no se presente el llanto (referencia externa). La importancia de dicho aprendizaje y experiencias con las sensaciones internas, permiten que haya un conocimiento no sólo de uno mismo sino de la vida misma al interactuar con los demás, ya que permite el desarrollo de adaptación ante el cambio; y por lo tanto, estrategias de afrontamiento ante acontecimientos futuros, tales como identificar necesidades propias y de otros, solicitar ayuda cuando éstas necesidades no se encuentran satisfechas y ofrecer ayuda a los demás cuando necesiten de apoyo por medio de la empatía para hacer frente a un suceso difícil.[3]

Lo anterior toma especial relevancia cuando se habla del duelo desde una postura conductual contextual, pues define como trastorno de evitación experiencial, definido como los intentos de la persona por modificar la frecuencia o intensidad de la aparición de emociones, pensamientos o recuerdos dado que no se tiene disposición para experimentarlos.[4] Asimismo, si en la infancia no se desarrollan dichas habilidades para nombrar experiencias, es probable que enfrentar una situación de duelo, se convierta en un desafío para la persona, pues no está en su repertorio conductual identificar, nombrar y observar las sensaciones y pensamientos que conlleva un evento traumático.

La habilidad de acompañar y validar a la persona que sufre

Partiendo del contexto anterior sobre las relaciones interpersonales, se hará referencia a una de las habilidades de brindar ayuda y acompañamiento a los otros. Es parte importante del trabajo de enfermería, el acompañamiento del paciente a lo largo de todas las etapas de una enfermedad crónica y el deterioro que significa en el aspecto biológico, social y emocional del usuario. Dicho cambio es experimentado por el usuario como un problema no sólo médico sino psicosocial por lo cual, el personal de enfermería realiza la labor de atender al usuario de manera integral atendiendo dichos contextos, lo que conlleva que debe adaptarse a las necesidades del usuario, a sus valores y prioridades, ya que esto fortalece el vínculo entre usuario-enfermera(o), cuando se hace de manera auténtica, contribuye a mejorar la adherencia terapéutica. Cabe mencionar que a dicha autenticidad, es importante que el personal de enfermería no pierda de vista su propio autocuidado, ya que se le debe transmitir responsabilidad, autonomía y dominio al usuario, sobre su propio padecimiento.[6]

Existe una habilidad interpersonal que permite la autenticidad dentro de un ambiente profesional, pues suaviza el trato interpersonal y lo transforma en un ambiente más humano, esta es la validación emocional definida por Linehan como "reflejar de manera directa la aceptación de los comportamientos, pensamientos y emociones del paciente", y es mediante la validación que se le comunica al paciente de una forma clara que sus comportamientos tienen sentido y son entendidos en el contexto en el que se producen, es decir, se reconoce la parte de verdad que tiene la otra persona.[7]

Una manera de identificar cuándo un ambiente es validante y cuándo no lo es, consiste en dirigir la total atención a la respuesta de la persona ante la presencia de una emoción y los efectos que causa esto en la persona que lo experimenta. Un ambiente invalidante calificará una emoción como algo incorrecto, inapropiado o patológico, provocando en la persona que existan sentimientos de miedo, vergüenza, enojo o malestar. Por su parte, el ambiente validante mostrará aceptación de la persona y acompañamiento, además de que siempre existirá una actitud de respeto y cercanía. Como parte de los efectos de validar, está la facilidad del procesamiento de la información, mantiene un ambiente de comprensión entre profesional y usuario, aumenta la adherencia al tratamiento, además de incitar a la expresión de emociones y con ello la autovalidación tanto del usuario como del profesional de enfermería.[8]

La utilidad de la validación radica en ayudar al paciente a centrarse al momento presente cuando se encuentra en medio de una crisis emocional, ya que crea lazos de confianza entre ambas personas cubriendo la necesidad de compañía, ayuda a procesar la emoción al describir las sensaciones y eso da pauta para facilitar el apoyo, de manera que responda realmente a sus necesidades y

propicia la toma de perspectiva al observar y describir sin juicio.

Dentro de las estrategias esenciales de la validación, está observar y etiquetar, que es notar, describir la emoción y los eventos que la propiciaron; leer las emociones, considerar el lenguaje verbal y no verbal sin juicios; y comunicar la aceptación de la emoción que experimenta y la validez que tiene partiendo de su historia.[9]

Desde el modelo ACL (consciencia- valor – amor) de la psicoterapia analítico funcional, se comprende que se ponen en juego dichas cualidades o características de la persona al mantenerse despierto y atento al consultante (consciencia), al involucrarse mostrando apertura a compartir y escuchar situaciones difíciles (valor) y al expresar cercanía, apoyo y vulnerabilidad al consultante (amor), de manera que se entiende que tanto profesional de la salud como usuario se encuentran conectados al compartir la experiencia de la situación difícil que se encuentre en juego, momento en el cual, se genera ese "espacio seguro" en donde la transparencia y horizontalidad del profesional de enfermería, son protagónicos.[10]

Niveles de validación según Marsha Linehan

Se habla de seis diferentes niveles de validación: el primero de ellos consiste en atender, mostrando un interés real por el usuario. Lo anterior se consigue escuchando y observando con consciencia plena al consultante, mostrando así, que se le está acompañando, por ejemplo asentir con la cabeza, mantener contacto visual y acercarse con la postura corporal. Por otra parte, la consciencia plena se consigue estando atento, consciente de los estímulos internos y externos que surgen en el momento presente, con aceptación, sin juzgar, sin expectativas o creencias, tratándolos con bondad y compasión. El segundo nivel consiste en clarificar la información que comparte el consultante por medio de preguntas, resumiendo el relato, resaltando las partes de la emoción o parafraseando, de manera que se comunique la comprensión y reflexión por lo dicho; por ejemplo "Entiendo que te sientes confundido pues no esperabas que el tratamiento se complicara, lo cual te genera enojo e impotencia al mismo tiempo". En el tercer nivel se hace mención de lo no verbalizado, nombrando y describiendo sin dar por hecho sino como sugerencia o comentario, siempre pendiente de la respuesta afirmativa del otro; por ejemplo, identificando la emoción, utilizando metáforas "parece que experimentas impotencia al notar que hiciste lo que estaba a tu alcance, pero no fue suficiente, ¿es así como te sientes?". El cuarto nivel involucra el entender la conducta a través de mostrar la causa de la misma, describiendo cómo es que tiene sentido que experimente determinada sensación a partir de lo acontecido; por ejemplo "dices que te sientes molesto, me dices que vienes en ayunas y parece que tienes que esperar aún más tiempo, eso provoca el malestar". En el quinto nivel está el reconocer lo válido, es decir, normalizar la experiencia al describir el contexto presente y mostrar aspectos razonables bien basados en relación con la respuesta del entorno; por ejemplo, "creo que te sientes desesperado pues llevas mucho tiempo en sala de espera, eso y la preocupación de tu paciente son suficientes para sentirte como te sientes, no es para menos". El último nivel consiste en mostrar equidad siendo vulnerable y transparente al mostrar empatía con la experiencia del otro y establecer cercanía dentro de una relación de iguales; por ejemplo, compartir el propio sentir de la persona con respecto a la situación, sobre lo que está experimentando o sobre algo que haya experimentado con anterioridad que le recuerde la situación presente, debe de ser honesto.[8,10]

Riesgos de una validación fallida

Cabe mencionar que al momento de validar, es importante cuidar algunos aspectos que, en caso de no estar centrados en la persona y el momento presente, se podría fracasar en el proceso de validar a la persona; a continuación se mencionarán algunos contextos: el primero de ellos es el intento de dar una solución rápida y eficaz como cuando se le debe dar una noticia de enfermedad terminal a un paciente y todo el diálogo se centra en explicar la enfermedad con tecnicismos y el procedimiento del tratamiento, sin dar espacio a que el usuario asimile la información y acompañarlo en el momento de impacto que causa una noticia de ese tipo.

El segundo es aminorar la emoción que está expresando la persona, situación que no sólo no funciona sino que empeora la situación al generar un efecto rebote, es decir, la persona inhibe la emoción sólo para después presentarse con mayor intensidad. El tercer intento fallido es el apagar la emoción de la persona con frases demasiado fáciles, cortas o justificarlas de una manera que distrae la emoción auténtica, para enfocar en un razonamiento; por ejemplo, si una persona se mantiene llorando de manera prolongada por la pérdida de un miembro de su cuerpo, intentar consolarlo con un "al menos sigues vivo". La cuarta consiste en centrarse en una conversación que busque una solución de la misma manera, que inclinarse a la validación de la emoción por completo; por ejemplo, cuando el profesional de enfermería es completamente vulnerable y el discurso pasa a ser un relato de su vida y no del usuario.

Es importante considerar que al momento de validar a un usuario, la respuesta de éste puede ser negativa o contraria a lo esperado, ya que se puede presentar una respuesta de resistencia por parte del usuario; por ejemplo, "es que tú no me entiendes, ya que no pasas por lo mismo"; ante ese escenario, es importante recordar que es una emoción y pensamiento el no sentirse comprendido, y es susceptible de validación, pues la esencia de ésta es brindar acompañamiento.

CONCLUSIÓN

Como parte fundamental de la validación, se deben aplicar los mismos principios al estar en contacto con las experiencias internas propias, procurando un ambiente

autovalidante que también permita que el personal de enfermería se reconozca como una persona que siente y se cansa; la autovalidación tendrá como efecto el reducir niveles de estrés al ser parte de un equipo de profesionales de la salud en la atención de pacientes y familiares que se encuentran viviendo un duelo detonado por la enfermedad crónico degenerativa como son las cardiopatías o bien un duelo detonado por la muerte de un ser querido; y así promover la cultura del autocuidado.

REFERENCIAS

1. Lopera M. Acompañar en la muerte es un pilar del cuidado, una dolorosa obligación y un dilema. Cienc Enferm. 2016; 22(1): 65-74.
2. Payás PA. Las tareas del duelo. Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional. Madrid (España): Paidós; 2016.
3. Pérez AM. La conducta de las operaciones mentales (apuntes críticos y reconstructivos). Apuntes de Psicología. 2012; 30(1-3): 63-68.
4. Luciano M, Cabello F. Trastorno del duelo y terapia de aceptación y compromiso. Análisis y modificación de conducta. 2001; 27: 400-423.
5. Veliz-Rojas L, Bianchetti A. Acompañamiento y cuidado holístico de enfermería en personas con enfermedades crónicas no adherentes al tratamiento. Revenf ucr ac cr. [Internet] 2017 [citado 6 nov. 2018]; 32 [Aprox. 11p]. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n32/1409-4568-enfermeria-32-00186.pdf
6. Linehan M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press; 1993.
7. Tetti G, Boggiano J, Gagliesi P. Terapia Dialéctico Conductual (DBT). Un tratamiento posible para pacientes con trastornos severos. Revista argentina de psiquiatría. 2018; 26: 27-54.
8. Elices M, Cordero S. Terapia Dialéctico Conductual para el Tratamiento del Trastorno Límite de Personalidad. Psicología, conocimiento y sociedad. 2011; 1(3): 132-152.
9. Kanter J, Reyes M. Conciencia, valor y amor. En: Reyes OMA, Kanter JW. Psicoterapia analítica funcional. Una guía clínica para usar la interacción terapéutica como mecanismo de cambio. España: Latinoamérica contextual; 2017
10. Gempeler J. Terapia conductual dialéctica. Revista Colombiana de Psiquiatría 2008, 37(1): 136-148.

Instrucciones para los autores

Los artículos deberán prepararse de acuerdo con la publicación reciente de los "Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas: redacción y preparación de la edición de una publicación biomédica", desarrollados por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE), y que se pueden consultar en la página de internet http://www. icmje.org. El envío del manuscrito será de un trabajo no publicado, excepto en forma de resumen, y que no sea enviado simultáneamente a otra revista, ya que se solicita que el autor ceda los derechos a esta revista; por lo tanto, los manuscritos aceptados serán propiedad de la Sociedad Mexicana de Cardiología y no podrán ser publicados, ni completos, ni parcialmente en ninguna otra parte, sin el consentimiento escrito del editor.

Los manuscritos originales recibidos no serán devueltos y el autor principal debe guardar una copia completa.

IMPORTANTE

El manuscrito deberá enviarse junto con la forma de Transferencia de Derechos de Autor con las firmas solicitadas (ver al final del texto).

LISTA DE VERIFICACIÓN

Las características con las que deben ser presentados los manuscritos se muestran en la siguiente lista de verificación

PREPARACIÓN DEL MANUSCRITO

- Envíe dos copias impresas del manuscrito, escrito a doble espacio con márgenes de 2.5 cm, en papel bond tamaño carta (28 x 21.5 cm), con letra Arial 12, y numere las páginas de forma consecutiva desde la portada.
- Escriba cada componente del manuscrito en una página separada: título, resúmenes (español e inglés) y palabras clave, texto del artículo (introducción, material y métodos, resultados, discusión y conclusiones), referencias bibliográficas, cuadros y/o figuras.
- Ponga el número de la página, el apellido del primer autor y el título de cornisa en la esquina superior derecha de cada página.
- Cite referencias, cuadros y figuras consecutivamente y conforme aparezcan en el texto.
- Anexe la forma impresa de Transferencia de Derechos de Autor a favor de la Sociedad Mexicana de Cardiología, firmada por el primer autor y coautores del artículo.
- Envíe el manuscrito grabado en archivo electrónico, con la portada etiquetada con el título del artículo y el nombre del primer autor, empezando por apellidos. El texto y los cuadros y/o figuras deberán presentarse en diferentes archivos electrónicos.

ESTRUCTURA DEL MANUSCRITO

1. Portada

- Escriba el título sin abreviaturas o siglas, límite: 15 palabras.
- Escriba el título corto para cornisa, límite: 8 palabras.
- Autores. Incluya a todos los autores, empezando por nombre(s); si quiere que aparezcan los dos apellidos, para futuras referencias, únalos con un guión. Enseguida del nombre completo, coloque números arábigos consecutivos en superíndice, para indi-

car el nivel académico, categoría laboral, nombre del departamento e institución a la que pertenece.

Ejemplo:
Magdalena Sierra Pacheco,[1] Erika Rossi Díaz-Benítez.[2]

[1] Enfermera Especialista Infantil. Coordinadora Académica de la Especialidad en Enfermería Cardiovascular. ENEO UNAM-Escuela de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

[2] Enfermera Especialista Infantil. Jefa del Servicio de Cardiología Adultos A. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

— Correspondencia. Incluya nombre, dirección, teléfono, número de fax y dirección electrónica del autor responsable, y la fecha en que envía su artículo para publicación.

2. Resúmenes

— En español e inglés, límite 250 palabras. Organícelo de acuerdo con los apartados solicitados para cada una de las secciones. Al elaborar el resumen, no utilice abreviaturas ni cite referencias.

— Palabras clave, de 3 a 5 palabras; no use frases en español ni en inglés, sin abreviaturas; utilice el lenguaje controlado publicado en el Medical Subject Headings de Index Medicus o las aceptadas por el International Council of Nurses o la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

3. Texto

A) Artículo de investigación. Extensión máxima de 12 cuartillas; incluye resúmenes, introducción, material y métodos, resultados, discusión, conclusiones, referencias, cuadros y/o figuras.

B) Artículo de revisión. Extensión máxima de 10 cuartillas; incluye resúmenes, introducción, metodología, desarrollo del tema, conclusiones, referencias, cuadros y/o figuras.

C) Estudios de caso. Extensión máxima de 12 cuartillas; incluye resúmenes, introducción, objetivo, metodología, presentación del caso, proceso de atención de enfermería, conclusiones, cuadros y/o figuras.

D) Artículos de práctica diaria. Extensión máxima de 8 cuartillas; incluye resúmenes, desarrollo (concepto, objetivo, principios o políticas, indicaciones, contraindicaciones, material y equipo, procedimiento, complicaciones, puntos importantes), referencias, cuadros y/o figuras.

E) Artículos “Hablando de...” Temas de interés general para el profesional de enfermería; extensión máxima de 8 cuartillas; incluyen resúmenes, introducción, desarrollo, conclusiones y referencias (opcional).

NOTA: Las abreviaturas utilizadas en el texto serán explicadas la primera vez que se empleen y se utilizarán a lo largo de todo el manuscrito.

4. Referencias bibliográficas

Cite las referencias en el orden de aparición en el texto, utilizando números arábigos en superíndice, sin paréntesis ni espacios y con guiones cuando se trate de rangos. La redacción de las referencias bibliográficas deberán ajustarse a los lineamientos de los “Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas: redacción y preparación de la edición de una publicación biomédica”.

A) ARTÍCULO DE REVISTA

— Primer apellido (si quiere utilizar los dos, únalos con un guión), inicial(es) del nombre de los seis primeros autores, seguido de coma cada uno; en el caso de ser siete o más autores se colocará la palabra “et al”. Al concluir los nombres se usa punto.

— Título del artículo, utilizando mayúsculas sólo para la primera letra de la palabra, seguido de un punto. Incluir subtítulo del artículo, si lo tiene.

— Abreviatura de la revista utilizada en el *Index Medicus*; seguida de un punto.

— Año de la publicación, seguido de punto y

coma

- Número de volumen tal como aparece en la revista.
- Número de la revista entre paréntesis (si lo tiene), seguido de dos puntos.
- Número de página inicial y final del artículo, separados por un guión, seguidos de punto final.

Ejemplos:

Pérez-Noriega E, Morales-Espinoza ML, Grajales-Alonso I. Panorama epidemiológico de la obesidad en México. Rev Mex Enferm Cardiol. 2006; 14 (2): 62-64.

Méndez CG. Actitud del paciente para ejercer sus derechos con base en información y conocimiento. Rev Mex Enferm Cardiol. 2006; 14 (1): 5-9.

B) ARTÍCULO DE REVISTA EN INTERNET

- Primer apellido (si quiere utilizar los dos únalos con un guión), inicial(es) del nombre de los autores, seguido de coma cada uno; al concluir los nombres se usa punto.
- Título del artículo, utilizando mayúsculas sólo para letra inicial de la primera palabra, seguido de un punto. Incluir subtítulo del artículo, si lo tiene.
- Nombre de la revista.
- Escribir entre corchetes [Internet] seguido de punto.
- Año y mes abreviado (si tiene).
- Fecha de consulta. Escribir entre corchetes [citado] y colocar el día, mes abreviado y año en que se consultó, seguido de punto y coma.
- Volumen (y en caso de tener número de revista, éste se coloca entre paréntesis), seguido de dos puntos.
- En caso de saber el número de páginas, anotar el número de página inicial y final del artículo, separados por un guión, seguido de un punto; si no tiene páginas numeradas, entre corchetes se anotará “aprox.”, el número aproximado de páginas, seguido de una “p”, colocar un punto.
- “Disponible en”, seguido de dos puntos.
- Dirección electrónica.

Ejemplos:

Barandiarán M, Marcellán T, Moreno L. Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2003 sep-dic [citado 19 oct 2005]; 26 (3): 37-49. Disponible en: http:// www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n3/ revis2a.html

Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: tha ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [revista en internet]. 2002 jun [citado 12 ago 2002];102 (6): [aprox. 3 p]. Disponible en: http://www.nursingworld.org/AJN2002/june/Wawatch.html

C) LIBRO

- Primer apellido (si quiere utilizar los dos, únalos con un guión), inicial(es) del nombre de los seis primeros autores, seguido de coma cada uno; en el caso de ser 7 o más autores se colocará la palabra “et al”. Al concluir los nombres se usa punto.
- Título del libro, utilizando mayúsculas sólo para letra inicial de la primera palabra, seguido de un punto.
- Número de la edición, excepto si es la primera, seguido de “ed” y después un punto.
- Ciudad en la que fue publicada, seguida de dos puntos.
- Nombre de la editorial, seguido de punto y coma.
- Año de la publicación, seguido de un punto.

Ejemplos:

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4a ed. San Luis: Mosby; 2002.

Ortega-Vargas MC, Suárez-Vázquez M, Jiménez-Villegas MC, Añorve-Gallardo A, Cruz-Corchado M, Cruz-Ayala G et al. Manual de evaluación del servicio de calidad de enfermería. Estrategias para su aplicación. México: Médica

Panamericana; 2006.

D) CAPÍTULO DE UN LIBRO

- Primer apellido (si quiere utilizar los dos, únalos con un guión), inicial (es) del nombre de los seis primeros autores, seguido de coma cada uno; en el caso de ser siete o más autores, se colocará la palabra “et al”. Al concluir los nombres se usa punto.
- Título del capítulo, utilizando mayúsculas sólo para la letra inicial de la primera palabra, seguido de un punto. Incluir subtítulo del artículo, si lo tiene.
- Indicar la palabra “En”, seguida de dos puntos.
- Primer apellido (si quiere utilizar los dos, únalos con un guión), inicial(es) del nombre de los seis primeros autores, seguido de coma cada uno; en el caso de ser siete o más autores se colocará la palabra “et al”. Al concluir los nombres se usa punto.
- Título del libro, utilizando mayúsculas sólo para letra inicial de la primera palabra, seguido de un punto.
- Número de la edición, excepto si es la primera, seguido de “ed” y después un punto.
- Ciudad en la que fue publicada, seguida de dos puntos.
- Nombre de la editorial, seguido de punto y coma.
- Año de la publicación, seguido de un punto.
- Anotar una “p” minúscula seguida de un punto.
- Primera y última páginas del capítulo citado separadas por un guión; finalizar con un punto.

Ejemplo:

Ruiz PR, Montesinos JG, Carlón CMP, Vega HS, Barrera SM. Administración de medicamentos por vía oral. En: Ortega-Vargas MC, Suárez-Vázquez M, Jiménez-Villegas MC, Añorve-Gallardo A, Cruz-Corchado M, Cruz-Ayala G et al. Manual de evaluación del servicio de calidad de enfermería. Estrategias para su aplicación. México: Médica Panamericana; 2006. p 135-144.

Para referenciar otros materiales como cd-rom, monografías en internet, página principal de un sitio web, bases de datos, entre otros, consultar la página de internet http://www.icmje.org.

Nota importante:

Artículo con más de seis autores:

- Apellido (si quiere utilizar los dos únalos con un guión) e inicial(es) del nombre del o los prime- ros seis autores, seguido de la palabra “et al”; al concluir los nombres se usa punto.

Ejemplo:

Flores-Flores J, Palomo-Villada JA, Bernal-Ruiz E, Santiago-Hernández J, Montoya-Silvestre A, Astudillo Sandoval R et al. Reestenosis binaria post-ACTP con balón de corte previo a la colocación de stent. Arch Cardiol Mex. 2006; 76 (4):408-414.

5. Cuadros

- Elabore los cuadros a doble espacio y en hojas separadas.
- Coloque los cuadros con números romanos de acuerdo con el orden en que aparecen en el tex- to.
- Verifique que el número y título del cuadro aparezcan arriba del mismo y las notasexplicatorias debajo de éste.
- Compruebe que el cuadro provea la información suficiente que permita su interpretación sin necesidad de referirse al texto.
- Evite enviar los cuadros en formato de imagen.
- Recuerde no usar líneas verticales. El cuadro sólo llevará 3 líneas horizontales: en la primera fila, el grosor de la línea superior será de 2¼ y el de la línea inferior de 1 pto; en la línea inferior de la última fila, será de 2¼ pto.
- Cada columna debe ir encabezada por un título breve o abreviado.

6. Figuras

- Se entiende como figura cualquier tipo de gráfico, fotografía, imagen, dibujo, esquema, entre otros.
- Verifique que las figuras estén identificadas de forma progresiva con números arábigos de acuerdo con su aparición en el texto.
- Las fotografías en las que aparecen personas identificables deberán acompañarse del permiso escrito para la publicación otorgado por la persona. De no ser posible contar con este permiso, los ojos de la persona deberán ser cubiertos sobre la fotografía.
- En el caso de las fotografías, imágenes o dibujos, deben ser presentadas en formato JPEG o GIF.
- Para las figuras en el manuscrito impreso, enviar fotografías nítidas y brillantes en blanco y negro o en color, de 127 mm x 173 mm. Una figura en cada hoja.

Dirija todos los manuscritos a:

Mtra. María Guadalupe Paredes Balderas
Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica
Sociedad Mexicana de Cardiología
Juan Badiano Núm. 1,
Col. Tlalpan, 14080, México, D.F.
E-mail: jcparedes11@yahoo.com.mx

SOCIEDAD MEXICANA DE CARDIOLOGIA
FUNDADA EN 1935

2021
Mérida, Yucatán
30 y 31 octubre | 1 y 2 noviembre

XXXII Congreso Mexicano de Cardiología

SOCIEDAD MEXICANA DE CARDIOLOGIA
FUNDADA EN 1935

www.smcardiologia.org.mx

GRUPO Destinos | CIC

CONGRESOS INCENTIVOS Y CONVENCIONES
+52(55) 5171 1380 / 5582 1286
www.cicmundiales.com.mx

SOCIEDAD MEXICANA DE CARDIOLOGIA
PLUS EST EN TOI