

■ Editorial • Editorial

Relevancia social de la Enfermería
Social relevante of Nursing
Mtro. Severino Rubio Domínguez

■ Artículos Originales • Original Articles

Relación de etiquetas NANDA e indicadores NOC, respecto al porcentaje de sobrevivencia en pacientes politraumatizados
Relation of NANDA labels and NOC indicators, in respect to survival rates in polytraumatized patients

Karina García Rangel, Juan Gabriel Rivas Espinosa

Nivel de conocimiento sobre actividad física en mujeres de 20 a 39 años con obesidad, que asisten a una unidad de medicina familiar
Knowledge level on physical activity in women 20 to 39 years with obesity, attending to a unit of family medicine

José Ángel Luna Rojas, María Nieves Baeza Capetillo, Silvia Mariola Chávez Cruz, María Teresa Morales Rico, María Ester Olguín Cabecera, César Valentín Galicia

Nivel de cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana 168-SSA1-1998 del expediente clínico, por el personal de Enfermería en un Instituto Nacional de Salud
Level of compliance with the Mexican Official Standard 168-SSA1-1998 on clinical files by the nursing staff of a National Institute of Health

Flor Lizet Villeda García, Miguel Ángel Córdoba Ávila, Javier Rodríguez Suárez, Silvia Balbuena Román, Margarita Hernández Zavala, María Luisa Díaz García, Fhiharu Murata

Índice de conocimiento sobre alimentación en primigestas de 25 a 30 años en la primera consulta prenatal para la mejora de su autocuidado
Knowledge index on alimentation in 25 to 30 years old primigravida women during the first prenatal consultation, towards better self-care

Reyna Fabiola Chávez Ochoa, José Ángel Luna Rojas

Estimulación temprana en niños menores de 2 años en la Ciudad de Durango
Early stimulation of children under 2 years old in the City of Durango

Juan Manuel Ramírez Salazar, Martha Lilia Parra Domínguez

■ Artículos de Revisión • Review Articles

Proceso de enfermería: Integración del conocimiento a la práctica de enfermería
Nursing process: integration knowledge to nursing practice

María del Pilar Sosa Rosa

■ Caso CONAMED • CONAMED Case

Responsabilidad médica ante el incumplimiento de obligaciones
Medical liability given the breach of obligations

María del Carmen Dubón Peniche

MÉXICO
2010



SALUD



Vivir Mejor

CONTENIDO**Editorial**

- Relevancia social de la Enfermería**..... 3
 Severino Rubio Domínguez.

Artículos Originales

- Relación de etiquetas NANDA e indicadores NOC, respecto al porcentaje de sobrevida en pacientes politraumatizados**..... 4
 Karina García Rangel, Juan Gabriel Rivas Espinosa.

- Nivel de conocimiento sobre actividad física en mujeres de 20 a 39 años con obesidad, que asisten a una unidad de medicina familiar**..... 11
 José Ángel Luna Rojas, María Nieves Baeza Capetillo, Silvia Mariola Chávez Cruz, María Teresa Morales Rico, María Ester Olguín Cabrera, Cesar Valentin Galicia.

- Nivel de cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana 168-SSA1-1998 del expediente clínico, por el personal de Enfermería en un Instituto Nacional de Salud**..... 17
 Flor Lizet Villeda García, Miguel Ángel Córdoba Ávila, Javier Rodríguez Suárez, Silvia Balbuena Román, Margarita Hernández Zavala, María Luisa Díaz García, Fhiharu Murata.

- Índice de conocimiento sobre alimentación en primigestas de 25 a 30 años en la primera consulta prenatal para la mejora de su autocuidado**..... 23
 Reyna Fabiola Chávez Ochoa, José Ángel Luna Rojas.

- Estimulación temprana en niños menores de 2 años en la Ciudad de Durango**,..... 30
 Juan Manuel Ramírez Salazar, Martha Lilia Parra Domínguez.

Artículos de Revisión

- Proceso de enfermería: Integración del conocimiento a la práctica de enfermería**..... 35
 María del Pilar Sosa Rosas.

Caso CONAMED

- Responsabilidad médica ante el incumplimiento de obligaciones**..... 40
 María del Carmen Dubón Peniche.

CONTENTS**Editorial**

- Social relevance of Nursing**. 3
 Severino Rubio Domínguez.

Original Articles

- Relation of NANDA labels and NOC indicators, in respect to survival rates in polytraumatized patients**..... 4
 Karina García Rangel, Juan Gabriel Rivas Espinosa.

- Knowledge level on physical activity in women 20 to 39 years old with obesity, attending to a unit of family medicine**..... 11

José Ángel Luna Rojas, María Nieves Baeza Capetillo, Silvia Mariola Chávez Cruz, María Teresa Morales Rico, María Ester Olguín Cabrera, Cesar Valentin Galicia.

- Level of compliance with the Mexican Official Standard 168-SSA1-1998 on clinical files by the nursing staff of a National Institute of Health**..... 17

Flor Lizet Villeda García, Miguel Ángel Córdoba Ávila, Javier Rodríguez Suárez, Silvia Balbuena Román, Margarita Hernández Zavala, María Luisa Díaz García, Fhiharu Murata.

- knowledge index on nutrition in 25 to 30 years old primigravida women during the first prenatal consultation, to improve their self-care**..... 23
 Reyna Fabiola Chávez Ochoa, José Ángel Luna Rojas.

- Early stimulation of children under 2 years old in the City of Durango**,..... 30
 Juan Manuel Ramírez Salazar, Martha Lilia Parra Domínguez.

Review Articles

- Nursing process: Integration of knowledge to nursing practice**..... 35
 María del Pilar Sosa Rosas.

CONAMED Case

- Medical liability given the breach of obligations**. 40
 María del Carmen Dubón Peniche.

MÉXICO

Los artículos de la Revista CONAMED versan sobre seguridad del paciente, calidad de la atención médica, ética profesional, error médico y su prevención, así como temas relacionados con los medios alternos de solución de conflictos, derechos humanos y otros afines al acto médico.

Editor

Dr. Germán Fajardo Dolci

Editor Adjunto

Dr. Javier Rodríguez Suárez

Editor Invitado

Mtro. Severino Rubio Domínguez

Mtra. Dolores Zarza Arizmendi

Consejo Editorial

Dr. Héctor Aguirre Gas

Dr. Javier Santacruz Varela

Dra. Mahuina Campos Castolo

Dr. Francisco Hernández Torres

Dr. Rafael Gutiérrez Vega

Dr. José Meljem Moctezuma

Lic. Juan Antonio García Villa

Lic. Jesús Antonio Zavala Villavicencio

Lic. Bertha Hernández Valdés

Comité Editorial

Dr. J. Francisco González Martínez

Dr. Emilio García Procel

Dr. José Antonio Carrasco Rojas

Dr. Miguel Ángel Rodríguez Weber

Dr. Enrique Luis Graue Wiechers

Dr. Carlos A. Viesca Treviño

Dr. Romeo Rodríguez Suárez

Mtro. Severino Rubio Domínguez

Dr. Rafael M. Navarro Meneses

Dr. J. Alberto García Aranda

Hospital General de México

Academia Nacional de Medicina, México

Academia Mexicana de Cirugía

Academia Nacional de Pediatría, México

Facultad de Medicina, UNAM, México

Facultad de Medicina, UNAM, México

Secretaría de Salud, México

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM, México

Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", México

Hospital Infantil de México

Procedimiento Editorial

Lic. Miguel A. Córdoba Ávila

Lic. Araceli Zaldivar Abad

Dr. Sebastián García Saisó

(Responsable de Traducción)

Diseño y Producción

Berta Bermúdez Aguilar

LDG. Mónica Sánchez Blanco

(Portada)



Registrada en los siguientes índices:

Periódica

Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias

www.dgb.unam.mx/index.php/catalogos

Latindex

Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

www.latindex.org

IMBIOMED

Índice Mexicano de Revistas Biomédicas Latinoamericanas

www.imbiomed.com.mx

Cuiden

Centro de Gestión del Conocimiento en Cuidados de Salud

www.index-f.com/busquedas.php

Dialnet

Fundación Dialnet de Universidad de La Rioja
<http://dialnet.unirioja.es/>

ARTEMISA

Artículos Editados en México sobre Información en Salud. En trámite.

www.artemisaenlinea.org.mx

Revista CONAMED es el órgano de difusión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con domicilio en Mitla 250, Esq. Eugenia, Col. Narvarte, C.P. 03020, Delegación Benito Juárez, México, Distrito Federal. Tels: 5420-7103 y 5420-7030. Fax: 5420-7109. Correo electrónico: revista@conamed.gob.mx. Página web: www.conamed.gob.mx. Publicación trimestral, volumen 15, suplemento 1, 2010. Distribución gratuita. Elaborada por la Dirección General de Difusión e Investigación. Editor responsable: Dr. Germán Fajardo Dolci. Impresión: Impresora y Encuadernadora Progreso S.A. de C.V. (IEPSA), Calz. de San Lorenzo 244, Col. Paraje San Juan, C.P. 09830 México, D.F. Tiraje: 5,350 ejemplares. Distribución autorizada por SEPOMEX PP-DF-025 1098. Certificado de Licitud de Título número: 9969. Certificado de Licitud de Contenido número 6970. Distribución a suscriptores: Dirección General de Administración. Reserva de derechos al uso exclusivo del título, número: 04-2004-090909324900-102. Los artículos firmados son responsabilidad del autor, las opiniones expresadas en dichos artículos son responsabilidad de sus autores y no necesariamente son endosados por la CONAMED. Se permite la reproducción parcial o total del material publicado citando la fuente.

Relevancia social de la Enfermería

Social relevance of Nursing

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico nos ofrece nuevamente una edición especial para el profesional de Enfermería, en reconocimiento de la importancia estratégica que tienen las tareas que realizan más de 200 000 personas dedicadas a cuidar la vida de los sanos y enfermos en diversas instituciones de carácter preventivo de la enfermedad, o en las diversas también instituciones que enfrentan la enfermedad y la posibilidad de la recuperación de la salud de los mexicanos. Por lo anterior, nuestro aprecio y reconocimiento a una institución que a su vez valora el significado que tiene la Enfermería como profesión de interés público y que en consecuencia ha dispuesto el establecimiento de una unidad de investigación en enfermería integrada a la Red ENEO UNAM.

En este Suplemento de Enfermería de la Revista CONAMED, el lector podrá reflexionar como es que la investigación en Enfermería constituye un componente fundamental para mejorar la calidad y la seguridad del paciente.

La medición de la mejora, así como el aprendizaje colaborativo a partir de las lecciones aprendidas de la práctica cotidiana, representan estrategias que deben utilizarse de manera constante para impactar más en los resultados de los pacientes. Por ello, en este suplemento se abordan temas como la relación de las etiquetas NANDA e indicadores NOC, en relación al porcentaje de sobrevivida en pacientes politraumatizados, utilizando una escala que valora tres parámetros fisiológicos del paciente y que ayudan a determinar las posibilidades que tiene de sobrevivir a un trauma múltiple.

Muy acertado es incluir en esta edición especial el tema de la obesidad, que constituye un problema de gran trascendencia como causa de enfermedad crónica y enfermedad grave. Las alteraciones orgánicas y fisiopatológicas, los trastornos familiares que genera así como, los problemas económicos que condiciona, obligan a realizar un trabajo intenso en todos los sentidos, pero sobre todo a nivel de prevención. Este problema, que re-

presenta un gran reto desde el punto de vista de la salud pública, debe ser atendido con medidas educativas a la población, ya que el nivel de conocimiento que tienen las mujeres obesas acerca de la actividad física todavía no es el adecuado, lo cual impacta negativamente en su prevención.

Otro tópico que se incluye en este suplemento es el cumplimiento por parte del personal de enfermería de la Norma Oficial Mexicana 168-SSA1-1998 del expediente clínico, que todavía es insuficiente, para realizar registros completos, veraces y oportunos. Es por esto que es necesario continuar enfatizando su importancia tanto para el diagnóstico y tratamiento como sobre los problemas legales que pueden derivarse de su incumplimiento.

De gran interés resulta el artículo que nos presenta el conocimiento que tienen las primigestas sobre una alimentación adecuada. Esto es importante dada la mayor vulnerabilidad nutricional de la mujer durante el embarazo, así como de las consecuencias que puede tener sobre el producto una mala nutrición. Una amplia difusión y educación permanente sobre este tema, representa una necesidad que debe ser respondida con diferentes estrategias.

Por último, se analiza el proceso de enfermería desde el punto de vista de integración del conocimiento a la práctica de enfermería. En esta revisión, se ve al proceso en dos momentos fundamentales, uno que se refiere al aspecto formativo e informativo de los alumnos y otro, que se enfoca sobre el desempeño profesional, con especial énfasis sobre el impacto que tiene el manejo de los factores de riesgo sobre la calidad de la atención de enfermería y la seguridad del paciente.

Mtro. Severino Rubio Domínguez

severinorubio@hotmail.com

Director de la Escuela Nacional
de Enfermería y Obstetricia

Universidad Nacional Autónoma de México

Relación de etiquetas NANDA e indicadores NOC, respecto al porcentaje de sobrevivida en pacientes politraumatizados

Relation of NANDA labels and NOC indicators, in respect to survival rates in polytraumatized patients

Karina García-Rangel¹, Juan Gabriel Rivas-Espinosa²

RESUMEN

Introducción. Se considera traumatismo a cualquier agresión que sufre el organismo como consecuencia de la acción de agentes físicos o mecánicos. En este proceso, el personal de enfermería se enfrenta a la emisión de juicios clínicos a través de etiquetas diagnósticas, donde las características definitorias forman parte del enunciado diagnóstico y pueden estar incluidas en los indicadores de cada resultado esperado contenido en la taxonomía NOC, por lo que es necesario indagar la relación existente entre éstos y las etiquetas diagnósticas NANDA.

Material y métodos. Se trata de un estudio cuantitativo, correlacional y transversal, con una muestra probabilística mixta de 63 pacientes politraumatizados, atendidos en los servicios de urgencias, neurocirugía y terapia intensiva en un hospital de segundo nivel. Se aplicó un instrumento de acuerdo a la Escala Revisada de Trauma, y un segundo instrumento para determinar la presencia de las etiquetas NANDA por medio de indicadores NOC.

Resultados. De las 26 etiquetas diagnósticas NANDA incluidas en el instrumento de valoración, 21 se encontraron en más del 50% de la población estudiada y de éstas, seis se localizaron en el total de los casos, convirtiéndose en constantes en la elaboración de diagnósticos para el paciente politraumatizado. Existe una correlación significativa entre los indicadores NOC y la presencia de etiquetas NANDA, $r = 0.960$, $p = (0.000)$.

Conclusiones. El proceso de enfermería puede ser llevado a cabo por el método inductivo - deductivo, es decir, partiendo de información proveniente de la respuesta humana que son los indicadores empíricos (signos y síntomas), ya que existe una fuerte relación entre ellos y la abstracción de la etiqueta diagnóstica.

Palabras Clave: Etiquetas diagnósticas, indicadores-NOC, politraumatismo.

ABSTRACT

Introduction. Trauma is considered any aggression against the body as a result of action by physical or mechanical agents. In this process, the nurse is faced with clinical judgments through diagnostic labels, where the defining characteristics are part of the diagnostic statement and can be included in the indicators for each expected result contained in the NOC taxonomy, so is necessary to investigate the relationship between them and the NANDA diagnostic labels.

Material and methods. This is a quantitative, correlational and cross-mixed with a probability sample, calculated in 63 patients with multiple injuries treated in emergency departments, intensive care in neurosurgery and a second level hospital, an instrument was applied according the Revised Trauma Scale, and a second instrument to determine the presence of tags through indicators NANDA NOC.

Results. Of the 26 labels included in the NANDA diagnostic assessment tool, 21 were found in more than 50% of the population studied, and these six were found in all cases become constants in the development of diagnostics for patient with multiple injuries. A significant correlation between indicators and the presence of NOC labels NANDA, $r = 0.960$, $p = (0.000)$.

Conclusions. The nursing process can be carried out by the inductive-deductive method, using information from the human response are empirical indicators (signs and symptoms), as there is a strong relationship between them and the abstraction of the diagnostic label.

Key words: Diagnostic labels, NOC indicators, polytrauma.

¹ Pasante de la Licenciatura en Enfermería, FES Zaragoza, UNAM. ² Profesor de la carrera de Enfermería, FES Zaragoza, UNAM

Artículos recibidos 28 de julio 2010; Primera revisión 26 agosto de 2010; Aceptado 30 de septiembre de 2010.

Correspondencia: Karina García Rangel, Carmelo Pérez 939. Col. Benito Juárez, Nezahualcóyotl, México C. P. 57000. Correo electrónico: kary-gr_luna@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La enfermería como disciplina científica, ha evolucionado a lo largo de su historia, en una trayectoria marcada por las directrices de una sociedad cada vez más exigente desde el punto de vista profesional.

El proceso de enfermería, constituye la parte sistemática del propio método enfermero que se deriva del método científico desde una perspectiva positivista; esta modificación permite su aplicación a la práctica asistencial de enfermería para prestar cuidados de forma racional y sistemática, individualizada, cubriendo las necesidades del paciente, familia y comunidad.¹

Actualmente, el método enfermero está compuesto por cinco etapas interrelacionadas, abordadas desde la teoría de forma individual, pero aplicadas en la práctica diaria con un enfoque dinámico, las cuales son: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación. A su vez, puede ser apoyado por herramientas metodológicas de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Outcome Classification (NOC) y Nursing Intervention Classification (NIC). Las tres taxonomías están organizadas de mayor a menor nivel de abstracción en Dominios y Clases. Para cada una de ellas existen niveles menores: Diagnósticos enfermeros en NANDA, Resultados Esperados en NOC e Intervenciones de Enfermería para NIC.

El enlace taxonómico, al cual se hará referencia como la NNN, (NANDA, NOC, NIC) de acuerdo con algunos teóricos, está constituido por teorías de rango medio, debido a la conjunción estructural y su nivel medio de abstracción, lo que posibilita al profesional justificar una intervención teórica y metodológica en su práctica diaria.²

Para que la profesión de enfermería se implique activamente en la investigación y la evaluación clínica de manera interdisciplinaria, es imprescindible identificar y medir los resultados de los pacientes influenciados por los cuidados enfermeros. Desde el punto de vista organizativo, los diagnósticos enfermeros ayudan a mejorar la clínica a través de la gestión que influye en forma directa en la medición. Esto favorece un entorno de mejora continua para la práctica, que se puede traducir en calidad y seguridad en la atención del paciente. Ello se consigue al incorporar aspectos de gestión, así como componentes metodológicos como la enfermería basada en la evidencia, que permite la incorporación de conocimientos generados por la investigación al quehacer práctico de enfermería, proporcionando un sustento científico para continuar con el proceso de mejora en una forma consistente que además motiva a la reflexión.³

La atención de enfermería al paciente politraumatizado, está orientada al cuidado rápido, apropiado, oportuno y eficaz durante la reanimación inicial y estabilización del paciente. Para esto, el profesional de enfermería pone en práctica los conocimientos actualizados que está comprometido a brindar, basándose en guías preestablecidas para el manejo de cierto tipo de pacientes; tal

es el caso de las recomendaciones del Comité de Trauma del Colegio Americano de Cirujanos en su programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma (ATLS).⁴

En este contexto, esta investigación se realizó con la finalidad de demostrar si existe relación de las etiquetas NANDA e indicadores NOC con respecto al porcentaje de sobrevida en el paciente politraumatizado, basado en una escala que valora tres parámetros fisiológicos del paciente y que nos ayuda a determinar el porcentaje de posibilidades que tiene el individuo, de sobrevivir posterior a un trauma múltiple.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio cuantitativo correlacional, transversal y prolectivo. La población de estudio fueron todos los pacientes con diagnóstico de trauma múltiple que ingresaron en un hospital de segundo nivel del Distrito Federal en los servicios de Urgencias, Neurocirugía y Terapia Intensiva, en el periodo de marzo a junio de 2010. El tipo de muestra que se utilizó en la investigación fue probabilística mixta, utilizando la fórmula para cálculo de muestras en poblaciones finitas, partiendo de una $N=80$, obteniendo como resultado $n=63$ pacientes que se eligieron al azar durante los meses de marzo a junio de 2010.

Para la recolección de datos se elaboraron dos instrumentos, el primero fue diseñado conforme a la Escala Revisada de Trauma (RTS) de Champion y Sacco, en el cual se incluyeron variables demográficas para determinar el porcentaje de sobrevida del paciente. El segundo es un cuestionario dicotómico en el cual el mínimo puntaje es 0 y el máximo 26; donde se seleccionaron 26 etiquetas NANDA como las más frecuentemente aplicadas en el paciente politraumatizado de acuerdo al cuadro clínico. Se clasificaron por dominios y clases según la taxonomía NANDA II, se identificaron los resultados esperados con sus respectivos indicadores de la taxonomía NOC y con base en ellos se determinó la presencia de las etiquetas diagnósticas.

Los instrumentos fueron validados por consenso de expertos, después de lo cual ambos se sometieron a una prueba piloto con 10 pacientes, para posteriormente aplicarse a la muestra seleccionada con base a los criterios de inclusión y exclusión.

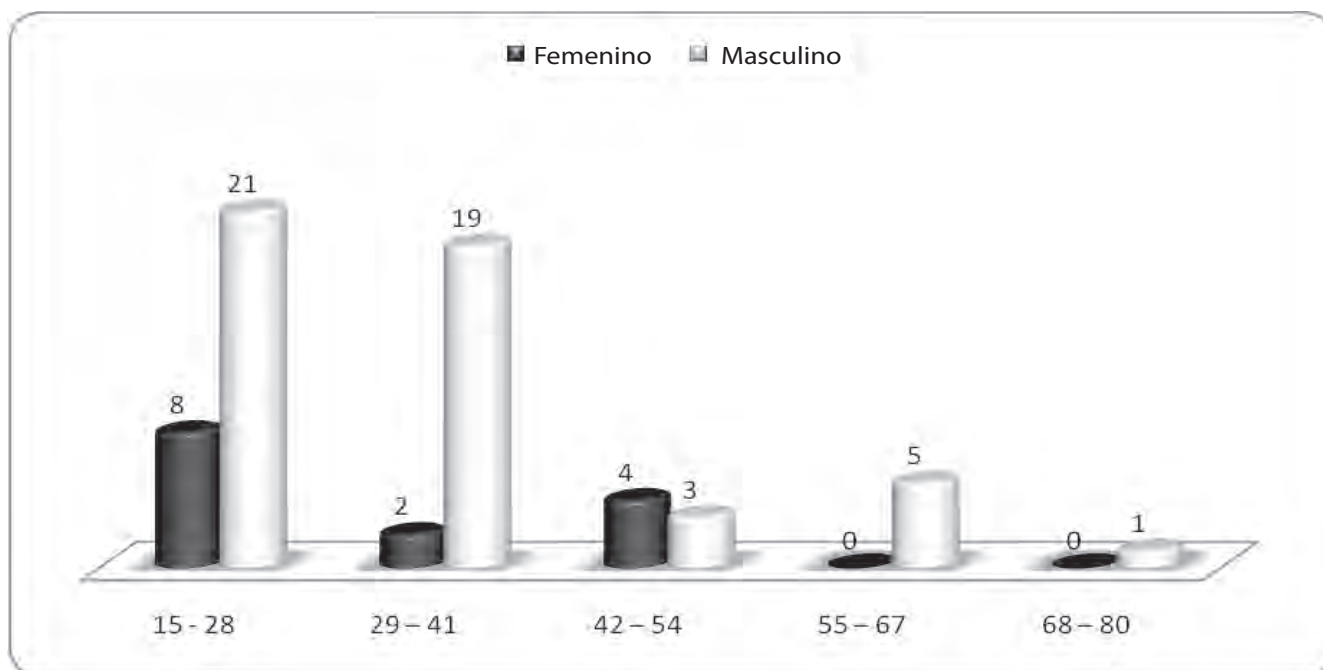
Una vez obtenido el porcentaje de sobrevida con el primer instrumento, se procedió a la aplicación del segundo, donde se determinó la presencia o ausencia de las etiquetas NANDA mediante la valoración a través de los indicadores de la taxonomía NOC, representados por la sintomatología expresada por la respuesta humana; por consiguiente, la identificación de uno o más indicadores aceptaba la presencia de la etiqueta diagnóstica NANDA. Se capturó la información obtenida en el editor de datos estadísticos SPSS v.18. Para el tratamiento estadístico descriptivo se realizaron medidas de tendencia central en los datos demográficos como edad, sexo, servicio de internamiento y porcentaje de sobrevida. Para la esta-

dística inferencial, se efectuaron pruebas de correlación en cuadros de contingencia y coeficiente de correlación de Pearson entre las etiquetas diagnósticas y los indicadores de los resultados esperados de la taxonomía NOC, para la comprobación de hipótesis.

RESULTADOS

En la muestra conformada por 63 pacientes con trauma múltiple, que cumplían con los criterios de selección, se encontró que la mayoría estaba representada por hombres jóvenes con un 63% y con edades entre 15 y 41 años (Figura 1).

Figura 1. Género de los pacientes por rango de edad



En el servicio de urgencias se obtuvo 73% de la muestra, 16% en el servicio de Neurocirugía y 11% en Terapia Intensiva. Con respecto al porcentaje de sobrevivencia, 33.3%, obtuvo 60% – 75%, seguido de un porcentaje de 20.6% con sobrevivencia de 40 – 59% y el 17.5% obtuvo 93-96% de sobrevivencia (Cuadro 1).

Se identificaron un total de 26 etiquetas diagnósticas NANDA contenidas en el instrumento de valoración, de las

Cuadro 1: Porcentaje de sobrevivencia del paciente

Porcentaje de sobrevivencia	FO	%
93 - 96%	11	17.5%
60 - 75%	21	33.3%
40 - 59%	13	20.6%
26 - 40%	8	12.7%
15 - 20%	4	6.3%
< 10%	6	9.6%
Total	63	100%

cuales se encontró que 21 de ellas estaban presentes en más del 50% de la población y de estas, 6 se encontraron en el 100%, como es el caso de: riesgo de infección, riesgo de lesión, deterioro de la integridad cutánea, deterioro de la integridad tisular, protección ineficaz y dolor agudo (Cuadro 2). Las etiquetas diagnósticas que se presentaron con mayor frecuencia con respecto a los niveles de la Escala Revisada de Trauma fueron: 60% – 75% con 315 etiquetas, 40% – 59% con 254 etiquetas, y 26% – 40% con 181 etiquetas (Cuadro 3).

Al realizar la prueba del coeficiente de correlación de Pearson entre los indicadores NOC y la presencia

Cuadro 2. Frecuencia de las etiquetas NANDA identificadas

ETIQUETA	FO	%
Deterioro de la deglución	35	55.6%
Déficit de volumen de líquidos	59	93.7%
Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos	62	98.4%
Deterioro del intercambio de gases	9	14.3%
Deterioro de la movilidad física	62	98.4%
Disminución del gasto cardiaco	60	95.2%
Patrón respiratorio ineficaz	35	55.6%
Deterioro de la ventilación espontánea	34	54%
Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardiaca	2	3.2%
Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz	35	55.6%
Perfusión tisular periférica ineficaz	58	92.1%
Trastorno de los procesos de pensamiento	33	52.4%
Deterioro de la comunicación verbal	35	55.6%
Riesgo de disreflexia autónoma	42	66.7%
Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal	14	22.2%
Riesgo de infección	63	100%
Riesgo de lesión	63	100%
Deterioro de la integridad cutánea	63	100%
Deterioro de la Integridad Tisular	63	100%
Riesgo de aspiración	31	49.2%
Limpieza ineficaz de vías aéreas	34	54%
Protección ineficaz	63	100%
Riesgo de disfunción neurovascular periférica	60	95.2%
Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal	51	81%
Dolor agudo	63	100%
Náuseas	2	3.2%

de etiquetas NANDA, se obtuvo una $r = 0.960$ y una significancia de $p = 0.000$ (Cuadro 4), lo que nos indica que tienen una correlación positiva muy fuerte y la probabilidad de error es menor de 1%; por lo que se acepta la hipótesis de investigación: Existe relación entre las etiquetas NANDA e indicadores NOC con respecto al porcentaje de sobrevida en el paciente politraumatizado.

Cuadro 3. Frecuencia de las etiquetas por nivel del porcentaje de sobrevida

ETIQUETA	% DE SOBREVIDA								TOTAL
	98 – 99%	93 – 96%	60 – 75%	40 – 59%	26 – 40%	15 – 20%	< 10%	0%	
Deterioro de la deglución	0	2	3	12	8	4	6	0	35
Déficit de volumen de líquidos	0	9	19	13	8	4	6	0	59
Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos	0	11	21	13	8	4	5	0	62
Deterioro del intercambio de gases	0	0	0	1	2	2	4	0	9
Deterioro de la movilidad física	0	10	21	13	8	4	6	0	62
Disminución del gasto cardíaco	0	10	19	13	8	4	6	0	60
Patrón respiratorio ineficaz	0	4	8	7	7	4	5	0	35
Deterioro de la ventilación espontánea	0	2	8	6	8	4	6	0	34
Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca	0	0	0	0	2	0	0	0	2
Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz	0	1	4	12	8	4	6	0	35
Perfusión tisular periférica ineficaz	0	8	20	12	8	4	6	0	58
Trastorno de los procesos de pensamiento	0	1	2	12	8	4	6	0	33
Deterioro de la comunicación verbal	0	1	4	12	8	4	6	0	35
Riesgo de disreflexia autónoma	0	6	13	8	7	4	4	0	42
Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal	0	0	0	1	4	4	5	0	14
Riesgo de infección	0	11	21	13	8	4	6	0	63
Riesgo de lesión	0	11	21	13	8	4	6	0	63
Deterioro de la integridad cutánea	0	11	21	13	8	4	6	0	63
Deterioro de la Integridad tisular	0	11	21	13	8	4	6	0	63
Riesgo de aspiración	0	0	4	9	8	4	6	0	31
Limpieza ineficaz de vías aéreas	0	1	6	9	8	4	6	0	34
Protección ineficaz	0	11	21	13	8	4	5	0	62
Riesgo de disfunción neurovascular periférica	0	11	19	12	8	4	6	0	60
Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal	0	6	17	11	7	4	6	0	51
Dolor agudo	0	11	21	13	8	4	6	0	63
Náuseas	0	0	1	0	0	0	1	0	2
Total	0	149	315	254	181	94	137	0	1130

Cuadro 4. Coeficiente de correlación de Pearson

		Suma de las etiquetas por paciente	Suma de los indicadores
Suma de las etiquetas por paciente	Correlación de Pearson	1	.960**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	63	63
Suma de los indicadores	Correlación de Pearson	.960**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	63	63

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

DISCUSIÓN

El proceso enfermero es una teoría sobre cómo se organizan los cuidados de las personas, familias y comunidades. El primer paso identificado en este proceso es la valoración, de la cual se desprenden los diagnósticos enfermeros, que son la base de los cuidados brindados. Un diagnóstico enfermero adecuado y válido, determina el resultado sensible a la actuación de enfermería. Estos resultados guían la selección de intervenciones que probablemente producirán el efecto terapéutico deseado.⁵

Existe concordancia entre las estadísticas del INEGI, refieren que el 70% de los politraumatismos ocurre en hombres entre los 15 y 44 años y los resultados de la presente investigación, en que la mayor frecuencia de politraumatismos pertenece a hombres de entre 15 y 41 años en un 63% de la población estudiada. Las principales causas de las altas incidencias de trauma múltiple, se asocian al estilo de vida, al área laboral, al rol social que desempeñan y al grupo etario al que pertenecen, ya que corresponden al sector de la población laboralmente activa, lo cual incrementa los factores de riesgo en comparación al rol desempeñado por las mujeres.⁶

Los indicadores NOC son estados, conductas o percepciones concretas de un individuo, familia o comunidad, que sirven como referencia para medir un resultado esperado de las intervenciones de enfermería.⁷ Estos son elegidos a partir de respuestas humanas que se pretenden observar en el paciente posterior a la realización de un proceso de enfermería, que conlleva la elaboración de etiquetas diagnósticas NANDA, la planificación y ejecución de cuidados.

En la presente investigación se logró determinar la presencia de las etiquetas NANDA a partir de una valoración guiada por un instrumento que contiene una lista de indicadores específicos, demostrando que la presencia de uno o más de estos indicadores conducen a la etiqueta diagnóstica en el paciente, es decir, se empleó el método inductivo para determinar la presencia de etiquetas NANDA en el paciente politraumatizado. La adecuada selec-

ción de un indicador NOC dará origen a un enlace exitoso de la Taxonomía NANDA-NOC, que dará como resultado una gestión del cuidado eficaz y eficiente al incorporarse las intervenciones de enfermería de NIC.⁸

Un estudio realizado por Dorado y Montero (2000) en un hospital pediátrico, coincide con esta investigación, en la gran utilidad de la Escala Revisada de Trauma para la evaluación y pronóstico de pacientes politraumatizados, demostrando que el valor en puntos, es inversamente proporcional con la mortalidad y presencia de complicaciones y secuelas. Sin embargo, en el presente estudio se demostró que a menor porcentaje de sobrevivida, existe una relación proporcional con la presencia de las etiquetas diagnósticas, lo que no significa mayor o menor cantidad o cualidad en el cuidado de enfermería.⁹

Se han encontrado múltiples guías de cuidado del paciente politraumatizado y por lo general, todas coinciden que enfermería debe tomar conciencia del papel que debe desempeñar si actúa de forma eficaz y eficiente en el tratamiento inicial del paciente, para lo que se requiere una asistencia especializada y coordinada de un equipo multidisciplinario, donde la función del profesional de enfermería es fundamental puesto que debe estar preparado para una actuación rápida y coordinada (2005).¹⁰

En otras investigaciones, se han retomado las etiquetas diagnósticas como eje de estudio, tal es el caso de las realizadas por Fernández J y cols. (1999), que lleva por título: "Diagnósticos enfermeros más frecuentes en pacientes con ACV incluidos en un programa de incapacitados"¹¹; la de Ariza C. (2003) denominado: "Diagnósticos de enfermería frecuentes en el paciente con alteraciones del sistema cardiovascular"¹²; la de "Diagnósticos de enfermería en el cuidado al niño con insuficiencia cardiaca en estado crítico" de Quintero M. y cols. (2005)¹³; "Etiquetas diagnósticas NANDA identificadas en pacientes hospitalizados con pie diabético en una unidad de salud de 2° nivel" realizada por Refugio M. y Rivas J. (2009)¹⁴; y la de "Relación entre diagnósticos enfermeros y sus características, en pacientes con trasplante renal", realiza-

do por Brandao A, y Cols. en 2006¹⁵, cuyo objetivo fue identificar la frecuencia de las etiquetas diagnósticas por patología; a diferencia de la presente investigación que concluye con la revisión de la relación entre las etiquetas NANDA y los indicadores NOC con respecto al porcentaje de sobrevida en el paciente politraumatizado, también sugiere la aplicación del proceso enfermero por medio del método inductivo-deductivo, es decir, partiendo de indicadores de las respuestas humanas de la taxonomía NOC, para formular etiquetas diagnósticas NANDA e incluirlas en planes estandarizados para la atención del paciente politraumatizado.

CONCLUSIONES

Con la presente investigación, se puede concluir que los hombres de entre 15 y 41 años de edad son más susceptibles a presentar trauma múltiple. De las 26 etiquetas diagnósticas NANDA incluidas en el instrumento de valoración, 21 se encontraron en más del 50% de la población estudiada, y de éstas, 6 se localizaron en el total de los casos, lo que las convierte en una constante en la elaboración de diagnósticos para el paciente politraumatizado y servirán como base para la elaboración de planes de cuidados de enfermería estandarizados.

Se tomaron en consideración etiquetas diagnósticas NANDA de las versiones 2005–006 y de la nueva versión 2009–2011, ya que en esta última, desaparecen algunas etiquetas como es el caso de la correspondiente a “Trastorno de los procesos de pensamiento”, la cual fue incluida en el instrumento de valoración y se presentó en un 52.4% de la población estudiada, por lo que se sugerirá a NANDA Internacional una revisión de ésta para su posible reinclusión.

Por medio del uso de pruebas paramétricas, se determinó la aceptación de la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula; lo que indica que sí existe relación entre las etiquetas NANDA y los indicadores NOC con respecto al porcentaje de sobrevida en el paciente politraumatizado.

El proceso de enfermería puede ser llevado a cabo por el método inductivo-deductivo, es decir, partiendo de información de casos particulares, para ser aplicado en general a los pacientes con patologías similares por medio de la elaboración de planes estándar.

Lo anterior responde a la necesidad de mejorar la efectividad en la entrega de los cuidados de la salud, con la finalidad de lograr los resultados deseados en la salud del paciente y que estos sean congruentes con los conocimientos profesionales actuales, es decir, mejorar la calidad de la atención, que ha sido objetivo del personal de enfermería desde el inicio de la profesión, partiendo del enunciado emitido por Florencia Nightingale: “las leyes de la enfermedad pueden ser modificadas si comparamos tratamientos con resultados”.

REFERENCIAS

1. Rivas J, Martínez F, Ibáñez D, Aguilera M, Sánchez L. Propuesta de registros clínicos de enfermería con vinculación taxonómica para úlceras, traqueostomía y estomas. *Rev. CONAMED*. 2009;14(4): 30-6.
2. Suppe F. *Middle Range Theories. Historical and Contemporary Perspectives*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press 2005. p. 163-185.
3. NANDA. *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011*. Madrid: Elsevier; 2009. 456 p.
4. Guasca E. Manejo Inicial del Paciente Politraumatizado [internet]. Bogotá: Clínica de Urgencias M y T Gutt; 2002 [consultado el: 10 de Febrero de 2010]. Disponible en: http://www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/Enfermeria/Manejo_inicial_de_enfermeria_del_paciente_politraumatizado.pdf.
5. Champion H, Sacco W, Copes W, Gann D, Gennarelli T, Flanagan M. A revision of the trauma score. *J Trauma* 1989; 29: 623-629.
6. INEGI. *Estadísticas Vitales 2007* [Base de Datos en Internet]. México: INEGI; [publicación 2-11-2009; acceso 19-01-2010]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2009/muertos09.asp?s=inegi&c=2742&ep=23>.
7. Moorhead S, Johnson M, Maas M. *Clasificación de Resultados de Enfermería NOC*. Génova: Elsevier; 2005. 920 p.
8. Dorado A, Montero J. Evaluación Pronóstica del Politraumatismo según la Escala de Trauma Revisada. *Rev Cub Ped*. 2000; 72(3): 165-169.
9. Aguilera M, Martínez F, Rivas J. Propuesta metodológica de una guía clínica del cuidado: tratamiento hemodialítico. *Rev CONAMED*. 2008; 13 Supl 2: 6-14.
10. Domínguez JV. Atención al paciente politraumatizado en un servicio de urgencias hospitalarias. *Enfermería Integral*. [Internet]. 2005;(72) [publicado diciembre 2005; acceso 10-02-2010]. Disponible en: <http://www.enfervalencia.org/ei/72/articulos-cientificos/04.-POLITRAUMATIZADO.pdf>.
11. Fernández J, Díaz J, González A, Nava A, Medrano R, Delgado C. Diagnósticos enfermeros más frecuentes en pacientes con ACV incluidos en un programa de incapacitados. [Internet]. Asociación Española de Enfermería Vascul. [acceso 10-02-2010]. Disponible en: <http://www.aeev.net/documentos/1999/1com99.pdf>.
12. Ariza C. Diagnósticos de enfermería frecuentes en el paciente con alteraciones del sistema cardiovascular. *Rev Mex Enferm Cardiol*. 2003; 11(2): 77-81.
13. Quintero M, Rodríguez M, Salazar M, Ruiz R, Cruz M, Cruz G. Diagnósticos de enfermería en el cuidado del niño con insuficiencia cardíaca en estado crítico. México: *Rev. Enferm. IMSS* 2005; 13(2): 97-104.
14. Refugio M, Rivas J. Etiquetas diagnósticas NANDA identificadas en pacientes hospitalizados con pie diabético en una unidad de salud de 2º nivel. *Rev CONAMED*. 2009; 14 Supl 1: 29-32.
15. Brandao A, Galdino J, Cavalcate M, López M. Relación entre diagnósticos enfermeros y sus características, en pacientes con trasplante renal. *Tempus Vitalis. Revista Electrónica Internacional de Cuidados*; 2006; 6(1) [internet]. [acceso 10-02-2010] Disponible en: http://www.tempusvitalis.com/descargas/articulos/2006vol6num1/3original61_2.pdf.

Nivel de conocimiento sobre actividad física en mujeres de 20 a 39 años con obesidad, que asisten a una unidad de medicina familiar

Knowledge level on physical activity in women 20 to 39 years old with obesity, attending to a unit of family medicine

José Ángel Luna-Rojas¹, María Nieves Baeza-Capetillo², Silvia Mariola Chávez-Cruz³,
 María Teresa Morales-Rico⁴, María Ester Olguín-Cabrera⁵, Cesar Valentin-Galicia⁶.

RESUMEN

Introducción. La obesidad ha crecido en los últimos años convirtiéndose en un problema de salud pública, junto con otras enfermedades crónicas. La cantidad y calidad de actividad física se ha reducido considerablemente en la sociedad actual. La obesidad es una enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento excesivo de tejido adiposo en el organismo, que se encuentra acompañada de alteraciones metabólicas, que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud. En este estudio, se describe el nivel de conocimiento sobre la actividad física que tienen las mujeres obesas de acuerdo a su nivel académico.

Material y métodos. Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal; la muestra la conformaron 270 mujeres con obesidad de 20 a 39 años de edad. La recolección se llevó a través del instrumento (CENITESIES) con escala tipo Likert modificado. Midió las variables sociodemográficas y el conocimiento sobre la actividad física.

Resultados. El nivel de conocimiento de la muestra sobre actividad física se ubicó en un 58.9% de conocimiento total, el 37.4% en conocimiento suficiente, el 3.3% en poco conocimiento y el 0.4% no tiene conocimiento.

Conclusiones. Con base a la hipótesis de trabajo formulada, las mujeres obesas presentan un déficit de conocimiento total sobre actividad física. De acuerdo al nivel académico no existe diferencia significativa por grado de escolaridad.

Palabras clave: Obesidad, conocimiento sobre actividad Física.

ABSTRACT

Introduction. Obesity has grown in recent years becoming a public health problem, along with other chronic diseases. The quantity and quality of physical activity has been greatly reduced in today's society. Obesity is a chronic disease characterized by excessive storage of fat in the body, which is accompanied by metabolic abnormalities that predispose to the presentation of disorders that impair health. In this study, we describe the level of knowledge about physical activity with obese women according to their academic level.

Material and methods. A study of quantitative, descriptive and cross the sample consisted of 270 obese women aged 20 to 39-year old. The collection was carried through the instrument (CENITESIES) modified Likert type scale. Measured sociodemographic variables and knowledge about physical activity.

Results. The level of knowledge of the sample on physical activity was located in 58.9% of total knowledge, 37.4% in sufficient knowledge, 3.3% in a little knowledge and 0.4% have no knowledge.

Conclusions. Based on the working assumption made obese women have a total lack of knowledge about physical activity by 70%. According to the academic level there is no significant difference by grade.

Key words: Obesity and physical activity knowledge.

1 Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia del Instituto Politécnico Nacional. 2 Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios en Hospital Regional Netzahualcóyotl. 3 Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez. 4 Hospital de Traumatología de Lomas Verdes. 5 Hospital General de México.

Artículos recibidos 28 de julio 2010; Primera revisión 26 agosto de 2010; Aceptado 30 de septiembre de 2010.

Correspondencia: Calle Salvador Sánchez Colín No 117, Col. Granjas Valle de Guadalupe, Ecatepec – Estado de México, C.P. 55270. Correo electrónico: angelluna@prodigy.net.mx.

INTRODUCCIÓN

La obesidad podemos definirla como una enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento excesivo de tejido adiposo en el organismo, que se encuentra acompañado de alteraciones metabólicas, que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud, asociada en la mayoría de los casos a patologías endocrinas, cardiovasculares y ortopédicas principalmente, relacionada a factores biológicos, socioculturales y psicológicos.¹

En México la población de personas obesas se ha incrementado en los últimos años al grado de que ya se ha convertido en un problema de salud pública, junto con otras enfermedades crónicas. Actualmente la prevalencia que se reporta sobrepasa a las de otras naciones en desarrollo y son ligeramente superiores a las encontradas en países como Estados Unidos. Según expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2006) el aumento de ésta enfermedad se ha dado tanto en los países subdesarrollados como en los desarrollados.²

En el ámbito nacional, la prevalencia de sobrepeso fue más alta en hombres (42.5%) que en mujeres (37.4%); en cambio, la prevalencia de obesidad fue mayor en mujeres (34.5%) que en hombres (24.2%). Al sumar las prevalencias de sobrepeso y de obesidad, 71.9% de las mujeres mayores de 20 años de edad y 66.7% de los hombres tienen prevalencias combinadas de sobrepeso u obesidad.³

Está ampliamente comprobado que los estilos de vida sedentarios son una importante causa de mortalidad, morbilidad y discapacidad. Según la OMS los modos de vida sedentarios son una de las diez causas fundamentales de mortalidad y discapacidad en el mundo. El sedentarismo aumenta las causas de mortalidad, duplica el riesgo de enfermedad cardiovascular, diabetes de tipo II y de obesidad; por lo que también es considerado un problema importante de salud pública que afecta a millones de personas en todo el mundo.²

El ser humano por sus características y condiciones anatómicas, fisiológicas, psicológicas y sociales, debe tener presente el movimiento como parte de la vida y reconocerlo como una necesidad que genere satisfacciones.⁴ Por lo que la práctica de la actividad física en forma sistemática y regular, debe tomarse como un elemento significativo en la prevención, desarrollo y rehabilitación de la salud ya que el organismo en respuesta genera grandes beneficios.

Los beneficios para la salud que se asocian con la práctica de los deportes y ejercicios con regularidad han sido ampliamente documentados por más de 30 años. No obstante, durante el último decenio han surgido nuevos datos científicos según los cuales la actividad física no tiene que ser vigorosa para aportar beneficios a la salud.⁵

El acto de cuidar de uno mismo requiere el inicio de una compleja serie de conductas, que exigen un enfo-

que de autocuidado personal e intencionado. El proceso de autocuidado se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud. Esta toma de conciencia requiere en sí misma el pensamiento racional para aprovechar la experiencia personal, normas culturales y conductas aprendidas, a fin de tomar una decisión sobre el estado de salud.⁶

Así mismo, señala Orem en su teoría del déficit de autocuidado, que la satisfacción de requisitos de desviación de la salud pueden ser afectados por factores de condicionamiento básico; individuales, familiares, socioculturales y del estado mismo de salud.⁷

Por lo tanto, surgió la necesidad de realizar esta investigación para evaluar y describir el nivel de conocimiento sobre la actividad física que tienen las mujeres de 20 a 39 años de edad con obesidad, que acuden a una unidad de medicina familiar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal, en una muestra homogénea por grado de escolaridad, estructurada de la siguiente manera: 90 de nivel secundaria, 90 con bachillerato y 90 con licenciatura. La recolección de datos fue a través del instrumento (CENITESIES) el cual se dividió en dos secciones; la primera midió las variables sociodemográficas y la segunda fue de 26 enunciados con sentidos positivo y negativo, con una escala de tipo Likert modificada con cuatro categorías de respuesta⁸, en donde el sujeto de estudio emitió su nivel de conocimiento; otorgando la ponderación que se muestra en el Cuadro 2.

Se solicitó la autorización a la Unidad de Medicina Familiar; se identificaron a los posibles candidatos en las salas de espera, en medicina preventiva y consulta externa. Se midió el peso y talla e Índice de Masa Corporal (IMC). Una vez cumplidos los criterios de inclusión, se solicitó firmar el consentimiento informado, se aplicó el CENITESIES verificando el adecuado llenado por el encuestador.

El estudio se apegó a los lineamientos científicos, éticos y se sustentó en los siguientes artículos del reglamento en la Ley General de Salud en materia para la investigación, tomando como referencia el artículo 13, 14, 20 y 21.⁹

El análisis se elaboró de acuerdo a las características de los participantes como edad, ocupación, peso, talla IMC, escolaridad y nivel de conocimiento sobre la actividad física. Se midió la validez y confiabilidad del instrumento a través del Alpha de Cronbach, con resultado de 0.80. Para las descriptivas se utilizaron frecuencias y porcentajes. Se obtuvieron las principales medidas de tendencia central para las variables sociodemográficas, como la moda, mediana, así como la desviación estándar. Para comprobar la hipótesis: "las mujeres de 20 a 39 años con obesidad que asisten a una Unidad de Medicina Familiar, presentarán déficit de conocimiento total sobre la actividad física en un 70%", se utilizaron frecuencias y porcentajes de

acuerdo a la escala categórica nominal que se presenta en el Cuadro 1. Todo lo anterior, utilizando el paquete estadístico SPSS versión⁸.

Cuadro 1. Ponderación de datos

PUNTAJE	ENUNCIADO POSITIVO	CATEGORIA DE CONOCIMIENTO	ENUNCIADO NEGATIVO	PUNTAJE
4	De Acuerdo	CONOCIMIENTO TOTAL 79-104	EN DESACUERDO	4
3	Parcialmente de Acuerdo	CONOCIMIENTO SUFICIENTE 53-78	PARCIALMENTE DE ACUERDO	3
2	En Desacuerdo	POCO CONOCIMIENTO 27-52	DE ACUERDO	2
1	No Sé	NADA DE CONOCIMIENTO 1-26	NO SÉ	1

RESULTADOS

En esta investigación participaron 270 mujeres con obesidad. La edad mínima fue de 20 años y la máxima de 39 años. El peso mínimo fue de 59 kg y el máximo de 133 kg. En relación a la variable Índice de Masa Corporal (IMC) de acuerdo a la clasificación de Quetelet se obtuvo una media de 33.7. Con respecto a la escolaridad se conformó una muestra homogénea de 90 mujeres con secundaria, 90 con bachillerato y 90 con licenciatura, esto equivale al 33.33% de cada una. En la ocupación de los participantes se obtuvieron los siguientes porcentajes: el 34.1% son em-

pleadas, 27.8% se dedica al hogar, 18.5% es profesionista, 9.3% es estudiante, 3.0% no realiza ninguna actividad ocupacional, 3.0% se dedica a la actividad del comercio y 4.3% se desarrolla como técnico. (Figura 1)

En base a la hipótesis formulada "las mujeres de 20 a 39 años con obesidad que asisten a esta Unidad de Salud, presentarán déficit de conocimiento total sobre la actividad física en un 70%", se rechazó la hipótesis de trabajo ya que 58.9% tenía conocimiento total, siendo menor a lo esperado. (Figura 2).

Figura 1. Ocupación de los Participantes

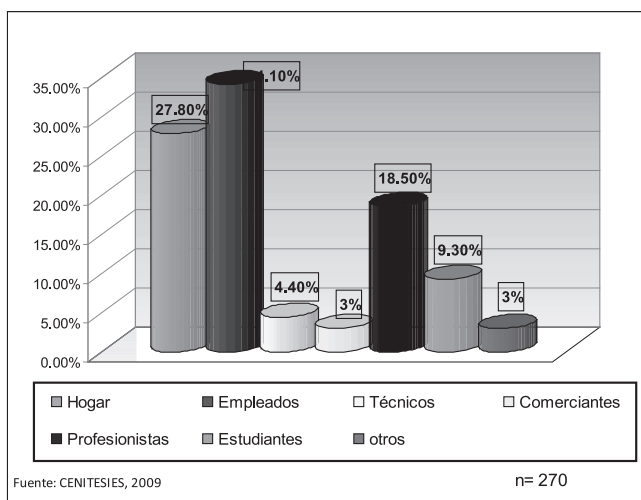
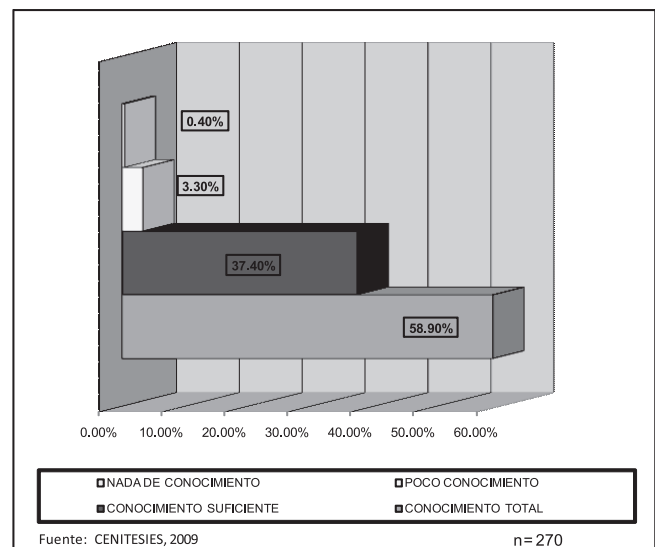


Figura 2. Nivel de Conocimiento



En relación a los objetivos planteados se observó que el nivel de conocimiento que tienen las mujeres obesas de 20 a 39 años, se ubicó en conocimiento total con el más alto porcentaje en todas las categorías; para secundaria el 20%, bachillerato un 17.3% y licenciatura con 21.85%, determinando que el grado de escolaridad no influye significativamente en el nivel de conocimiento de los participantes. (Cuadro 2).

Cuadro 2. Nivel de Conocimientos por Escolaridad

ESCOLARIDAD	NADA DE CONOCIMIENTO	POCO CONOCIMIENTO	CONOCIMIENTO SUFICIENTE	CONOCIMIENTO TOTAL
SECUNDARIA	0.37%	1.48%	11.48%	20%
BACHILLERATO	0	0.74%	15.55%	17.03%
LICENCIATURA	0	1.11%	10.37%	21.85%

Dentro del nivel de conocimiento sobre actividad física por ocupación, las mujeres que se ocupan, como empleadas alcanzaron el porcentaje más representativo en el conocimiento total con 21.85%, las profesionistas 15.18% las que se dedican al hogar 11.85%, técnicas y estudiantes 4.07%. Cabe mencionar que algunas profesionales se situaron como empleadas. (Cuadro 3).

Cuadro 3. Nivel de conocimientos por ocupación

OCUPACIÓN	NADA DE CONOCIMIENTO	POCO CONOCIMIENTO	CONOCIMIENTO SUFICIENTE	CONOCIMIENTO TOTAL
Hogar	0.37%	0.74%	14.81%	11.85%
Empleado	0	0.74%	11.48%	21.85%
Técnico	0	0	0.37%	4.07%
Comerciante	0	0.37%	1.11%	1.48%
Profesionista	0	0.74%	2.59%	15.18%
Estudiante	0	0	5.18%	4.07%
Otros	0	0.74%	1.85%	0.37%

DISCUSIÓN

Para fomentar la actividad física es necesaria la intervención de varios organismos que ayuden a las personas a reducir su sedentarismo e incrementar la actividad física, cambiando el entorno para potenciar el desarrollo de habilidades de autocuidado para una vida más activa. Estos resultados confirmaron la relación sustentada teóricamente por Orem, que los factores de condicionamiento básico intervienen en el desarrollo y operación de las capacidades de autocuidado a la salud.

Al comparar los resultados de la investigación y lo reportado por Jungiohann y colaboradores¹⁰; se encontraron ciertas similitudes; Jungiohann observó que los profesionistas presentaban el más alto nivel de conocimientos relativos a la actividad física. En esta investigación, se encontró que ese mismo grupo social poseía mayores conocimientos, lo que llevó a observar que son los profesionistas quienes más conocimientos tienen al respecto, comparados con el resto de la muestra.

Los conocimientos actuales permiten considerar que existe una asociación de tipo causal entre el nivel de actividad física y la aparición de diversas enfermedades; a pesar de esto, dicha actividad es una práctica poco arraigada en la población. En relación a lo reportado por Elizondo y colaboradores,¹¹ en cuyo estudio, muestran que existe inactividad física, en esta investigación se reafirma que las mujeres tienen un estilo de vida sin actividad física. Así mismo Acosta y colaboradores,¹² en su estudio realizaron una medición global y reportan que las mujeres son inactivas. Comparando los dos estudios mencionados se demuestra que existe un porcentaje similar en la inactividad física del grupo que se estudió.

CONCLUSIONES

Se observó que la población obtuvo los porcentajes de conocimiento total más altos en todas las categorías, por tal motivo concluimos que el grado académico no es condicionante para alcanzar un conocimiento total.

El conocimiento sobre actividad física constituye uno de los pilares en la implementación de estrategias, dirigidas al fomento del autocuidado para la salud, el aprovechamiento del tiempo libre, el mejoramiento y desarrollo de habilidades que modifiquen los estilos de vida de la población. Así mismo, los sistemas de enfermería deben desarrollar prácticas en coordinación con los pacientes para satisfacer las demandas de autocuidado dando apoyo educativo para regular el ejercicio y desarrollo de acciones de autocuidado.

Para fomentar la actividad física es necesaria la intervención de varios organismos que ayuden a las personas a reducir su sedentarismo e incrementar la cultura de actividad física y que cambien el entorno para potenciar el desarrollo de habilidades de autocuidado para una vida más activa.

Dorothea Orem nos dice "Los seres humanos requieren estímulos continuos, deliberados de ellos y de su entorno para sobrevivir y funcionar de acuerdo con las leyes de la naturaleza y que con este actuar deliberadamente, se ejercite en forma de cuidado por uno mismo y por otros, para identificar las necesidades y realizar los estímulos necesarios, reguladores de las funciones en caso de que se experimenten limitaciones para el autocuidado".⁷

Por lo tanto es necesario plantear las siguientes recomendaciones:

El personal de enfermería deberá difundir en la población el hábito de la práctica de alguna actividad física, con el fin de fomentar el autocuidado de la población adulta.

El personal de enfermería debe generar los programas y estrategias para lograr una mejor participación en el autocuidado, con la práctica de algún tipo de actividad física, ejercicio o deporte.

REFERENCIAS

1. García M. Sobrepeso y Obesidad en Adultos del Norte de Tamaulipas. [Internet]. Portales Médicos. 2006 [acceso 24-11-2010]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/50/4/Sobrepeso-y-Obesidad-en-Adultos-del-Norte-de-Tamaulipas,-Mexico>.
2. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y Sobrepeso, [internet] Nota Descriptiva 311, septiembre 2006. Centro de Prensa Internacional 2006. [acceso 24-11-2010]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>.
3. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006), Capítulo 2 Nutrición; (132):85-89. [acceso 12-01-2009] Disponible en: <http://www.insp.mx/ensanut/ensanut2006.pdf>.
4. Martínez A. Líderes comunitarios juveniles, Manual de la promoción de la actividad física para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles. Cali Colombia. Mayo 2005. [acceso 5-04-2009]. Disponible en: <http://www.redcreacion.org/documentos/simposio4if/AMartinez.html>.
5. Jacoby E, Bull F, Nelman A. Cambios acelerados del estilo de vida que obligan a fomentar la actividad física como prioridad en la Región de las Américas. Rev Panam Salud Públ. [Internet] 2005; 14. [acceso 24-11-2010] Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000200016.

-
6. Araya J, García F. Influencia de autocuidado en programa de salud Cardiovascular. Programa de Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar, Modulo I, Tendencias en salud pública: Salud familiar, comunitaria y promoción. [Internet]. [acceso 6-04-2009]. Disponible en: <http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La%20Serena%202007>.
 7. Orem E. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería práctica. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas; 1998. p. 131.
 8. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill; 2005. p. 45-235.
 9. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Capítulo III, artículo 13, 14, 20 y 21. Diario Oficial de la Federación. 6 de enero de 1987. México.
 10. Jungjohann S. Cambios de estilo de vida y conocimientos sobre alimentación saludable y actividad física en profesionales de atención primaria en Chile. [internet]. [acceso 24-11-2010]. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775182002000300005&script=sci_arttext.
 11. Elizondo J, Guillé F, Aguinaga I. Prevalencia de actividad física y su relación con variables sociodemográficas y estilos de vida en la población. Rev Salud Públ. 2005, Sep; 79 (5): 559-567.
 12. Acosta B, Aranda G, Reyes H. Patrones de actividad física de la mujer y el hombre. Rev Medica IMSS. 2006; 44(1):579-586.

Nivel de cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana 168-SSA1-1998 del expediente clínico, por el personal de Enfermería de un Instituto Nacional de Salud

Level of compliance with the Mexican Official Standard 168-SSA1-1998 on clinical records by the nursing staff of a National Institute of Health

Flor Lizet Villeda-García¹, Miguel Ángel Córdoba-Ávila², Javier Rodríguez-Suárez², Silvia Balbuena-Román³, Margarita Hernández-Zavala³, María Luisa Díaz-García³, Fiharu Murata³.

RESUMEN

Introducción. Es esencial hacer el registro de los cuidados que enfermería proporciona diariamente a los pacientes, tanto como elemento necesario para dar una adecuada calidad sanitaria como para el desarrollo de la profesión. Por ello, los profesionales deben conocer la NOM-168-SSA1-1998 Del Expediente Clínico y demás legislación vigente del permita el adecuado cumplimiento de los registros y de la práctica profesional de enfermería.

Material y métodos. Se realizó un estudio descriptivo, transversal, observacional y correlacional, con una muestra estratificada de 375 expedientes clínicos, utilizando un instrumento de valoración basado en la NOM-168, el cual se aplicó en diferentes servicios de un instituto nacional de salud.

Resultados. Existió incumplimiento de la NOM-168 en 49% de los registros de enfermería revisados. El servicio de Ortopedia cumplió con el 25% para estar en el parámetro de inadecuado, neurociencias con 23%, regular y Oncología con el 27% ubicándose en el parámetro de adecuado. La prueba paramétrica ANOVA efectuada en las variables: nivel de cumplimiento y servicio mostró que sí existe diferencia con una F de 0.62, en el llenado adecuado de los registros de enfermería conforme a la Norma Oficial, en los diferentes servicios encuestados.

Conclusiones. Los niveles inadecuados de cumplimiento a la normativa para la elaboración de los registros de enfermería, indican la necesidad de incrementar esfuerzos para mejorar su calidad en forma significativa.

Lo anterior, con el fin de lograr el objetivo de ser un instrumento de comunicación sobre el estado de salud del paciente, sin dejar a un lado la observancia de los principios éticos y legales. Entre los principales hallazgos, se encontraron omisiones del registro del nombre y firma de quién los elabora; descripción del habitus exterior, así como de la vía de administración de medicamentos; adicionalmente se identificaron documentos con tachaduras, borraduras e ilegibilidad, lo cual repercute directamente en la calidad de la atención y en la seguridad del paciente.

Palabras clave: Nivel de cumplimiento, enfermería, turno y servicio, registros clínicos, expediente clínico.

ABSTRACT

Introduction. It is essential to the registration of nursing provides daily care to patients, both to give adequate sanitary quality for the development of the profession. Therefore, professionals must know not only the proper implementation of the records, but also the current legislation that affects the user and the same health care provider.

Material and methods. We performed a descriptive, observational, and correlational, with a stratified sample of 375 cases, was applied an assessment tool based on the aspects that makes the NOM-168-SSA1-1998 for the preparation of medical records.

Results. Was identified that the level of performance for the development of clinical nursing records is

¹ Unidad de Docencia e Investigación en Enfermería ENEO-CONAMED. ² Comisión Nacional de Arbitraje Médico. ³ Instituto Nacional de Pediatría.

Artículos recibidos 28 de julio 2010; Primera revisión 26 agosto de 2010; Aceptado 30 de septiembre de 2010.

Correspondencia: Flor Lizet Villeda García. Unidad de Docencia e Investigación en Enfermería ENEO-CONAMED. Mitla 250 esquina Eje 5 Sur Eugenia, Piso 8, Col. Vértiz Narvarte, Deleg. Benito Juárez, CP 03020. México D. F. Correo electrónico: acordova@conamed.gob.mx.

5% is inadequate, 44% and 51% Regular Sound. The present orthopedic service 25% for the category of inappropriate, 23% for regular neurosciences and oncology with 27% for Sound.

The parametric test ANOVA made in the variables of performance and service level showed that if there is a difference with an F of 0.62, in the suitable filling of the registries of infirmary according to the Official Norm, in the different survey services.

Conclusions. Compliance with the regulations for the production of the records kept by the nurse, indicates the need to increase efforts to ensure quality records in order to achieve its goal of being an instrument of communication in relation to the patient without put aside their ethical and legal features, as they found a high incidence of failure to register the name and signature of who develops, in the same vein it was found that the documents contain deletions, erasures and illegibility, on the other side are omitted Data regarding the external habitus, and the route of administration of drugs, which directly affects patient safety.

Key words: fulfillment level, nursing, shift and service, clinical registries, clinical file.

INTRODUCCIÓN

Los registros de enfermería son un soporte documental, donde queda plasmada la información de las actividades e intervenciones que efectúa el personal de enfermería, referente al paciente, en cuanto a valoración, tratamiento, intervenciones, cuidado y evolución.

Su principal objetivo es registrar las medidas asistenciales, enfocadas a prestar cuidados de calidad; además tienen una finalidad docente-investigadora y de gestión, facilitando el análisis estadístico que contribuye al desarrollo de la profesión y a la mejora de los cuidados. Otro de sus propósitos es jurídico-legal, debido a que los registros constituyen una prueba objetiva de los actos realizados por el profesional.¹

Por ello, el personal de enfermería debe reconocer su importancia, así como las implicaciones que conllevan las omisiones en el marco legal, ya que el desconocimiento de la ley no le exime de su cumplimiento. Para que los registros sean adecuados, deben ser integrados conforme a los estándares básicos establecidos en las disposiciones legales en la materia; lo cual favorecerá indudablemente la eficiencia de la actuación del personal, permitiendo además, diferenciar la actuación de los demás integrantes del equipo de salud; manifestando así el rol autónomo en beneficio de enfermería.

Una investigación efectuada en el Instituto Nacional de Cardiología sobre la trascendencia de los registros de enfermería, indicó que el 96.2% del personal lo considera importante, sin embargo el 80.6% desconoce las normas para elaborarlo correctamente, mientras que un 98.6% no efectúa anotaciones rela-

cionadas a la atención espiritual y psicoemocional del paciente al realizar los registros. Las conclusiones del estudio fueron que no se describen todas las intervenciones y cuidados que se realizan, lo que tiene como consecuencia, registros deficientes.¹

En un estudio titulado Categorización de los registros escritos de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General de Alicante, se realizó un análisis del contenido de las actividades que se lleva por escrito y los principales resultados obtenidos fueron: que no se utilizaron diagnósticos de enfermería, sino médicos; los acontecimientos reflejados por escrito son mayoritariamente de tipo biomédico, concediendo escasa importancia a los aspectos psicosociales.²

Otros estudios que han tenido como objetivo identificar la calidad de los registros de enfermería, indican ciertas irregularidades como las siguientes: tachaduras, enmendaduras, ilegibilidad, redacción sobrepuesta, espacios en blanco, nombre incompleto y ausencia de firma. También se encontró empleo de abreviaturas que dificultan la comprensión de los registros, repercutiendo en la comunicación con el equipo de salud.³ De esta manera, pierden su objetivo principal de ser un instrumento que informe sobre el estado, tratamiento, intervenciones y cuidado del paciente, obstaculizando una atención y asistencia profesional y personalizada.^{4,5}

Cabe decir que la responsabilidad del profesional no es solamente la aplicación de procedimientos manuales aprendidos en forma acrítica, sino que es necesario tener pleno conocimiento de la ley que regula su ejercicio profesional. Al respecto, la Norma Oficial Mexicana 168, para la integración del expediente clínico, señala las características que este debe reunir y de no efectuarlo, se estaría incumpliendo en las obligaciones de medios y de seguridad, según lo marca la Ley General de Salud, particularmente en el Artículo 77 bis 9, así como, en su artículo 51, de su Reglamento en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.⁶

Por lo antes mencionado, es necesario saber si el nivel de cumplimiento que existe en una institución de tercer nivel está apegado a la normativa nacional o es deficiente, tratando de averiguar en esta misma línea, si internamente, existe diferencia entre los diferentes turnos y servicios.

Destaca por su importancia, la normativa dirigida a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico, que indica registrar los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias, constituyéndose como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud. Esta Norma representa el instrumento para la regulación del expediente clínico y orienta

al desarrollo de una cultura de la calidad, permitiendo el uso médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico. Es importante señalar que para la correcta interpretación de la Norma Oficial Mexicana se tomarán en cuenta, invariablemente, los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, especialmente el de la libertad prescriptiva en favor del personal médico, a través de la cual los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud, habrán de prestar sus servicios a su leal saber y entender, en beneficio del usuario, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que presten sus servicios.⁷

En este contexto, la NOM 168 en su numeral 4.4, define al expediente clínico como: el conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

Las notas médicas y reportes deberán contener: nombre completo del paciente, edad y género, en su caso, número de cama o expediente. Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservándose en buen estado. En este sentido, el Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal, Capítulo III, Artículo 13 señala que: en ninguna actuación penal se emplearán abreviaturas ni raspaduras. Las palabras o frases que se hubieran puesto por equivocación, se testarán con una línea delgada, de manera que queden legibles, salvándose al final con toda precisión antes de las firmas. En la misma forma se salvarán las palabras o frases omitidas por error que se hubieren puesto entre renglones. Toda actuación penal terminará con una línea tirada de la última palabra al fin del renglón; si éste estuviere todo escrito, la línea se trazará debajo de él antes de las firmas.⁸

La NOM 168 en su apartado 9.1, establece que deberán elaborarse los registros clínicos de enfermería, por el personal de turno, según la frecuencia establecida por las normas del establecimiento y las órdenes del médico y deberá contener como mínimo:

Habitus exterior: Facies, actitud, estado de marcha, constitución, conformación, movimientos anormales y estado de conciencia.

Gráfica de signos vitales: Temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca y tensión arterial.

Ministración de medicamentos: Nombre de medicamento, fecha, hora, cantidad y vía.

Se registrarán las acciones concretas de enfermería independientes, o derivadas de la prescripción médica encaminadas a dar solución al problema. En este apartado, enfermería registra diariamente datos objetivos y subjetivos que ayudan a documentar la frecuencia y extensión de varias funciones orgánicas, anotando la

respuesta o reacción adversa al tratamiento.⁹

La información que se registra incluye: Inicio de una condición clínica nueva o exacerbación de una condición clínica crónica, rechazo del paciente a alguna medicación, aparición de reacciones adversas medicamentosas, presentación de eventos adversos, presentación de eventos centinela, cambios de catéteres, quejas del paciente, notas de fisioterapeutas, dietistas, inhaloterapia, etc.¹⁰

La información debe ser escrita en la hoja con objetividad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, observacional y correlacional con una muestra de tipo aleatoria-estratificada de 125 registros clínicos de enfermería, aplicados a 3 turnos, sumando un total de 375 registros, durante el periodo de junio-julio del 2010, en un instituto nacional de salud. De ellos, 33.9% corresponde al turno matutino, 32.5% al turno vespertino y 33.6% al turno nocturno (Cuadro 1).

Se diseñó un instrumento tipo dicotómico, para identificar el nivel de cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana 168, de los registros clínicos elaborados por el personal de enfermería. Para la construcción de los reactivos y las opciones de respuesta, el instrumento fue revisado por expertos en enfermería y en derecho. Se identificaron el servicio y el turno donde fue aplicado el instrumento. Los primeros 14 reactivos examinan el nivel de cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana 168 para el área de generalidades, con el fin de conocer si se registraban adecuadamente los datos referentes al paciente, datos de quién efectuó el registro, así como atributos del documento. Los últimos 16 reactivos evalúan el área comprendida para la Hoja de Enfermería, en las categorías: habitus exterior, ministración de medicamentos, intervenciones y evolución del paciente.

Se efectuó una prueba piloto de recolección de datos, con 30 registros clínicos de enfermería elaborados en el instituto seleccionado, obteniendo una confiabilidad de 0.998, al efectuar la prueba de Kuder Richardson.

Posteriormente, se aplicó el instrumento, tomando en cuenta aspectos éticos y legales, con el fin de proteger la identidad del personal de salud y los pacientes, así como el consentimiento de las autoridades competentes del Instituto. La información obtenida se analizó mediante estadística descriptiva e inferencial, utilizando el programa estadístico SPSS versión 18, graficándose los datos obtenidos en el programa de Microsoft Excel.

RESULTADOS

Los registros de enfermería analizados correspondieron a los siguientes servicios: Oncología 12.8%, Neurociencias 9.6%,

Cuadro 1. Comparación del cumplimiento de los registros clínicos de enfermería entre los diferentes servicios analizados.

Servicios	Número de registros	Inadecuado	Regular	Adecuado
Oncología	48	0	18	29
Neurociencias	36	4	28	4
Cardiotórax	27	2	14	11
Gastroenterología	27	0	14	13
Infectología	77	6	23	48
Nefrología	18	0	16	2
Ortopedia	24	5	12	7
Otros	117	3	65	50
Total	374	20	190	164

Cardiotórax 7.4%, Gastroenterología 7.2%, Infectología 20.3%, Nefrología 4.8%, Ortopedia 6.4%, mientras que los demás servicios restantes sumaron 31.5% .

Sólo 5% de los registros revisados cumplieron en su totalidad con la NOM-168. Debido a ésto, se utilizaron parámetros de referencia para la evaluación comparativa entre los diferentes servicios, que fueron definidos de la siguiente manera:

- Adecuado, cuando se cumplió con la NOM-168 en 24 a 30 ítems
- Regular, cuando se cumplieron entre 18 y 23 ítems.
- No adecuado, cuando se cumplieron menos de 18 ítems.
- Se encontró que el nivel de cumplimiento para la integración de los registros de enfermería fue inadecuado (menos 17 ítems cumplidos) en 5%, 51% fue tipificado como regular (18-23 ítems cumplidos) y el 44% como adecuado (24 a 30 ítems cumplidos).

El nivel de cumplimiento de la normativa en los registros clínicos de enfermería por turno, presentó las siguientes características: de los 127 expedientes del turno matutino 9 (2.4%) registros fueron inadecuados, 73(20.4%) fueron regulares y 45 (13%) adecuados. En el turno vespertino

se encontró que de los 122 expedientes, 5 (1.06%) fueron inadecuados, 61 (13.6%) regulares y 56 (15.9%) adecuados y de los 126 del turno nocturno 6 (1.6%) registros inadecuados, 57 (15.2%) regulares y 63 (16.8%) adecuados.

Por otra parte, es interesante mostrar las diferencias de cumplimiento de los tres turnos, ya que hay diferencias, aunque no significativas como lo indica la prueba de correlación. como ejemplo: en el turno matutino el incumplimiento es del 7.1% (9/127), en el vespertino es de 4.1% (5/122) y en el nocturno de 4.8% (6/126). Generalizando, en todas las variables utilizadas, observamos que el turno con mayor incumplimiento es el matutino con un 37 %.

Al efectuar el análisis del nivel de cumplimiento, por servicio y por la categoría "Inadecuado", 25% corresponde al servicio de Ortopedia, 20% para Neurociencias, 10% Cardiotórax, 10% Urgencias Hospitalización, 30% Infectología y 5% para otros servicios.

El nivel de cumplimiento encontrado para la categoría "Regular" y por servicio fue de 23% para el servicio de Neurociencias, 16% para Oncología, 14% Cirugía General, 13% Nefrología, 12% Cardiotórax, 11% Gastroenterología y 11% Infectología.

El nivel de cumplimiento de la NOM 168, por servicio para la categoría "Adecuado" el 27% corresponde al servicio de Oncología, 16% para Infectología, 15% Terapia Intensiva,

12% Gastroenterología, 12% Hematología, 10% Cardiotorax y 8% para Neonatología.

Los datos obtenidos en el área de Generalidades fueron: el 96% del personal no firma el registro que elaboró, 28.5% no registra el género del paciente, 26.1% del personal no registra su nombre, 22.7% contiene tachaduras, 22.1% tiene enmendaduras, 21.6% no registra la edad del paciente, 14.9% de los registros son ilegibles y 9.9% de los registros contiene abreviaturas.

Con respecto al área de "Hoja de enfermería", los datos encontrados fueron: 96% omite la constitución, 58.9% no indica la marcha, 35.5% no registra la facies de los pacientes, 21.6% no registra la actitud, 21.3% no registra el estado de conciencia, 12% no anota la vía de ministración de los medicamentos, 4.5% no registra sus intervenciones y el 2.1% no registra la evolución del paciente.

Al realizar la prueba de correlación ANOVAC, entre turno y nivel de cumplimiento de la NOM-SSA1-168, para la elaboración de los registros clínicos de enfermería, se obtuvo una $F=0.62$ ($F=2.957$, gl entre grupos=2.014 y gl intragrupos = 126.690), con lo cual se descartan diferencias significativas entre los tres turnos.

Mientras que al efectuar la misma prueba entre servicio y nivel de cumplimiento de la NOM-SSA1-168, se obtuvo una $F=0.00$ ($F=7.66$, gl entre grupos=32.744 y gl intragrupos = 128.704), la cual indica que existe una diferencia estadísticamente significativa en el nivel de cumplimiento de la NOM-168-SSA1-1998 en los diferentes servicios analizados.

DISCUSIÓN

Los resultados aquí observados concuerdan con investigaciones previas de Varga-Cubero,¹¹ ya que se encontraron registros que contienen tachaduras, no legibles, y con abreviaturas, lo que indica que no cumplen con el objetivo de ser un medio de comunicación eficiente entre los diferentes profesionales de salud. Por otro lado, se observaron inconsistencias en el documento, contrario a lo indicado en el Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal, Capítulo III, Artículo 13, pues los registros en 96% no son firmados y un 26.1% carecen de nombre de quién los elaboró.

Cabe señalar que en el área de registros perteneciente a la "Hoja de enfermería", las principales omisiones tienen que ver con la descripción del habitus exterior del paciente, relacionados a facies, actitud, estado de marcha y constitución. Además, se observó que el 12% de los registros no incluían la vía de ministración de medicamentos, lo que resulta en una omisión administrativa relacionada directamente con la seguridad del paciente, tal como refiere Fajardo-Dolci,¹² los errores por administración de fármacos constituyen más del 50% del total de los mismos, consignados por causas diferentes y las cuales se relacionan con los recursos humanos que laboran en una institución y con el personal en formación de pregrado y de postgrado. Se encontró además, que el turno que presenta el mayor índice de incumplimiento

es el matutino con un 37%, mientras que el servicio con menor inobservancia fue Nefrología con un 24%.

Por otra parte, las publicaciones internacionales enfocadas en la frecuencia de factores de riesgo y eventos adversos en pacientes hospitalizados, indican que los errores se presentan con una media de 5.7% de todas las administraciones de fármacos, encontrándose una gran variabilidad en función de la metodología utilizada para detectarlos, ya sea por medio de revisión de expedientes, comunicación directa con los pacientes, reporte voluntario, etc., así como, la forma en que se realizó la ministración.¹³⁻¹⁴ De igual manera, la organización administrativa, el exceso de trabajo, la falta de fluidez de recursos económicos para la adquisición de los medicamentos o dispositivos necesarios, problemas para su almacenaje y su distribución institucional, son aspectos que pueden identificarse como causas para una ministración incorrecta.¹⁵⁻¹⁷

A modo de conclusión. La NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico, indica las variables de enfermería que deben registrarse en forma obligatoria. Su cumplimiento, es un factor relevante para asegurar la calidad de la atención médica, así como, la seguridad de los pacientes. El presente estudio logró identificar algunas desviaciones que se presentan en un instituto nacional de salud y que pudieran estar presentes en otros del mismo nivel. Asimismo, puede desprenderse de la información obtenida, que es necesario extender estos estudios a hospitales de segundo nivel, con el fin de identificar fallas en estos registros y que pudieran representar amenazas para los pacientes.

Por otra parte, resulta necesaria la implementación de estrategias educativas específicas para mejorar los registros de enfermería, de tal manera que asegure la presencia de un estándar mínimo de calidad en que los aspectos éticos no sean obviados.

Homogenizar los conocimientos de los registros a nivel institucional, para integrar la seguridad de la atención y desarrollarse laboralmente en la prevención, control y aseguramiento de la calidad en la atención de enfermería.

Fortalecer los puntos positivos obtenidos, para mantener la calidad y capacitar al personal para superar las debilidades. Ya que gracias a esto, se beneficiará a los profesionales de Enfermería contra posibles inconvenientes de tipo legal por lo escrito u omitido en los expedientes clínicos.

REFERENCIAS

1. Ruiz Hontangas A. Calidad en los Registros de Enfermería. [Acceso 23-05-2010]. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/ccvc/llave/c028/ruizhont.php>.
2. Méndez Calixto G. La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico. *Rev Mex Enferm Cardiol* 2001;9 (1-4): 11-17.
3. López ML. Categorización de los registros escritos de enfermería en la UCI del Hospital General de Alicante. *Enfermería Intensiva*, 1995; 6 (2): 59-62.
4. Da Luz A, Pereira-Martins A, Dzynewicz AM. Características de las anotaciones encontradas en auditoría. *Rev Eletr Enf [Internet]*. 2007;9(2):344-61. [Acceso 23-05-2010]. Disponible en:

-
- <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/v9n2a05.htm>.
5. Hernández-Santos CE. Factores que intervienen con el cumplimiento de los registros de enfermería en el Hospital Juárez de México. México: UNAM; Julio 2008.
 6. Corrales D. Repercusiones de la evolución de la reforma de la atención primaria en el papel de los profesionales de enfermería. *Aten Primaria* 1996; 18:577-9.
 7. Ley General de Salud. México: Secretaría de Salud; 2010. [Acceso 20-05-2010]. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>.
 8. Soto-Verchér M. Registros de enfermería: normas legales (primera parte). [Acceso 20-05-2010]. Disponible en http://www.fuden.es/FICHEROS.../PROTOCOLO/PDF_protocolo28.pdf.
 9. Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. [Acceso 16-05-2010]. Disponible en <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/gac/cont/51/pr/pr18.pdf>.
 10. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA2-Del Expediente Clínico. México: Secretaría de Salud; 1998. [Acceso 30-08-2010]: Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/norma_oficial.pdf.
 11. Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal. México: Cámara de Diputados; 19 de agosto de 2010. [Acceso 22-07-2010]. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cfpp.htm>.
 12. Fajardo-Dolci G. Percepción de la frecuencia y causas de los eventos adversos por medicación en enfermería. *Rev CONAMED*. 2009; 14 (1): 22-27.
 13. Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. [Acceso 30-10-2010]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/003ssa23.html>.
 14. Cibanal L. Importancia de una buena observación para una comunicación adecuada. [Acceso 20-05-2010]. Disponible en: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_tecnic_comunicac_2.htm.
 15. Castro I, Gámez M. Historia Clínica. [Acceso 20-05-2010]. Disponible en: <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap22.pdf>.
 16. Manual de procedimientos técnico-administrativos de los servicios de Enfermería del IMSS. Capítulo 16. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 1993. p. 155-157. [Acceso 2-05-2010]. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/articulos/2/10/05092001.pdf>.
 17. Mason EJ. Normas de calidad de Enfermería. 2ª ed. Barcelona: Doyma, 2ª edición; 1988. 214 p.

Índice de conocimiento sobre alimentación en primigestas de 25 a 30 años en la primera consulta prenatal para la mejora de su autocuidado

Knowledge index on nutrition in 25 to 30 years old primigravida women during the first prenatal consultation, to improve their self-care

Reyna Fabiola Chávez-Ochoa¹, José Angel Luna-Rojas², Verónica Aviles-Ortiz³, Natividad Cabrera-Sánchez⁴

RESUMEN

Introducción. Las embarazadas representan un grupo prioritario para la atención en salud, al cual se le debe garantizar condiciones óptimas de salud. La mala alimentación puede ocasionar alteraciones como obesidad o desnutrición, y genera complicaciones al binomio madre-hijo, como: defectos en el tubo neural, retardo del crecimiento intrauterino, retraso mental en prematuros y recién nacidos; en la mujer causa abortos, partos prematuros y enfermedad vascular placentaria.

Material y métodos. Estudio cuantitativo, transversal y descriptivo en una muestra por cuota de 35 primigestas de bajo riesgo. En la primera consulta prenatal se consideraron las características sociodemográficas y el conocimiento alimenticio durante el periodo gestacional. Se utilizó una escala tipo Likert con 4 categorías y una segunda sección confirmatoria del conocimiento a través de una tabla de relación de columnas. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS.

Resultados. El promedio de edad fue 27 años con una desviación estándar de 2.12, el nivel de escolaridad se ubicó en secundaria (f=14), el ingreso mensual se encontró en el rango de \$1,000 a \$3,900 (f=33), refirieron ser vegetarianas (f=2). El 42.9% respondió que probablemente si tiene conocimiento sobre alimentación; sin embargo en la tabla comprobatoria el 62.8% reportó que probablemente no conoce sobre vitaminas y minerales, lo que orienta a pensar que dicho desconocimiento es favorecedor de las complicaciones en el binomio madre-hijo de salud antes anotadas.

Conclusiones. La muestra presenta desconocimiento de las necesidades de aporte adecuado de vitaminas, minerales y las enfermedades que previene el consumo de estos nutrientes durante la etapa gestacional.

Palabras Clave: Primigestas, alimentación, embarazo.

ABSTRACT

Introduction. Pregnant women represent a high-priority group which requires the best conditions of health. Bad alimentation provides alterations such as: Undernourishment, obesity and leads to complications to the mother-son binomial (Defects in the neural tube, retardment of intrauterine growth, mental retardation in pretermatures and newborns; to women it may cause abortions, premature parturitions and vascular illness).

Material and methods. Quantitative study, cross sectional and descriptive in a count of 35 low-risk primigravidas. A measure instrument was applied at first prenatal consults which considered sociodemographical characteristics and nutritional knowledge during the gestational period in a 1st section via Likert Scale with 5 categories and a 2nd section proving the knowledge using a chart confirming the relation of columns. SPSS Program helped the descriptive analysis and the trustworthiness of the data.

Results. The age average was 27 years old with a standard deviation of 2.12, the scholarly level was located at secondary (f=14), the monthly income was located in a range from 1000 to 1900 (f=13), referred themselves as not being vegetarian (f=33).

The 42.9% said that it may probably have knowledge of its nutrition; whatsoever in a provisory table 67% reported that does not know about vitamins and minerals.

This proves that such lack of knowledge leads to health deviations before checked.

Conclusions. This sample shows lack of knowledge from the "adequate" usage of vitamins, minerals and diseases that their consume would prevent during gestational period.

Key words: Knowledge, alimentation, pregnancy.

1. Jefe de servicio Hospital General "Dr. Enrique Cabrera Cosío, 2. Profesor de asignatura, Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia, IPN: 3. Enfermera. Especialista, Hospital de Especialidades PEMEX Picacho, 4. Jefe de Servicio Hospital General de Naucalpan "Dr. Maximiliano Ruíz Castañeda.

Artículos recibidos 28 de julio 2010; Primera revisión 26 agosto de 2010; Aceptado 30 de septiembre de 2010.

Correspondencia: Reyna Fabiola Chávez - Ochoa. 4ta Cerrada de Retoño Núm. 33 Int. 5. Col. El Retoño C.P 09440. Delegación Iztapalapa, D.F. Correo electrónico: thewoman079@hotmail.com.

INTRODUCCIÓN

El embarazo constituye una de las etapas de mayor vulnerabilidad nutricional en la vida de la mujer, esto se debe a que durante el transcurso del mismo, existe una importante actividad anabólica que determina un aumento de las necesidades nutricionales maternas de casi todos los nutrientes, en relación al periodo pre concepcional¹. El embarazo es considerado según la NOM 007 (1993) como “el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y nacimiento del producto a término”².

La OPS (2006) refiere, que en América Latina y el Caribe, una de cada 130 madres se enfrenta a riesgo de muerte, en comparación con los países más desarrollados como Canadá, donde la tasa es de 1 por cada 7,750 mujeres embarazadas.

En los países en desarrollo, se ha comprobado que la muerte de la madre en el parto puede llevar a la muerte posterior del recién nacido³.

Durante las diferentes etapas de la gestación las exigencias de nutrientes tienden a incrementarse y finalmente, se consumirán más alimentos de los que se utilizan normalmente; las mujeres en estas etapas suelen presentar inadecuados hábitos alimenticios, que podrían originar deficiencias o excesos leves de nutrientes, alterando el crecimiento y desarrollo fetal posiblemente para toda la vida.⁴ Entre las patologías asociadas a la deficiente nutrición durante el embarazo, cabe mencionar la mayor incidencia de retardo en el crecimiento así como la posible presencia de anemia megaloblástica. Durante la concepción, las deficiencias alimenticias están relacionadas con la muerte fetal, abortos, anomalías cefálicas (defectos del tubo neural) y lactantes pequeños para la edad gestacional⁵. De ahí que el seguimiento nutricional ocupe un lugar relevante en el control de la embarazada, motivado por el impacto que este produce en el resultado final del binomio madre-hijo.

Actualmente, se comprende mejor cuales son las necesidades nutricionales del embarazo y el rol de los diferentes nutrientes específicos para esta etapa de la vida. Se puede decir que durante la gestación, la alimentación deberá proveer un incremento de nutrientes, especialmente calorías, proteínas, calcio, hierro^{6,7} y ácido fólico entre otros.

La nutrición en el embarazo debe ser equilibrada y adecuarse a las necesidades específicas. Se calcula que en el embarazo, se consumen un total de 85,000 calorías correspondientes a la madre, la unidad feto-placentaria y el metabolismo, por lo tanto, es de suponer que habrá que aumentar los valores calóricos ingeridos. Una dieta razonable es de 2000 a 2400 calorías al día hasta el quinto mes y de ahí aumentar a 2800 calorías al día hasta el término del embarazo,

dependiendo del aumento ponderal materno⁸.

Con el presente estudio, se pretende identificar el grado de conocimiento sobre alimentación en primigestas, reconociendo la gran importancia que tiene el autocuidado, como favorecedor de acciones para lograr una adecuada alimentación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. La población se conformó por primigestas entre 25 a 30 años, que asistieron a la primera consulta prenatal en un hospital general del Estado de México. La muestra se integró por una cuota de 35 participantes. La recolección de datos se llevó a cabo durante el mes de septiembre y octubre del 2009. Para la aplicación de las encuestas se contó con el apoyo de pasantes de enfermería, enfermeras, médicos y personal administrativo.

El estudio se apegó a las consideraciones éticas y científicas de la Ley General de Salud (1984) en lo referente a Investigación en los artículos 13, 16, 23, 24 y 45.9 Durante el transcurso de las encuestas se respetó la dignidad de las participantes; previa explicación del propósito del estudio. De igual manera se solicitó un consentimiento informado por escrito de la primigesta abordada en la consulta externa de Gineco-Obstetricia.

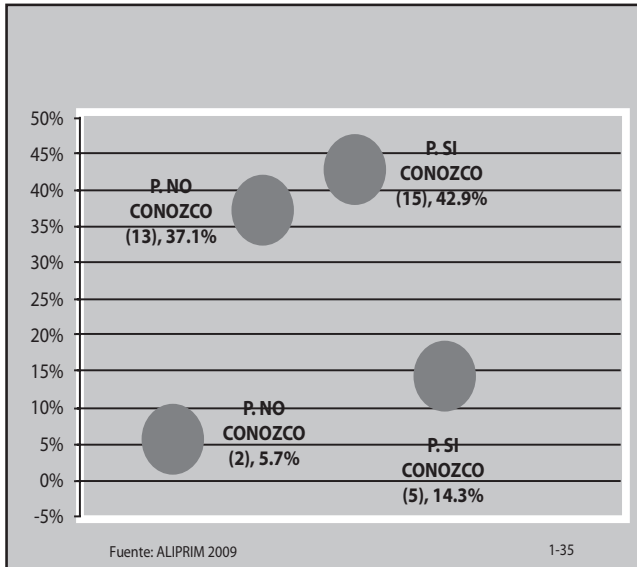
El análisis estadístico fue de naturaleza descriptiva. Con respecto al ingreso económico, el nivel de escolaridad y alimentación vegetariana, se utilizaron frecuencias y porcentajes. El instrumento de medición incluyó tres secciones: variables sociodemográficas con 8 reactivos, conocimiento sobre alimentación con 20 reactivos y tabla de relación de columnas para comprobar índice de conocimiento con 17 reactivos. El instrumento de medición fue diseñado con la escala tipo Likert, categoría nominal.¹⁰ Para medir la confiabilidad del instrumento se utilizó el coeficiente alpha de Cronbach.

RESULTADOS

La edad media de la muestra de embarazadas fue de 27 años y una desviación estándar de ± 2.12 . Con respecto a la escolaridad, la mayoría cuenta con secundaria (f=14), seguido con aquellas que concluyeron bachillerato (f=11) y en menor proporción nivel primaria (f=1). El ingreso mensual que percibían las 35 embarazadas fue de \$1000 a \$1900 (f=13), seguido de \$2000 a \$2900 (f=9) y de \$3000 a \$3900 (f=5). Por otra parte, del total de 35 primigestas, solo dos eran vegetarianas.

En relación al conocimiento sobre nutrición, el mayor porcentaje fue 42.9% en la opción de “probablemente si conoce”. Si a ello se le suma el 14.3% que refirió “definitivamente si conoce”, da un total

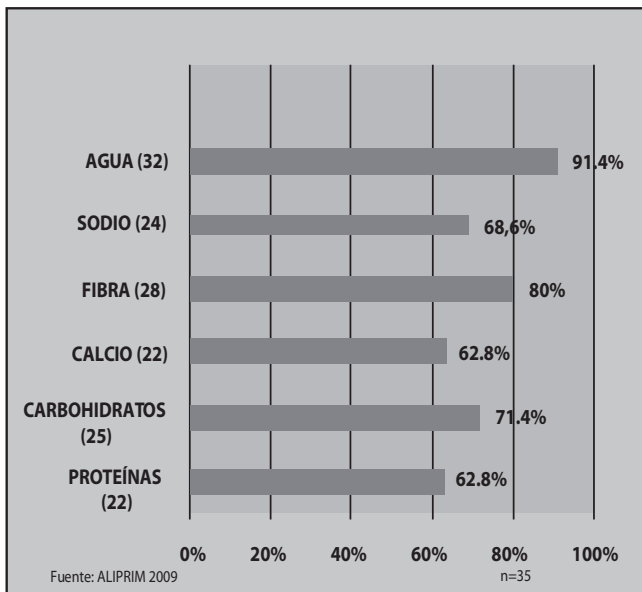
Figura 1. Conocimiento sobre nutrición por categoría



del 57.1% que percibe tener conocimiento; contra un 42.9% que percibe tener nulo o poco conocimiento. (Figura 1)

La sección de relación de columnas, permitió ubicar con mayor precisión el índice de conocimiento sobre la alimentación en las primigestas. Los porcentajes más ele-

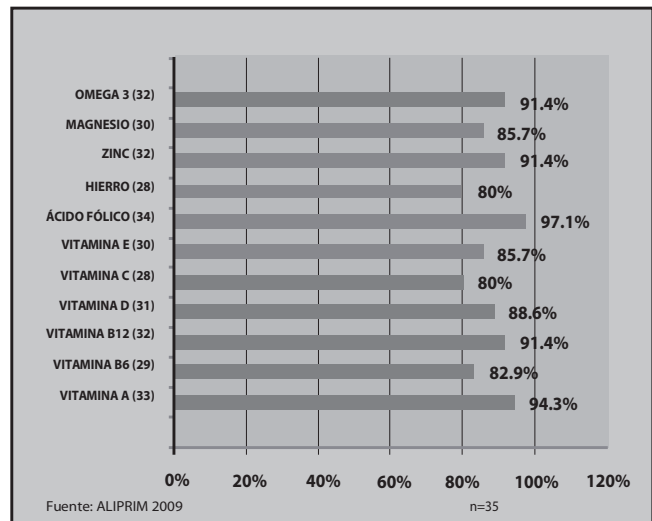
Figura 2. Grupo de nutrientes que sí conocen las primigestas



vados de la muestra que refieren "si conocer" los alimentos, se relacionan con los siguientes nutrientes: agua, sodio, fibra, calcio, carbohidratos y proteínas. (Figura 2)

Los porcentajes más elevados de la muestra que refieren "no conocer" cuáles son los alimentos que aportan los siguientes nutrientes, se relacionan con los siguientes nutrientes: omega 3, magnesio, zinc, hierro, ácido fólico, vitamina E, vitaminas C, vitamina D, vitamina B12, vitamina B6 y vitamina A. (Figura.3)

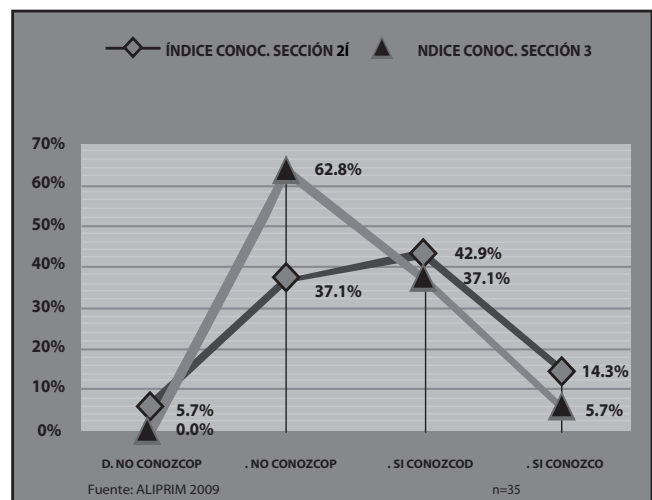
Figura 3. Grupo de nutrientes que no conocen las primigestas



Es importante mencionar que, en comparación a la segunda parte del instrumento de medición, la misma población de 35 primigestas refiere tener otro nivel de conocimientos sobre los alimentos durante el embarazo, obteniendo que el 66.56% de las encuestadas no conoce acerca de vitaminas y minerales mientras que el 33.45% de ellas identifica los alimentos que contienen sodio, calcio, fibra, agua, proteínas y carbohidratos que forman parte de los alimentos básicos.

En la comprobación de hipótesis se pronosticó que el índice de conocimiento sobre alimentación en primigestas se situaría en un nivel en donde el 60 % de la muestra probablemente no tiene conocimiento de los alimentos para el adecuado desarrollo materno fetal. En la sección II, el 42.9% respondió probablemente "sí tener conocimiento" sobre alimentación, sin embargo en la sección III se comprobó que el 62.8% de las mismas primigestas probablemente no conocen sobre alimentación (fig.4).

Figura 4. Comprobación de hipótesis índice de conocimiento sobre nutrición en embarazadas.



Para la confiabilidad del instrumento el coeficiente de Alpha de Cronbach obtenido fue de 0.92.

CONCLUSIONES

El presente estudio, reportó que la mayoría de la muestra de embarazadas no conoce el aporte adecuado de alimentos ricos en vitaminas, minerales y por ende, que enfermedades previene el consumo de estos durante la etapa gestacional. Ello conlleva a un déficit en el aporte de proteínas, el cual tiene consecuencias negativas para el binomio madre-hijo.

El desconocimiento de los alimentos que contienen hierro, omega 3, magnesio y zinc, incrementa los riesgos de presentar malformaciones congénitas en el feto. Las desviaciones en la nutrición por otro lado, pueden condicionar el desarrollo de enfermedades como hipertensión arterial y diabetes gestacional durante la etapa perigestacional³.

El comportamiento mostrado por las variables de estudio, reportó que el 62.8% refiere probablemente no conocer sobre alimentación en el embarazo, comparativamente con lo reportado por, Suárez et al, Zeng et al, y Kim HW^{9,11,12} los cuales refieren un conocimiento similar sobre la misma variable, el 97.5%, 74.9% y 65% respectivamente.

Hay que hacer notar, que en el estudio y de acuerdo a la escala tipo Likert que se utilizó (definitivamente sí, probablemente sí, probablemente no y definitivamente no)¹⁰, se vio la necesidad de integrar una tercera sección con una tabla de comprobación de conocimiento sobre alimentación.

Adicionalmente, la educación formal e informal de las primigestas, tendrá como finalidad ayudarles a adoptar medidas de autocuidado nutricional para favorecer el desarrollo de un producto saludable y posteriormente recuperarse de manera satisfactoria.

El presente estudio aporta datos sobre las debilidades en el conocimiento que tienen las primigestas sobre la necesidad de una nutrición adecuada durante el embarazo. Esto servirá para una mejor planeación de la educación de las mismas, orientado sobre todo a las acciones de autocuidado.

REFERENCIAS

1. Thompson JL. Nutrición. Madrid: Pearson Education; 2008. 1108 p.

2. Norma Oficial Mexicana NOM 007-SSA2- 1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Diario Oficial de la Federación. 31 de octubre de 1994. México.
3. 47° Consejo Directivo de la OPS. La salud neonatal en el contexto de la salud de la madre, el recién nacido y el niño para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la Naciones Unidas. [Internet]. [publicado 2006; acceso 24-11-2010]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/Departamentos/obstetricia/AltoRiesgo>.
4. Olds S, London M, Ladewing P. Enfermería Materno Infantil. Interamericana, 4ta Edición Mc Graw Hill 1996. ISBN-10: 9686356150.
5. Lowdermilk D, Perry S. Enfermería Materno Infantil”, 6ª ed. Vol I, II. México: Hartcourt-Océano; 1998. 1488 p.
6. Suárez-Trujillo I, Ábalos-Fernández EY, Álvarez-Cortés JT, Pérez-Hechavarría GA. Modificación del conocimiento sobre aspectos nutricionales relacionados con anemia ferropénica en mujeres en edad fértil [internet]. Rev MEDISAN [Internet]. 2007;11(4). [acceso 24-11-2010]. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=51899&id_seccion=636&id_ejemplar=5256&id_revista=80.
7. Piña-Baca F. Comportamiento, actitudes y prácticas de alimentación y nutrición en gestantes. Rev Per Obst Enf. 2007; 3 (1):17-21.
8. Shils ME. Nutrición en salud y enfermedad. México: McGraw-Hill Interamericana; 2002. 2 v.
9. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la salud. Título segundo, capítulo I y IV. Diario Oficial de la Federación. 7 de febrero de 1984. México.
10. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio P. Metodología de la Investigación. 3ª ed. México: Mc Graw Hill; 2004. 689.p.
11. Zeng G, Zhang J, Liang JZ, Zhou R, Song MY, Zhang YJ. [Study on the knowledge of nutrition and related dietary behavior among “floating” women under pregnancy]. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi. 2005 Jun; 26 (6): 408-11.
12. Kim HW. [Development of the Pregnancy Nutrition Knowledge Scale and its Relationship with eating habits in pregnant women visiting Community Health Center]. J Korean Acad Nurs. 2009; 39 (1): 33-43.

INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
ESCUELA SUPERIOR DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

ÍNDICE DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN EN MUJERES PRIMIGESTAS DE 25 A 30 AÑOS
EN SU PRIMER CONSULTA PRENATAL.

Fecha: _____

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.

Instrucciones: Lea las siguientes preguntas y marque con una X la respuesta que considere correcta.

Primera sección: Datos sociodemográficos

¿Qué edad tiene en años cumplidos? _____

¿Qué nivel de escolaridad tiene? (especifique años cursados)

Preescolar (3 años) ___ Primaria (6 años) ___ Secundaria (3 años) ___
Bachillerato (3 años) ___ Licenciatura (5 años) ___ Especialidad (2 años) ___
Maestría (2 años) _____

Su ingreso mensual es de :

Menos de 900 ___ 1000-1900 ___ 2000-2900 ___ 3000-3900 ___
Más de 4000 ___

¿Es usted vegetariana? Sí _____ No _____

Segunda Sección. Instrucciones: Lea con atención cada pregunta y selecciona en la sección de escala de respuestas la opción que usted considere. Anote dentro del recuadro una X

4	3	2	1
Definitivamente sí conozco	Probablemente sí conozco	Probablemente no conozco	Definitivamente no conozco
PREGUNTA			
5. ES IMPORTANTE TENER CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN DURANTE EL EMBARAZO.			
6. RECONOCE QUÉ ALIMENTOS SON SALUDABLES CONSUMIR DURANTE EL EMBARAZO.			
7. CARBOHIDRATOS. AZÚCARES Y GRASAS ESTÁN INDICADOS CONSUMIR DURANTE EL EMBARAZO.			
8. SON RICOS EN FIBRA: FRUTAS, VERDURAS Y CEREALES.			
9. CONOCE QUE: GARBANZO, SOYA, BRÓCOLI SON RICOS EN CALCIO.			
10. EL CONSUMIR CARNE, LÁCTEOS Y CEREALES NOS PROPORCIONA PROTEÍNAS.			
11. SABES QUE: EL PASTEL, REFRESCO Y ALIMENTOS CHATARRA SON CARBOHIDRATOS.			
12. LOS FRUTOS SECOS, CEREALES Y GERMEN DE TRIGO SON RICOS EN MINERALES.			
13. LA FALTA DE HIERRO TE PUEDE PROVOCAR ANEMIA, ABORTOS Y PARTOS PREMATUROS.			
14. LAS MALFORMACIONES DEL RECIÉN NACIDO SE PREVIENEN CONSUMIENDO ÁCIDO FÓLICO.			
15. AL CONSUMIR PESCADO, PREPARADOS LÁCTEOS, NUECES Y SEMILLAS OBTENEMOS OMEGA 3.			
16. LA HIPERTENSIÓN Y RETENCIÓN DE LIQUIDOS SE PREVIENE NO CONSUMIENDO SAL.			
17. PARA TENER VITAMINA A DEBO CONSUMIR ACEITE DE HÍGADO DE PESCADO.			
18. SI COMO FRUTAS CÍTRICAS Y TOMATES VERDES ESTOY CONSUMIENDO VITAMINA C.			
19. SABES QUE LOS MARISCOS, LA CARNE DE TERNERA Y CORDERO SON RICOS EN VITAMINA B6.			
20. CONSUMIR VÍSCERAS, HUEVOS Y LÁCTEOS NOS PROPORCIONAN B12.			
21. EN LA LECHE, QUESOS MANTEQUILLA, SALMÓN Y ATÚN ENCONTRAMOS VITAMINA D.			
22. SI CONSUMES ACEITE DE SOYA, CACAHUATE, COCO Y VEGETALES VERDES OBTIENES VITAMINA E.			
23. SI CONSUMES MAGNESIO EVITAS CONVULSIONES, PARTOS PREMATUROS Y TE PROTEGE DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.			
24. EL CONSUMIR ZINC DURANTE EL EMBARAZO AYUDA A LA DIGESTIÓN DE LOS ALIMENTOS Y AYUDA EN LA CALCIFICACIÓN ÓSEA DEL BEBÉ.			

Tercera Sección: Tabla de relación de columnas.

Instrucciones: Escriba dentro del paréntesis un número que elija de la columna izquierda. A cada grupo de alimentos le corresponde únicamente un nutriente.

LAS MEJORES FUENTES DE:	NUTRIENTES
25. Carnes rojas y blancas, huevo.	() Zinc
26. Pan, tortillas, dulces.	() Hierro
27. Yema de huevo, aceite de pescado, papaya, melón.	() Agua
28. Ternera, cerdo, cordero, mariscos.	() Carbohidratos
29. Vísceras, atún, sardina	() Omega 3
30. Quesos, huevo, mantequilla, margarina.	() Fibra
31. Soya, cacahuete, arroz, coco.	() Vitamina B6
32. Lácteos y sus derivados, pescado, brócoli, soya.	() Ácido fólico
33. Naranja, fresas, alubias, betabel, espinacas.	() Vitamina E
34. Calamares, pulpo, acelgas, hígado de ternera y cordero.	() Sodio
35. Proteínas de origen animal, frijoles, cereales enteros.	() Proteínas
36. Trigo, avena, cebada, verduras y hortalizas.	() Magnesio
37. Girasol, pistache, trigo, germinados.	() Calcio
38. Semillas, pescado, huevos.	() Vitamina A
39. Caldos, atoles, jugos.	() Vitamina B12
40. Productos enlatados, procesados y embutidos.	() Vitamina C
	() Vitamina D

Estimulación temprana en niños menores de 2 años en la Ciudad de Durango

Early stimulation of children under 2 years old in the City of Durango

Juan Manuel Ramírez-Salazar ¹, Martha Lilia Parra-Domínguez ²

RESUMEN

Introducción. La estimulación temprana es el grupo de técnicas especiales que fomentan el desarrollo psicomotor, social y del lenguaje en niños. Se reconoce que el bienestar de los niños depende en gran medida de lo que sus padres y otros miembros de su entorno están haciendo o podrían hacer por ellos. El objetivo fue diferenciar el nivel de desarrollo y los cambios del grupo control al del grupo experimental al cual se le aplicó estimulación temprana de acuerdo a la edad y a las necesidades de los niños.

Material y métodos. Estudio correlacional, experimental con un eje longitudinal que cuenta con un universo de 30 niños menores de 2 años. Instrumento: DENVER-SEMÁFORO 30 que cuenta con 123 Ítems, más una ficha de identificación de 10 Ítems. resultados: Se aplicó el instrumento a un grupo control y un grupo experimental. El grupo experimental obtuvo un mayor porcentaje de desarrollo en: Motor Grueso 46%, Motor Fino 40%, Área Social 27%, Lenguaje 33%.

Conclusiones. La estimulación temprana es un medio eficaz para potencializar al máximo las habilidades en el desarrollo no sólo del niño con déficit neurológico sino también en el niño sano y más aun en condiciones marginales.

Palabras clave. Estimulación Temprana, Desarrollo Psicomotriz, desarrollo social, desarrollo de lenguaje.

ABSTRACT

Introduction. Early stimulation is the group of special techniques that promote the psychomotor, social and language in children. It is recognized that the welfare of children depends largely on what their parents and other members of his entourage are doing or could do for them. The objective was to differentiate the level from development and the changes of the group control to the one of the experimental group to which I am applied early stimulation to him according to the age and to the needs of the children.

Material and methods. A correlational, experimental with a longitudinal axis which has a universe of 30 children younger than 2 years. Instrument: DENVER-LIGHT 30 which has 123 items, more a form of identification of 10 items. Results: We applied the instrument to a control group and an experimental group, the experimental group had a higher percentage of development: 46% Gross Motor, Fine Motor 40%, 27% Social Area, Language 33%.

Conclusions. Early stimulation is an effective way to potentiate the best skills in the development not only of children with neurological deficit but also in the healthy child, and even more marginal conditions.

Key words. Early stimulation, less than two years old, psychomotor development, social development, language development.

1 Hospital General del estado de Durango.

2 Facultad de Enfermería de la Universidad Juárez del Estado de Durango.

Artículos recibidos 28 de julio 2010; Primera revisión 26 agosto de 2010; Aceptado 30 de septiembre de 2010.

Correspondencia: MCE. Martha Lilia Parra-Domínguez, Calle Mina Magistrál del Oro 217, Fracc. Acereros C.P. 34030 Durango, Dgo. Correo electrónico: monikg91@hotmail.com.

INTRODUCCIÓN

La estimulación temprana es el grupo de técnicas especiales que fomentan el desarrollo psicomotor, social y del lenguaje en niños, ya sea para corregir trastornos reales o potenciales que afecten en su desarrollo o simplemente para estimular sus capacidades compensadoras, que le permitan alcanzar todo su potencial infantil, dichas intervenciones contemplan al niño globalmente, es decir, tomándolo en cuenta tanto como individuo, integrante de una familia y de una comunidad.¹

La estimulación temprana se caracteriza por ser:

- Sistemática Su aplicación tiene en cuenta la edad del niño/a, el desarrollo de sus habilidades y lo que deseamos lograr en un determinado momento.
- Secuencial Cada capacidad o habilidad que logra el niño/a en un determinado período sirve de base para la siguiente etapa o período de desarrollo.
- Asistencial Atiende a la madre y al niño/a.
- Individualizada. Las prácticas de atención deben estar hechas a la medida de cada niño/a.
- Continua Debe haber continuidad en las actividades que desarrollan las personas que están al cuidado del niño/a.²

La estimulación temprana también se encarga de integrar los factores ambientales, los cuales pueden modular, inhibir o estimular la expresión del desarrollo de las habilidades natas, así como, las que se adquieren como respuesta al medio ambiente que nos rodea, dentro de estos factores ambientales se incluyen los puramente biológicos como son: el estado de salud, de nutrición, entre otros, también se encuentran los de índole psicológico, social y cultural, dentro de estos están incluidos los vínculos afectivos iniciales, el nivel de atención que recibe, el grado de interacción del ambiente con el niño, las personas y los objetos que lo rodean, la luz, el sonido, etc. Todos estos factores son fundamentales en la maduración de conductas de adaptación al entorno, de la disposición al aprendizaje, del establecimiento de diferentes estrategias de comunicación y del desarrollo emocional, por lo que en la actualidad se busca apoyar dicho desarrollo por medio de la estimulación temprana.

Los primeros tres años de vida se caracterizan por un alto grado de desarrollo neuronal y por la flexibilidad que tiene el sistema nervioso, por lo tanto, la estimulación temprana busca fomentar la adquisición de funciones básicas (control postural, marcha y lenguaje) y especializadas (observación, análisis y solución de problemas cotidianos), que son a consecuencia del crecimiento y de la adaptabilidad que presenta hacia su medio ambiente.¹

Como consecuencia de las observaciones sistemáticas de Gesell (entre 1920 y 1930) sobre el desarrollo del niño, se movilizó un fuerte interés en la confección de escalas de desarrollo de la primera infancia, inspiradas, precisamente, en la del propio Gesell. Entre ellas, pueden mencionarse las siguientes: Escala de Lezine y Bru-Brunet (Francia, 1946). Escala de Bayley (EE.UU., 1969),

Escala de Denver (EE.UU., 1970)³.

El conocimiento del desarrollo esperable para cada edad permite establecer una diferenciación clara respecto de las manifestaciones de una patología infantil, que no puede ser confundida con las limitaciones que para cada edad imprime el desarrollo mismo. Como consecuencia de ello, la realización de una evaluación del desarrollo es condición imprescindible para la intervención del profesional en cualquiera de los campos posibles.^{4,5}

Existen muchas otras herramientas de evaluación conductual infantil, entre ellas se pueden mencionar:

- La Escala de Evaluación de la Conducta del Recién Nacido, desarrollada por T. Berry Brazelton de Harvard y mejor conocida como el "Test de Brazelton".
- El ELM o Lenguaje Temprano de Milestone (Early Language Milestone), escala para niños de 0 a 3 años de edad.
- El CAT o Test Clínico Adaptativo (Clinical Adaptive Test) y la Escala Clínica Lingüística y Auditiva de Milestone –CLAMS- (Clinical Linguistic and Auditory Milestone Scale), para evaluar niños de 0 a 3 años.
- El Sistema de Monitoreo Infantil para niños de 4 a 36 meses.
- La Prueba de Lenguaje Gráfico de Peabody para evaluar niños de 2½ a 4 años de edad.^{4,5}

El instrumento más utilizado para examinar los progresos en el desarrollo de niños desde el nacimiento hasta los 6 años de edad es la prueba del desarrollo de Denver (DDST). El nombre "Denver" refleja el hecho de que fue creado en el Centro Médico de la Universidad de Colorado en Denver. Desde su diseño y publicación en 1967 ha sido utilizado en varios países del mundo lo que indujo a que la prueba fuera revisada, surgiendo la versión DDST-II, que es la que actualmente se utiliza.^{4,5}

El propósito de evaluar el desarrollo dependerá de la edad del niño, en recién nacidos las pruebas pueden detectar problemas neurológicos, en infantes pueden a menudo tranquilizar a los padres sobre dudas del desarrollo de sus hijos o bien identificar tempranamente la naturaleza de los problemas para orientar el tratamiento y más adelante, durante la infancia, las pruebas permiten delimitar problemas de aprendizaje o sociales. Independiente de la edad de aplicación, pueden ayudar al personal clínico a decidir su plan de acción, ya sea una nueva evaluación, guía de actividades de estimulación temprana para los padres o referencia temprana.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un rastreo bibliográfico acerca de estudios relacionados con la estimulación temprana de los que se encontraron unos cuantos realizados en el país. La mayoría fueron de procedencia sudamericana y estadounidense. El presente trabajo es un estudio de estimulación temprana, cuantitativo, experimental y correlacional, con un diseño

longitudinal, realizado en las Colonias 9 de Julio y Benito Juárez, ubicados al sur de la Ciudad de Durango, Dgo. Con una población de 30 niños divididos en dos grupos: 15 niños para el "grupo experimental" y 15 niños para el "grupo control". El método de muestreo fue no probabilístico por conveniencia, tomando en cuenta el total del universo; conformando una muestra total de 30 niños que oscilaban entre los cero y dos años de edad. Los criterios de inclusión fueron niños menores de 2 años de edad y aquellos niños cuyos padres tuvieran la disponibilidad para participar en el Programa de Estimulación Temprana. Los criterios de exclusión fueron: Infantes que padecieran limitaciones físicas o neurológicas y aquellos que hayan recibido estimulación temprana con anterioridad. Para la recolección de datos se utilizó una ficha de identificación que cuenta con 10 ítems y el instrumento de Denver 4 (DDST) complementándolo con un instrumento llamado SEMÁFORO^{6,7} (Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Carpeta bibliográfica de Estimulación Temprana 2003), al final el instrumento utilizado cuenta con 123 ítems, con 4 subescalas para cada evaluación según la edad cumplida. Las cuatro subescalas miden las áreas de: Motor Grueso, Motor fino, Social y Lenguaje. Esta guía permite la evaluación del desarrollo de la niña o niño, por cada mes de edad, hasta los 12 meses, ya que en esta primera etapa los cambios son muy relevantes y por trimestre de los 13 a los 23 meses de edad. El nivel de confiabilidad del instrumento según el Alpha de Cronbach fue de .88.

Se establecieron las variables de estudio, para posteriormente seleccionar el lugar y el universo a trabajar tomando en cuenta la viabilidad de la investigación.

Se manejó el consentimiento informado para las madres o tutores legales de los niños menores de 2 años, al recolectar los datos se le dio una pequeña información sobre estimulación temprana y se les planteó a las madres el ob-

jetivo de la investigación y de su participación dentro del programa.⁸

Al completar el llenado del consentimiento informado se procedió a realizar una evaluación inicial con el instrumento en ambos grupos de estudio. Posteriormente al grupo experimental se le aplicó el programa de Estimulación Temprana, con una duración de tres meses consecutivos, durante el transcurso se realizaron tres evaluaciones al término de cada mes a cada grupo de estudio.

Se procedió a analizar los resultados y a determinar el grado de evolución tanto del grupo control como del grupo experimental, el análisis estadístico fue descriptivo con frecuencias y porcentajes, para lo cual se procesó la información en el programa estadístico SPSS versión 11.

RESULTADOS

Los resultados según el instrumento utilizado fueron los siguientes:

En la población infantil predominaron los hombres con el 60%, el 100% de las madres contestaron y estuvieron presentes en la intervención y evaluación de programa, en su mayoría madres de 16 a 20 años con 23.3%, de las cuales 53.3% eran casadas y 30% en unión libre, nos indica que la mayoría la responsabilidad de un niño la sobrellevan ambas partes, 56.6% de las madres estudiaron hasta secundaria y el 80% son amas de casa; 73.3% pasa todo el día con su hijo(a).

En las figuras comparativas (Figuras 1, 2, 3 y 4) se aprecia la evolución de los niños, en el comienzo los resultados son similares, pero durante el transcurso del programa se va haciendo notoria la diferencia entre ambos, rumbo al primer mes, se comenzaron a manifestar los cambios, durante el segundo mes se observó una mejoría en los niños que no recibieron intervención y al tercer mes fue clara la diferencia y desarrollo positivo en comparación con el grupo control.

Figura 1. Área Motor Grueso

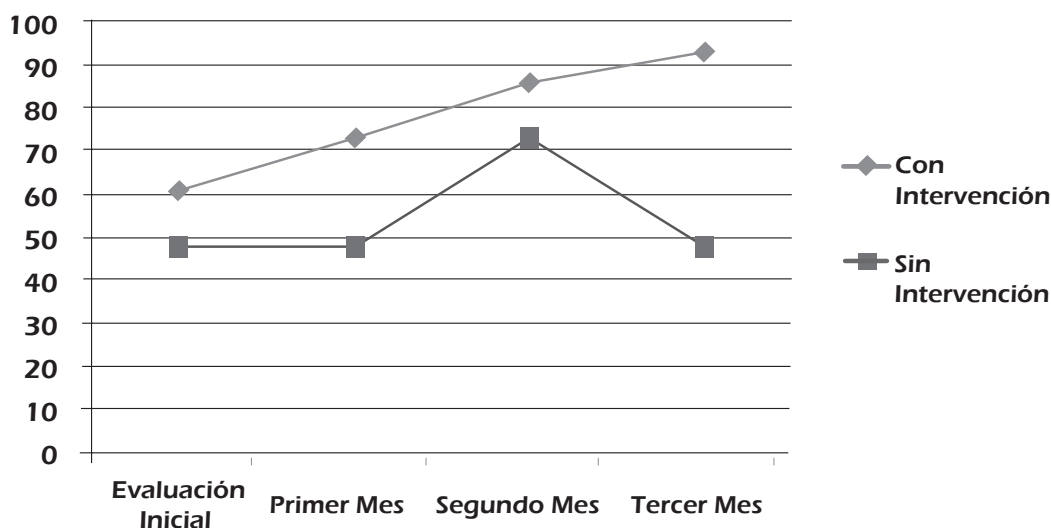


Figura 2. Área Motor Fino

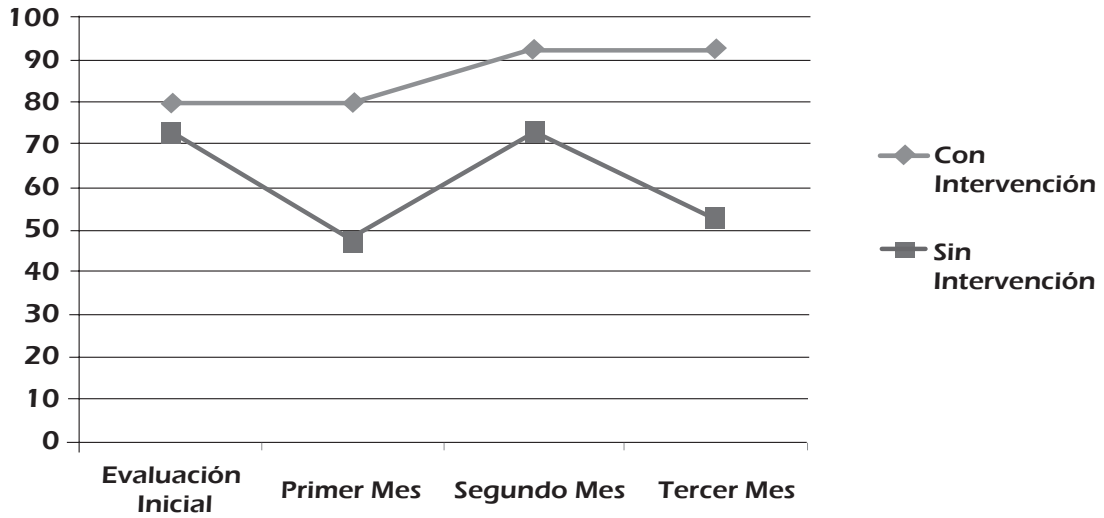


Figura 3. Área del Lenguaje

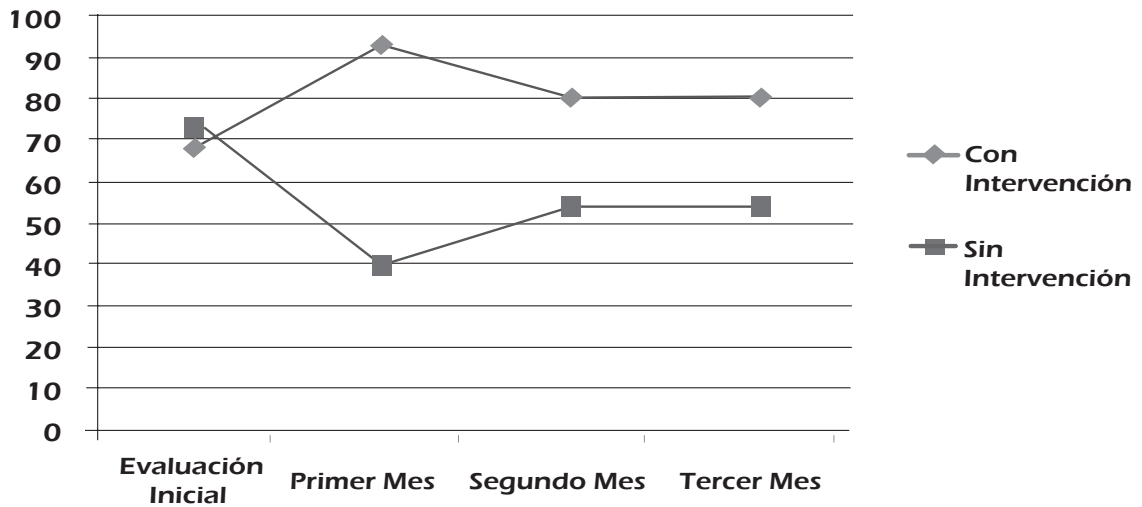
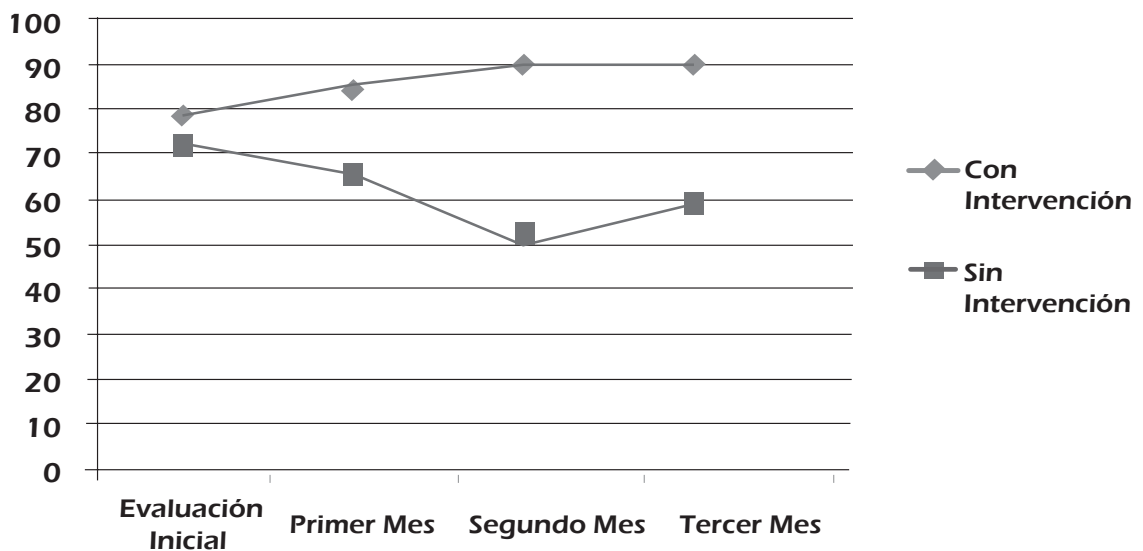


Figura 4. Área Social



DISCUSIÓN

Aunque la referencia es poca, ya que la mayoría de los programas de estimulación temprana se hacen en instalaciones especializadas, las cuales son escasas en Durango y no cuentan con una proyección a nivel comunitario, de lo anteriormente mencionado, estamos de acuerdo con Moreno M. y cols.⁹⁻¹² en que los padres juegan un papel importante en el desarrollo de la estimulación temprana de los niños/as y coincide con los resultados de la presente investigación, al igual que la evolución fue mayoritariamente favorable y superada, solo un pequeño por ciento fue estática.

Aunque los niños del grupo control mostraron un incremento en su desarrollo, este fue significativamente menor al que se obtuvo con los niños/as que participaron en el programa de estimulación temprana, por lo que se apoya que se lleve la estimulación temprana en el hogar, tal y como lo plantea Moreno M. y cols.⁹⁻¹², al igual que Pando M. y cols.⁹⁻¹² que proponen que haya estimulación dirigida en el hogar.

Además la participación de las madres en el programa estimulación temprana les permite adquirir conocimientos sobre los aspectos relacionados con la adquisición de habilidades psicomotrices de sus hijos/as, estos resultados coinciden con Pando M. y cols.⁹⁻¹²

Las madres de las colonias incluidas en el grupo experimental, están casadas y por unión libre, son amas de casa y pasan todo el tiempo con su hijo, pero al realizar la evaluación inicial, se observó un déficit importante en el desarrollo psicomotriz de los niños. Se puede suponer que cuentan con el tiempo necesario más no con el conocimiento suficiente sobre las acciones necesarias para potencializar al máximo sus habilidades ya que la mayoría sólo estudió hasta la secundaria, al igual que pueden poseer el conocimiento mas no lo ponen en práctica con sus hijos.

El hecho de que las madres o tutores de los niños pasen todo el tiempo con ellos, podría indicar que cumplen con sus necesidades básicas, mas no que se presten para potencializar las habilidades de sus hijos.

Se coincide en que la estimulación temprana es un medio eficaz para potencializar al máximo las habilidades en el desarrollo no solo del niño con déficit neurológico sino también en el niño sano y mas aun en colonias marginales.

Además se pudiera suponer que las madres que acuden a la invitación del programa de estimulación temprana presentan un mayor interés en promover el desarrollo de sus hijos/as, y tal vez son los que han apoyado con anterioridad a su desarrollo. La insistencia hacia los padres renuentes podría tomarse como un factor de riesgo para los resultados de la investigación ya que podrían no aplicar con el mismo interés la estimulación temprana, en comparación al resto de las madres.

REFERENCIAS

1. Arango De Narváez. Manual de estimulación temprana. Ser madre hoy. Colombia: Gamma; 2004. 159 p.
2. Canadian International Development Agency. Curso de Estimulación Temprana. Modulo I. Promoviendo la estimulación temprana desde el nivel inicial. Proyecto de Mejoramiento de la Educación Básica PROMEB PIURA. [Internet] Mayo 2007. [acceso 30-09-2010]. Disponible en: <http://www.promeb-piura.org.pe>.
3. Lograzo M. Técnicas psicológicas utilizadas en la evaluación del desarrollo infantil. [Internet] [acceso 30-09-2009]. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/053_ninez1/files/tecnicas_psi.pdf.
4. Matas S. Estimulación Temprana de 0 a 36 meses. Argentina: Lumen Hvmanitas; 1997. 244 p.
5. Fuentes-Terrazas E, Fernández Rueda P, Galindo-Vallejo PE, De Santiago-Requejo F. Prueba de Tamizaje del desarrollo de Denver II (DDST-II) [Internet]. [acceso 24-11-2010]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/galindozip/escala-de-denver>.
6. Frenk-Mora J. Estimulación Temprana. Lineamientos Técnicos. México: CENSA-Secretaría de Salud; Mayo 2002. [acceso 24-11-2010]. Disponible en: <http://www.google.com.mx/url?sa=t&source=web&cd=2&ved=0CBwQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.salud.gob.mx%2FUnidades%2Fcdi%2Fdocumentos%2Festimulacion.pdf&ei=7truTNKVZ08sAOSrZDJCw&usq=AFOjCNEVZj0QOxyM7GAPwkhxTTPomF88Jw>.
7. Frenk-Mora J. Implementación de las actividades de estimulación temprana en las unidades del primer nivel de atención. Lineamientos. SSA 2002.
8. Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, 2003. RESPYN [en línea]. 2003; 4 (3). [acceso 24-10-2010]. Disponible en: http://www.respyn.uanl.mx/iv/3/contexto/reglamento_investigacion.htm.
9. Pando-Moreno M. Impacto del proyecto de estimulación temprana en el neurodesarrollo en niños. Hogar Materno "Leonor Pérez" MINSAP, Habana Vieja; Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana. 2006. consultado septiembre 2009. Disponible en: http://www.spapex.es/neurodesarrollo_habana.htm.
10. Pando-Moreno M, Aranda-Beltrán C, Amezcua-Sandoval T, Salazar Estrada JG, Torres-López TM. Estimulación Temprana en niños menores de 4 años de familia marginadas. Rev Mex Pediat; 2004; 71 (6): 273-277.
11. Pando M. y Cols. Estimulación Temprana y Desarrollo Madurativo del niño en zonas rurales del estado de Jalisco. Rev Mex Psiquiat Fac Med Barna Cuba. 2004; 31 (3): 123-128.
12. Martínez M. La Atención Temprana. Primeros Niveles de Detección e Intervención. Hospital Universitario de Santa Cristina Madrid, España. Rev Pediat Aten Prim. 2001; 3 (11): 471-480.

Proceso de enfermería: Integración del conocimiento a la práctica de enfermería

Nursing process: integration of knowledge and nursing practice

María del Pilar Sosa Rosas¹

RESUMEN

La atención de enfermería constituye un proceso formal, mediante el cual se proporciona cuidado al ser humano sano o enfermo y a su familia. Incluye metodologías científicas y técnicas que sustentan la práctica cotidiana de la profesión. El proceso se aprende durante la formación escolar del profesional de enfermería, considerado como un primer momento en donde el alumno comienza a estructurar su pensamiento de manera sistemática, en torno al cuidado del ser humano que sufre por una enfermedad u otra circunstancia como la emocional. El segundo momento del proceso se da en el ámbito laboral en que se desempeña el profesional de enfermería, quien recurre a las diferentes metodologías para proporcionar el cuidado al ser humano sano o enfermo, independientemente del espacio en que se encuentre la persona, dándose a través de su aplicación una relación interpersonal de paciente-profesional de enfermería.

Palabras clave: Proceso de enfermería, proceso de atención de enfermería, seguridad del paciente.

ABSTRACT

The nursing process is a tool that is used by the professional nursing to provide the care to him to the healthy or ill human being, and to its family. It is a method that is a bridge between the theory and the practice of the profession, proposed like a theory by Ida Orlando.

The process is learned to elaborate during the bachelor degree formation, considered like a first moment where the student begins to structure his knowledge systematic way around the care of the human being who suffers by a disease or another circumstance like the

emotional one.

The second moment of the process an interpersonal relation of nursing patient-professional occurs in the labor scope, the nursing professional, resorts to this method to provide the care to the healthy or ill human being, independent of the space evolves in which is the person, occurring through its application.

Key words: Nursing process, nursing care process, patient safety.

INTRODUCCIÓN

Una de las grandes preocupaciones de la profesión de enfermería es la integración de la teoría y la práctica, misma que ha sido expresada por los profesionales de enfermería y en diversos momentos, lo que ha conducido a proponer diversas teorías para dar respuesta al ser y hacer de la profesión. Esta requiere de un conocimiento específico para el cuidado del ser humano, que puede ser adquirido por generalizaciones a partir de la experiencia, técnicas o reglas de actuación que han sido establecidas, así como por el sentido común; formas que algunos autores han llamado como el conocimiento pre-científico¹. La observación tiene un papel muy importante para el inicio del proceso heurístico y epistemológico, cuyas respuestas dan lugar a acciones que van a resolver algún problema de la vida cotidiana, lo que permite la construcción de generalizaciones tanto para su estudio como para su solución.

La experiencia transmitida de manera oral y de persona a persona, así como de generación en generación para su conservación y progreso, juega un papel fundamental en la profesión dentro de los hospitales, los centros de salud y en todos los espacios en que se desarrolla

¹ División de Estudios Profesionales, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM.

Artículos recibidos 28 de julio 2010; Primera revisión 26 agosto de 2010; Aceptado 30 de septiembre de 2010.

Correspondencia: Lic. Nuria del Pilar Sosa Rosas. División de Estudios Profesionales de la ENEO, Camino viejo a Xochimilco s/n esq. Viaducto Tlalpan Col. San Lorenzo Huipulco, Del. Tlalpan, C.P. 14370 México D.F. Correo electrónico; soosa99@yahoo.com.

la práctica. Dicha experiencia expresa lo que pasa en la profesión, cobrando una particular importancia los conocimientos que el propio personal propone sobre lo que se puede hacer con respecto al cuidado del paciente, en donde se hace presente el empirismo, la observación y la realidad, que dan origen y continuidad al saber de la enfermería. El conocimiento de la profesión se hace evidente a partir del siglo XIX con Florencia Nightingale, quien le da un gran significado a la observación, proponiéndola como una condición para su ejercicio, quien textualmente señalaba: "pero si usted no puede seguir el hábito de la observación de una forma u otra, es mejor que deje de ser enfermera, porque no está usted llamada a ello, pese a lo amable que usted sea y lo ansiosa que puede estar por conseguirlo".² Con esta profesional se inicia la aplicación de técnicas, que ya eran utilizadas por el hombre en el proceso de producción, con la finalidad muy precisa, de contribuir al mantenimiento de su salud. Con ella, se forjaron los principios de la profesión de la enfermería, constituyéndose en una práctica secular, derivada de las propias necesidades de salud del hombre. La guerra civil de los Estados Unidos de Norteamérica, por otra parte, condicionó grandes cambios en la práctica de la enfermería, por la necesidad de proporcionar atención a un gran número de heridos durante la misma, así como el manejo de las secuelas.³

A partir de ese momento se refuerza la búsqueda del saber de enfermería, juicio que se hace presente y necesario para abordarla como ciencia. En este proceso, se enfatiza la necesidad de una observación cuidadosa, elemento que hasta nuestros días es inseparable del hacer de enfermería, en donde se tiene que apoyar en el sentido común, herramienta primordial para que la enfermera aplique el cuidado en el ser humano. Este último, es un elemento que se construye y que puede dar lugar a un nivel de pensamiento superior, que está sumamente unido a la habilidad práctica y favorece el actuar de la enfermera. Implica que el profesional utilice la inteligencia para establecer conclusiones, tomar decisiones, efectuar deducciones y reflexionar sobre su actuación, justificando el cuidado que se da a la persona enferma⁴. En esta evolución epistemológica, a través de la meta-cognición, se gesta un proceso activo y organizado, empleado para examinar cuidadosamente el propio pensamiento, dando al ser humano oportunidades que le habilitan para la adquisición de experiencias e intuición, en esa permanente relación dinámica e interpersonal entre los profesionales y los pacientes. Con ello, atienden a la necesidad de comunicarse con los pacientes, primeramente presentándose con ellos, identificándolos por su nombre y procediendo a valorar la atención que requieren, como lo es la preparación para una intervención quirúrgica, para un estudio de imagen, la aplicación de algún medicamento, etc., sin olvidar la obligación que tiene de informarles de cada procedimiento que se les realizará.

La reflexión es un proceso que ayuda al profesional de enfermería el reconocimiento de los eventos adver-

sos que ponen en riesgo la vida del paciente; por ello, desde el punto de vista de formación, se le prepara para aplicar medidas de asepsia y antisepsia, como el lavado de manos, el lavado de manos quirúrgico, la administración correcta de medicamentos y los efectos secundarios que estos pueden producir en el paciente, así como la identificación de las infecciones nosocomiales que puede presentar el paciente una vez hospitalizado. De la misma manera, este proceso ayuda a prever el riesgo que tiene el paciente en cada evento quirúrgico, si no se verifica su grupo sanguíneo, su nombre correcto, el riesgo de caída por ausencia de barandales de la camilla o colocación inapropiada, el cambio del estado general del paciente o si no se toman correctamente los signos vitales. De igual importancia es el conocimiento sobre los factores de riesgo para evitar que el paciente tenga úlceras por presión o la trascendencia de dar una información incorrecta, que influyen negativamente en la calidad de la atención médica y seguridad del paciente.

La seguridad del paciente implica que el profesional de enfermería éste preparado desde el punto de vista teórico y práctico, para no cometer errores en los procedimientos y técnicas que pongan en riesgo la vida del paciente, así como para comprender que en cada acción que aplica a un paciente, debe proporcionar calidad y seguridad. Es muy importante que el estudiante durante su formación comience a desarrollar el pensamiento de enfermería y la intuición, con el objetivo específico de favorecer la salud y curación del paciente, aplicando dentro del cuidado los lineamientos de la seguridad del paciente. La intuición, entendida como un proceso respaldado por conocimiento y experiencias previas formales, se va logrando a través de la comunicación y el trabajo diario con los pacientes. Con ello, al observar detalles en la actitud y respuestas de éstos, se prepara a la enfermera para una acción inmediata y razonada ante la angustia que está viviendo el ser humano sano o enfermo. De esta forma, la enfermería es un proceso inclusivo, relacionado con el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas reales o potenciales de la salud⁵.

El razonamiento es una acción mental interna y única, que requiere la enfermera para proporcionar un cuidado fundamentado en el ser humano. Dicho razonamiento, entendido como un proceso que se aplica en la vida cotidiana de la enfermería, debe ser guiado por medio de diferentes estrategias, una de las cuales es el proceso de atención de enfermería.

El proceso moderno de atención de enfermería, surge en los Estados Unidos de Norteamérica en la década de los cincuentas. En 1955, Lydia Hall pronunció una conferencia en Nueva Jersey acerca de la calidad de la asistencia sanitaria, en donde afirmaba que ésta es un proceso, idea que apoyó J. Orlando en la década de los sesenta del siglo XX; en 1966 Lois Knowles lo presenta como un modelo de las actividades que constituyen el cometido de las enfermeras.

En 1967, un grupo interdisciplinario de la Universidad de Colorado, realiza un estudio sobre el proceso clínico de deducción referido a la asistencia sanitaria, el cual debía realizarse de acuerdo a las necesidades del paciente y mediante la emisión de juicios basados en los datos disponibles⁶. Años más tarde, Ida Jean Orlando (Pelletier) en su libro *The Discipline and Teaching of Nursing Process: An Evaluative Study*, editado en el año de 1972, después de 10 años de estudios realizados con enfermeras, nos da a conocer la Teoría del Proceso de Enfermería. Dicha teoría incluye la comunicación de la o el enfermero con el paciente así como de su reacción inmediata, especificando claramente que esta reacción es únicamente de la enfermera y pidiendo su validación o corrección. Describe el proceso de acción de la persona y especifica los tipos de acción que facilitan o impiden que la enfermera identifique la necesidad de ayuda inmediata del paciente⁷, teoría que no hemos desarrollado del todo en México, y que sería interesante incursionar en ella. Rosalinda Alfaro, en 1998 considera que el proceso de atención de enfermería es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes, centrados en el logro de los resultados esperados.

La intencionalidad del proceso de enfermería es crear un puente que permita unir la teoría y la práctica de la profesión de enfermería, bajo la consideración de que entre las profesiones del área de la salud, enfermería es la única cuyo objeto de estudio es la persona en su totalidad, con la cual interactúa permanentemente como sujeto de acción; es un método de integración entre el ser y hacer de enfermería. De ahí la importancia de que la enfermera se interese en aplicarlo; su utilización sigue un curso lógico de razonamiento, que permite acercarse a la realidad de las necesidades del ser humano, cuyo principal propósito es conducir la ejecución de cuidados generales y específicos al ser humano con conocimiento científico, porque el interés fundamental de la profesión es la conducta del ser humano ante la enfermedad, para otorgarle el cuidado específico o bien guiarlo a continuar con salud y también en identificar la reacción y la acción de la enfermera ante estos dos eventos tan importantes de la persona.

El proceso de atención de enfermería es un método, que le proporciona herramientas a los profesionales para que desarrollen el razonamiento inductivo para suministrar cuidados a la persona y así contribuir al bienestar del ser humano, en el entendido que se busca la mejoría de su enfermedad o malestar, aun cuando no siempre pueda lograrse este resultado, si se considera la evolución del tipo de enfermedad o lesión que tenga el ser humano al que se le éste proporcionando el cuidado. La creatividad es característica del proceso enfermero porque éste cambia continuamente en respuesta a las necesidades del paciente⁸. Al considerar al proceso de atención de enfermería como método, este se tiene que adquirir en algún momento de la formación del profesional; bajo esta idea el momento

propicio para enseñarlo es durante los años escolares del alumno, de tal manera que al egresar debe tener bien sistematizado el método; es decir, que mediante la realización del trabajo escrito del proceso que elabora en sus años escolares, cuando tiene contacto en cada semestre con la práctica del cuidado del ser humano en sus diferentes etapas de la vida, va ir adquiriendo una forma de razonamiento que aplicará durante su vida como profesional.

Este método le permite al estudiante identificar las necesidades que debe cuidar en la persona, así como convertirse en un buscador y analizador crítico de información, en un cuestionador, pero sobre todo, proporcionar cuidados con pensamiento reflexivo y científico. Con ello, se logra que comprenda que cada ser humano en el instante en que se cuida, es un ser único, que requiere cuidados específicos y personales.

En la vida profesional, el proceso de atención de enfermería se debe de ver reflejado en el cuidado que se proporciona a la persona, es por ello que se insiste en crear instrumentos que reflejen esta aplicación del método, que son los que implican un mayor desafío, debido a que se piensa que los instrumentos deben de reflejar las 5 etapas (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación) que se manejan en este momento. Aun cuando existen propuestas de una gran variedad de instrumentos, que permiten darse cuenta que el proceso se puede utilizar en el hacer diario de la enfermería, todavía falta dar el gran paso, lograr que un instrumento unifique la aplicación del proceso en cada uno de los escenarios en que se desenvuelve la práctica diaria de la enfermería.

Con lo mencionado anteriormente, podemos decir que el proceso de atención de enfermería tiene dos momentos importantes en la profesión; el primer momento es cuando el alumno se está formando y tiene que aprender a elaborarlo, es en donde aprende a dar los cuidados bajo un razonamiento que le permita actuar en el cuidado. El segundo momento es cuando aplica el proceso en su vida profesional, en el entendido de que adquirió disciplina para el pensamiento y que este pensamiento le va a proporcionar responsabilidad, autonomía, creatividad y la aceptación de riesgos en el ser y hacer de la enfermería.

El proceso de enfermería no sólo debe ser manejado como un trabajo para el desarrollo de la práctica del alumno, también debe ser utilizado en la enseñanza que se les da a los alumnos en el aula, con la intención de que se den cuenta de que a través del razonamiento se ésta dando un cuidado de enfermería científico. En Estados Unidos, muchos de los cuidados de enfermería se siguen investigando, incluso en algunos países de Europa como Inglaterra y España. En México, surge un interés más específico por investigar el hacer de la profesión de enfermería a partir de los 90's del siglo XX, teniendo un mayor auge en esta primera década que va del siglo XXI, con lo que se

espera que conforme avanza la profesión, se profundice en la investigación del cuidado que otorga enfermería, considerando tanto lo cualitativo como lo cuantitativo. En la vida profesional de la enfermería, se puede recurrir a ella para proporcionar el cuidado sustentado en principios científicos. Sin embargo esto puede ser difícil inicialmente; debiéndose ejercitar la metodología científica de manera más continua, de tal forma que se utilice cotidianamente el conocimiento generado, constituyéndose entonces en un verdadero puente entre la teoría y la práctica.

Es necesario recordar que la meta primordial de la aplicación del proceso de enfermería es la validación de los resultados que se obtienen del estudio del cuidado de enfermería, a partir de identificar las necesidades de la persona enferma, así como, de su sufrimiento por tener un malestar o una enfermedad, que no implica únicamente el aspecto biológico, sino el psicológico y el espiritual. De esta manera, en la primera década de lo que va de este siglo XXI, hay una genuina preocupación por la utilización del proceso de enfermería en las instituciones de salud, por lo que algunas de ellas están haciendo esfuerzos por aplicarlo, y han creado instrumentos que les permiten emplear las cinco etapas del proceso en beneficio del paciente, así como del personal de enfermería y de la calidad del cuidado. Un ejemplo de ello lo encontramos en el trabajo que está realizando la Dirección de Enfermería a nivel nacional y la Comisión Permanente de Enfermería al establecer los Planes de Cuidados de Enfermería como uno de sus proyectos importantes a alcanzar y favorecer la seguridad del paciente para el año 2012.⁹ El manejo del proceso en la práctica de enfermería, no significa que por cada uno de los pacientes que atiende se tenga que hacer un trabajo escrito de muchas cuartillas; se refiere a que a través de este método, el profesional de enfermería utiliza el razonamiento inductivo y el pensamiento crítico para el cuidado científico del ser humano, la familia y la comunidad, lo que favorece el avance más allá del aspecto mecánico, rutinario, de cómo se veía la profesión hace algunos años.^{10/11}

Hoy hablamos del cuidado científico con sentido humano, porque la profesión de enfermería es social, está íntimamente relacionada con la salud-enfermedad, con la psicología, con las creencias, con la cultura de las personas y la investigación. El cuidado científico de enfermería hace referencia a que el profesional sabe lo que está haciendo y por que lo está haciendo, con pleno conocimiento del beneficio que proporciona a los pacientes las intervenciones de enfermería. La aplicación del proceso de enfermería, favorece la seguridad del paciente desde un punto de vista científico, ya que tiene como punto central la relación enfermera/pacien-

te, en donde la observación de este último, de sus relaciones con las personas y del entorno que lo rodea, proporciona datos para detectar necesidades y todos aquellos aspectos que pueden poner en riesgo su vida y permitiendo establecer intervenciones inmediatas de enfermería para disminuir los riesgos.

CONCLUSIONES

En conclusión, podemos decir que el proceso de atención de enfermería es un método que se empezó a aplicar por las enfermeras norteamericanas en la década de los cincuentas del siglo XX. A partir de ese momento se fue difundiendo por todo el mundo, lo que ha permitido que el personal de enfermería de distintos países tenga contacto con él y lo aplique. En lo que respecta al ámbito educativo, se ha convertido en eje central del plan de estudios de la licenciatura en enfermería y obstetricia, ubicándose actualmente en los contenidos de los programas en donde los docentes lo consideran como la parte rectora de la enseñanza del cuidado, tanto en el aula como en el laboratorio, debiéndose solicitar al alumno como una parte específica de la práctica clínica, para integrar los conocimientos teóricos y prácticos.

En lo concerniente a la práctica profesional, actualmente es utilizado por instituciones de salud como el Instituto Mexicano del Seguro Social para proporcionar cuidado de enfermería a los derechohabientes. Con la aplicación del proceso se busca que se le proporcione una mayor seguridad al derechohabiente bajo la idea de considerar los riesgos y los peligros que puede tener, así como el proporcionar calidad en el cuidado por parte del profesional de enfermería, con lo que se unifica la calidad con la seguridad, donde el compromiso y la responsabilidad de enfermería es otorgar intervenciones que den resultados que beneficien al paciente.

El proceso sigue siendo objeto de diferentes investigaciones y de propuestas teóricas; la de este artículo se refiere a la importancia que tiene su utilización en un primer momento durante el tiempo de formación del estudiante, para que comprenda que es un método para desarrollar el pensamiento inductivo y crítico, que le permite aplicar cuidados de enfermería con fundamentación apropiada. La importancia en un segundo momento representa la aplicación del proceso en la vida profesional, en la realidad cotidiana del cuidado del ser humano, debido a que es una profesión que está interesada en la conducta del ser humano sano o enfermo y en cómo se da la reacción y la acción de la enfermera, sustentadas en bases científicas.

REFERENCIAS

1. Hernández-Conesa J, Esteban-Albert. Fundamentos de la enfermería. Teoría y método. Madrid: Mc.Graw Interamericana, 1999. p. 10.
2. Hernández Conesa J. Historia de la enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería. España: Interamericana McGraw Hill, 1998. p. 134
3. Gordon M. Diagnóstico enfermero, proceso y aplicación; 3a edición. Madrid: Mosby/Doyma. p. 38.
4. Esteban M. La construcción de una disciplina. España: Universidad de Murcia; 1999. p. 98.
5. López P. Proceso de Enfermería. Rev Iberoam Geriatr Gerontol. 1994; 10:37-38.
6. Yura H, Walsh MB. El proceso de enfermería; valoración, planificación, implementación y evaluación. México: Alhambra; 1982. p. 23-30.
7. Yura H, Walsh MB. El proceso de enfermería; valoración, planificación, implementación y evaluación. Alambra México 1982. p. 30
8. Schmieding NJ, Orlando S. Theory; case studies in nursing theory. New York: National League for Nursing; 1986. p. 4.
9. Marriner AT, Alligood MR. Modelos y teorías de enfermería. México: Elsevier; 2007. p. 434.
10. Alfaro LR. Aplicación del proceso enfermero: fomentar el cuidado en colaboración. 5ª ed. Madrid: Masson; 2003. p.30.
11. Potter A, Griffit PA. Fundamentos de enfermería. 5ª ed. Vol. 1. Madrid: Harcourt-Mosby; 2002. p. 296.
12. Schmieding NJ. Ida Jean Orlando: A nursing process theory. Londres: SAGE Publications; 1993. p.9-16, 31-35, 53-56.
13. Paz-Wilches MI. Validación del proceso de atención de enfermería estandarizado en el área crítica de una institución de salud. Actual Enferm. 2006; 9 (3): 9-14 [acceso 24-11-2010]. Disponible en: <http://encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria9306Validacion.htm>.
14. Secretaria de Salud., Dirección de Enfermería, Comisión Permanente de Enfermería; Lineamiento general para la elaboración de planes de cuidado de enfermería; México D.F, 2010, p.13.
15. Pérez Hernández. M.L.; Operacionalización del proceso de atención de enfermería; Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica; 2002;10-2;62-66.

Responsabilidad médica ante el incumplimiento obligaciones

Medical liability given the breach of obligations

María del Carmen Dubón Peniche¹

SINTESIS DE LA QUEJA

Los familiares del paciente, refirieron que por presentar dolor abdominal intenso ingresó al Hospital demandado, siendo portador de hemofilia tipo "A"; sin embargo, no fue trasfundido con factor VIII, ni sangre, lo cual era necesario. Se solicitó tomografía de abdomen y no se informó el resultado de dicho estudio, pese a la gravedad del caso, pues el paciente falleció.

RESUMEN CLÍNICO

EXPEDIENTE CLINICO, HOSPITAL DEMANDADO

2 de diciembre de 2009, 21:00 horas, Hoja de Urgencias: Masculino de 18 años de edad. Antecedentes personales patológicos: alérgico a crioprecipitados, hemofilia. Transfusiones: factor VIII, última, hace una semana. Padecimiento actual: inicia hace cuatro horas con dolor abdominal intenso, periumbilical, acompañado de náusea y vómito de contenido gástrico (cuadro similar hace un año, con mejoría a tratamiento conservador). Exploración física: consciente, palidez de tegumentos, mal hidratado, campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos rítmicos, abdomen con resistencia muscular, dolor en epigastrio e hipogastrio, peristalsis ausente. Impresión diagnóstica: dolor abdominal, hemofilia. Indicaciones: ayuno, solución Hartmann 1,000 cc. para una hora. Estudios: biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, grupo sanguíneo y Rh, tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina, radiografía de tórax, radiografía simple de abdomen en dos posiciones, valoración posterior. 22:00 horas, Reporte de Laboratorio: Leucocitos 22,400, eritrocitos 4.08, hemoglobina 13.2, hematocrito 36.5, volumen globular medio

89.5, plaquetas 257,000, neutrófilos 82, linfocitos 11, bandas 7, glucosa 205 mg/dL, urea 29 mg/dL, nitrógeno ureico 13.6 mg/dL, creatinina 0.7 mg/dL, ácido úrico 6.5 mg/dL, bilirrubina total 0.54 mg/dL, bilirrubina directa 0.22 mg/dL, bilirrubina indirecta 0.32 mg/dL, proteínas totales 7.1 g/dL, albúmina 4.2 g/dL, globulinas 2.9 g/dL, relación albúmino/globulina 1.4, transaminasa glutámico oxalacética 13 U/L, transaminasa glutámico pirúvica 11 U/L, fosfatasa alcalina 82 U/L, deshidrogenasa láctica 312 U/L, sodio 138 mmol/L, potasio 3.3 mmol/L, cloro 102 mmol/L.

22:10 horas, nota de Urgencias: Tensión arterial 90/50, leucocitosis severa, resto dentro de parámetros normales, sin descartar hemo-concentración, aún sin reporte de examen general de orina y tiempos, por reactivo. Radiografía de abdomen: imagen de vidrio despulido, sin observarse asas; el Servicio de Cirugía enterado, se solicitan paquetes globulares. 22:30 horas, nota de Urgencias: Diaforético, pálido, dolor abdominal mal localizado, peristalsis normal; tensión arterial 90/50, frecuencia cardiaca 70 por minuto, frecuencia respiratoria 24 por minuto, temperatura 37° C., radiografía de abdomen: imagen que puede corresponder a presencia de líquido; no se reportan tiempos. Impresión diagnóstica: hemofilia, abdomen agudo no quirúrgico de momento. Plan: valoración y manejo por Medicina Interna.

22:45 horas, nota de Medicina Interna: Tensión arterial 100/70, frecuencia cardiaca 70 por minuto, frecuencia respiratoria 24 por minuto, temperatura 37° C; laboratorio: glucosa 205 mg/dL, biometría hemática: 22,400 leucocitos, neutrofilia y linfocitosis, tiempo parcial de tromboplastina no coagula; resto normal. Radiografía de abdomen: psoas derecho borrado. Exploración de abdomen: dolor generalizado a la palpación, de predominio en epigastrio, ligero meteorismo, peristalsis aumentada. Indicaciones: amilasa

¹ Dirección General de Arbitraje, CONAMED.

Artículos recibidos 28 de julio 2010; Primera revisión 26 agosto de 2010; Aceptado 30 de septiembre de 2010.

Correspondencia: Dra. María del Carmen Dubón Peniche. Dirección General de Arbitraje CONAMED. Mitla 250, Esq. Eje 5 Sur (Eugenia), Col. Vertiz Narvarte, Del. Benito Juárez, C.P. 03020, México, D.F. Correo electrónico: revista@conamed.gob.mx.

sérica, después aplicar ampollita de butilioscina y una ampollita de dimetilpirazolona lenta y diluida en 10 cc. de solución; recabar examen general de orina. Medicamentos: amikacina 500 mg. intravenosos dosis única, programar ultrasonido de abdomen superior, valoración posterior. Reporte resultados de laboratorio: Examen general de orina con densidad 1.025, color amarillo, aspecto claro, pH 7, glucosa negativa, cuerpos cetónicos 80 mg., urobilinógeno 0.2, células escasas, bacterias abundantes, leucocitos 5/campo, resto negativo. Amilasa 260 UI/L.

3 de diciembre de 2009, nota de Medicina Interna: Tomografía de abdomen muestra: imagen redondeada de origen intestinal. Metabólica y hemodinámicamente estable, sin datos de sangrado; plaquetas dentro de parámetros normales, sin anemia; abdomen agudo, nada que ofrecer, no cumple criterios para Unidad de Cuidados Intensivos, hasta que no se resuelva proceso agudo por el que acudió. Indicaciones: alta del servicio de Medicina Interna, queda a cargo de Urgencias, en caso necesario se otorgará interconsulta.

2:25 horas, nota de Cirugía General: Datos de abdomen agudo, se recomienda ingresar a piso con tratamiento médico. Plan: se interna, solución mixta 1,000 cc. para ocho horas con 20 mEq de cloruro de potasio; ayuno, butilioscina una ampollita cada seis horas vía intravenosa, ranitidina 50 mg. cada 12 horas vía intravenosa, dimetilpirazolona un gramo cada 6 horas, intravenoso.

2:45 horas, Urgencias, nota de Enfermería: Aún con dolor intenso, en muy mal estado general, hipotenso, se refiere solicitud de paquetes globulares por indicación de cirujano de guardia, sube a piso. El paciente es levantado por familiar, sufre caída, continúa consciente, refiere sentirse desesperado, se informa a médico de guardia, quien indica verbalmente aplicar medicamento 3: 10 horas, Enfermería: Tensión arterial sin escucharse, períodos de apnea, presenta paro cardiorrespiratorio, se realizan maniobras sin obtener respuesta.

3:30 horas, nota de Cirugía General: Paro cardiorrespiratorio irreversible a maniobras de soporte vital avanzado.

4:20 horas, nota de egreso, Cirugía General: Portador de hemofilia "A". Acude a consulta por dolor abdominal generalizado, difuso, intenso; pálido, intranquilo, posición antiálgica, irritable; ruidos cardíacos de leve intensidad, frecuencia cardíaca 78 por minuto, frecuencia respiratoria 22 por minuto, temperatura 36.8° C., campos pulmonares ventilados, abdomen plano, rígido, peristaltismo 5 por minuto, rebote positivo, en madera, extremidades hamartrosis de rodilla izquierda, palidez de dedos, retardo en llenado capilar, tomografía de abdomen probable colección hemorrágica intra-abdominal. Ingreso a piso por gravedad del caso y lo riesgoso de intervención quirúrgica. Manejo establecido durante su estancia: vigilancia hemodinámica estrecha. Diagnósticos de defunción: shock hipovolémico por sangrado digestivo masivo por hemofilia.

ANÁLISIS DEL CASO

Para el estudio del caso se estiman necesarias las siguientes precisiones:

En términos de la literatura especializada, la hemofilia es una enfermedad hereditaria de transmisión materna que padecen los hijos varones. Se caracteriza por incapacidad sanguínea para coagular; la forma más común es la tipo "A", que se presenta en 80% de los casos y se debe a déficit de factor de coagulación VIII. La Hemofilia tipo "B", segunda en frecuencia, es causada por deficiencia del factor IX.

Los pacientes con hemofilia severa, pueden presentar hemorragias espontáneas en articulaciones, músculos, tejidos blandos o cavidades naturales. En pacientes con déficit menor de factor, pueden presentarse hemorragias secundarias a trauma o cirugía, las cuales pueden evolucionar hacia la gravedad y muerte, si no se realiza el tratamiento correcto.

El factor VIII, proteína coagulante, globulina o factor antihemofílico, es un factor lábil del plasma, producido en el hígado, con importante función en la primera etapa de la hemostasia, pues sirve para promover la coagulación e interactuar con las plaquetas y la pared vascular, a fin de asegurar la hemostasia.

La gravedad de la hemofilia es variable según el sangrado, éste puede producirse por hemorragias o hematomas dentro de los músculos y articulaciones, ocasionando alteraciones severas. La frecuencia e intensidad de las manifestaciones hemorrágicas, guardan relación con las concentraciones del factor VIII circulante; cuando las concentraciones de este factor son indetectables o menores al 1%, la hemofilia es grave; las concentraciones entre 1% y 5% son características de la forma moderada y con más de 5%, generalmente corresponde a la forma leve.

En adultos, es frecuente que ocurran hemorragias de mucosas en las cavidades bucal y nasal, secundarias a pequeños traumatismos que pasan inadvertidos, pudiendo dar lugar a hematomas extensos, si ocurren en cavidades y órganos internos, es posible que se presenten grandes hematomas. En retroperitoneo, pueden expandirse y producir compresión de órganos adyacentes (síndromes de compartimentación), de raíces nerviosas (neuropatía femoral) o vasos sanguíneos (congestión venosa o afecciones isquémicas) y ocasionar cuadros de choque con masa abdominal, oligo-anuria por compresión ureteral, incluso paraplejia; las grandes acumulaciones de sangre parcialmente coagulada, acompañadas de tejido inflamatorio, pueden formar grandes tumores calcificados que se confunden con cánceres (síndrome pseudotumoral).

Las hemorragias retroperitoneales, pueden producir síndrome doloroso abdominal, secuestro de líquidos, anemia aguda y choque hipovolémico. El cuadro clínico puede confundirse con apendicitis aguda; puede existir cólico nefrítico por hematuria intensa que genera coágulos en los ureteros. La tomografía

computarizada de abdomen y pelvis, es el estudio de imagen de elección para detectar complicaciones hemorrágicas, hematomas y pseudotumores.

La hemofilia, debe sospecharse por antecedente de hemorragia familiar de presentación exclusiva en varones, por respuesta exagerada a pequeños traumatismos o manipulaciones quirúrgicas, o bien, por hallazgo en pruebas de hemostasia con prolongación del tiempo de tromboplastina parcial activado. El diagnóstico definitivo, se establece al comprobar descenso o ausencia de la actividad procoagulante del Factor VIII plasmático. El tratamiento debe ser mediante factor VIII recombinante o monoclonal purificado, el cual en los episodios hemorrágicos debe iniciarse con prontitud, pues una dosis temprana de factor VIII, puede acortar considerablemente el tratamiento y limitar alteraciones residuales. Antes de cualquier cirugía, es necesario que a los pacientes hemofílicos se les realicen pruebas de detección sistemática, para detectar inhibidor del factor VIII, pues después de múltiples transfusiones, entre 10% y 20% de los pacientes, forman inhibidores para dicho factor; en estos casos, es necesaria la administración de factor VIIa.

La terapia de reemplazo con factores VIII o IX (hemofilia A o B, respectivamente) se debe emplear en la enfermedad severa, cuando existe sangrado activo, independientemente si fue espontáneo, traumático, o bien, de manera previa, en casos de cirugía. Las indicaciones más comunes para el tratamiento son: hemartrosis aguda y sangrado intramuscular. Estos eventos se deben tratar pronto, para prevenir o reducir las complicaciones y minimizar la necesidad de infusión adicional de factores de la coagulación. La dosis y duración del tratamiento mediante infusiones de factor VIII o formas adjuntas de manejo, dependen del tipo y localización de la hemorragia y la respuesta clínica del paciente.

En el presente caso, el 2 de diciembre de 2009, el paciente ingresó al Servicio de Urgencias del Hospital demandado por presentar cuadro de dolor abdominal agudo; la Hoja de Urgencias a las 21:00 horas, establece que era hemofílico y alérgico a crioprecipitados, siendo tratado mediante transfusiones de Factor VIII (la última aplicada una semana antes). Dicha hoja, señala que el padecimiento inició cuatro horas antes, caracterizado por dolor abdominal intenso de localización periumbilical, acompañado de náusea y vómito de contenido gástrico. En la exploración física se reportó: pálido, mal hidratado, abdomen con resistencia muscular, dolor en epigastrio e hipogastrio, sin peristalsis, estableciéndose impresión diagnóstica de dolor abdominal y hemofilia; se indicó ayuno y solución Hartmann, solicitándose exámenes de laboratorio (biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, grupo sanguíneo y Rh, tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina), radiografía de tórax y simple de abdomen, para valorar posteriormente al paciente, no observándose irregularidades por cuanto a esta atención se refiere.

La nota de Urgencias, a las 22:10 horas del 2 de diciembre de 2009, establece que presentaba tensión arterial 90/50, leucocitosis severa y radiografía de abdomen con imagen de vidrio despulido, sin observarse asas. También refiere, que se solicitaron paquetes globulares y que el Servicio de Cirugía General estaba enterado del caso. A las 22:30 horas, se reportó al paciente diafórico, pálido, con dolor abdominal mal localizado y tensión arterial 90/50, teniéndose impresión diagnóstica de hemofilia y abdomen agudo no quirúrgico, por ello se solicitó valoración y manejo por Medicina Interna.

A las 22:45 horas, fue valorado por Medicina Interna, refiriéndose: glucosa 205 mg/dL, leucocitosis, neutrofilia, linfocitosis, tiempo parcial de tromboplastina sin coagular y en radiografía de abdomen psoas derecho borrado. En la exploración de abdomen: dolor generalizado a la palpación, de predominio en epigastrio, ligero meteorismo y peristalsis aumentada. Se indicó butilioscina, dimetilpirazolona y amikacina; solicitándose determinación de amilasa sérica y programar ultrasonido de abdomen superior.

El 3 de diciembre de 2009, el paciente nuevamente fue valorado por Medicina Interna, quien refirió tomografía de abdomen con imagen redondeada aparentemente de origen intestinal, refiriendo que estaba con abdomen agudo, metabólica y hemodinámicamente estable, estimándose que no había nada que ofrecer por parte de este Servicio y que no cumplía criterios para manejo en la Unidad de Cuidados Intensivos, por ello indicó el alta, quedando a cargo de Urgencias.

En esos términos, fue demostrada la mala práctica, por negligencia, en que incurrió el personal médico del hospital demandado, al incumplir las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento que el caso ameritaba. En efecto, se adoptó una actitud contemplativa, ante el cuadro clínico que presentaba; no fue valorado de manera integral, pues las notas médicas acreditaron que no se realizó interrogatorio y exploración física acuciosos, anamnesis intencionada para el padecimiento y último cuadro clínico del enfermo. Tampoco efectuaron la debida correlación clínica con los estudios de laboratorio y gabinete a fin de establecer el diagnóstico.

Sobre el particular, es necesario mencionar, que el paciente presentaba leucocitosis, neutrofilia, bandemia, hiperglucemia, hipokalemia, amilasemia, radiografía de abdomen con borramiento de músculo psoas, así como tomografía con imagen redondeada aparentemente de origen intestinal, pese a ello, Medicina Interna se concretó a darlo de alta del Servicio, incurriendo así en mal praxis, por negligencia, al omitir otorgar el tratamiento necesario para la hemofilia.

En igual sentido, quedó demostrada la mala práctica del personal médico, debido a lo siguiente:

- Omitió indicaciones específicas tratándose de enfermo con abdomen agudo y datos de hipovolemia.

- No solicitó interconsulta a Hematología.
- No estimó el traslado a otra unidad médica con mayor capacidad resolutoria, a fin de que se brindara atención especializada.

Atendiendo a la literatura especializada, en pacientes hemofílicos el sangrado puede producirse por hemorragias o hematomas dentro de los músculos y articulaciones, lo cual ocasiona graves alteraciones. La frecuencia e intensidad de las manifestaciones hemorrágicas guarda relación con las concentraciones del factor VIII circulante, por ello es necesario que a todos los pacientes hemofílicos, se les realicen pruebas de detección de inhibidor del factor VIII y se les aplique el tratamiento oportunamente mediante Factor VIII recombinante, monoclonal purificado, o mediante factor VIIa, cuando existan inhibidores para el Factor VIII. Sin embargo, ésto fue omitido debido a la mal praxis observada.

A las 2:25 horas del 3 de diciembre de 2009, el servicio de Cirugía General indicó el ingreso de paciente a piso, con tratamiento conservador mediante buscapina, ranitidina y dimetilpirazolona. Esta atención, demuestra incumplimiento de las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, pues era indispensable correlacionar el cuadro clínico y los estudios auxiliares, a fin de establecer a la brevedad el diagnóstico y la terapéutica con apego a la *lex artis* especializada, lo cual no sucedió debido a que el personal médico mostró una actitud contemplativa.

Por su parte, la nota de Enfermería de 3 de diciembre de 2009 a las 2:45 horas, es concluyente al señalar, que el enfermo presentaba dolor intenso, muy mal estado general e hipotensión. Así mismo, que se difirió la solicitud de paquetes globulares y que el paciente al ser levantado por familiar, sufrió caída, refiriendo sentirse desesperado, por lo que se informó a médico de guardia, quien indicó de manera verbal aplicar medicamento. Esto confirma, la mal praxis del personal médico, al incumplir sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, toda vez que ante el cuadro clínico, y más aun, tratándose de paciente hemofílico, en quien cualquier traumatismo puede provocar sangrado importante, era indispensable la valoración médica; situación que no fue considerada.

Así las cosas, el 3 de diciembre de 2009 a las 3:10 horas, Enfermería reportó: tensión arterial sin escucharse, períodos de apnea, paro cardiorrespiratorio, se realizan maniobras sin obtener respuesta. A las 3:30 horas, según nota médica de Cirugía General, el enfermo presentó paro cardiorrespiratorio irreversible a maniobras de soporte vital avanzado. La nota de egreso del Servicio de Cirugía a las 4:20 horas, establece diagnóstico de shock hipovolémico por sangrado digestivo masivo por hemofilia.

Apreciaciones Finales

El personal médico del hospital demandado, no atendió al enfermo con apego a lo establecido por la *lex artis*

especializada, adoptando una actitud contemplativa ante el cuadro clínico presentado (hemofilia, abdomen agudo y datos compatibles con hemorragia abdominal).

Si bien es cierto, que personal médico del Hospital demandado no produjo la enfermedad del paciente (hemofilia), también es cierto, que tenía el deber de actuar con la diligencia necesaria, situación que no ocurrió en el presente caso.

Es de puntualizarse, que uno de los derechos esenciales de todo paciente y/o de sus familiares, es recibir del personal médico, información completa acerca de la enfermedad y atención, en el presente asunto se infringió el citado derecho, pues los familiares no recibieron la información debida y necesaria.

Comentarios

La *lex artis* médica, se refiere al conjunto de procedimientos, de técnicas y de reglas generales de los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud, que siempre debe valorarse conforme a las circunstancias del caso (modo, tiempo, lugar).

El expediente clínico, es el documento en el cual se registra el acto médico y se refleja, objetivamente, el curso de la enfermedad del paciente y el actuar del personal de salud para su atención.

Los registros de enfermería deben ser integrados conforme a los estándares establecidos en las disposiciones legales de la materia; ello favorece la eficacia de las actividades del personal, y por otra parte, permite identificar la actuación de cada integrante del equipo de salud.

REFERENCIAS

1. Castro Boiz C. Seudotumor hemofílico pelviano. *Cir Esp.* 2007;81(2):102-4.
2. Argente G. Hemorragia intraperitoneal espontánea. *Actas Urol Esp.* 2007;31(5):521-7.
3. Heaton D, Robertson R, Rothwell A. Ileopsoas haemophilic pseudotumours with bowel fistulation. *Haemophilia.* 2006; 6-4: 41-43.
4. Poulsen A, Pedersen L, Hvas A. Assay discrepancy in mild Haemophilia A: entire population study in National Haemophilia Centre. *Haemophilia.* 2009; 15: 285-289.
5. Federación Mundial de Hemofilia. Tratamiento de la Hemofilia. Protocolos para el tratamiento de la Hemofilia y de la Enfermedad de Von Willebrand. 3ª ed. Georgia, USA: Federación Mundial de Hemofilia; 2008.
6. Fishman M. *Medicine.* 5º ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2004.
7. Brugada J. *Muerte Súbita.* 3a. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002; p. 710-836.
8. Handin RI. Trastornos de la coagulación y trombosis. En: Fauci AS, Braunwald E, Martin JB, Kasper DL, Isselbacher KJ, Hauser SL et al. *Harrison: Principios de Medicina Interna.* 14a. ed. Vol.II. Madrid: McGrawHill Interamericana; 1998. p.842-9.

**CONGRESO INTERNACIONAL CONMEMORATIVO DEL
CENTENARIO DE LA ENFERMERÍA UNIVERSITARIA
Y XV AÑOS DE ARBITRAJE MÉDICO
"COMPROMISO POR LA CALIDAD Y
SEGURIDAD DEL PACIENTE"**



**Tema Central:
GESTIÓN, INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA:
EJES PARA LA CALIDAD
Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Lunes 17 y Martes 18
de enero de 2011
Unidad de Congresos
Centro Médico Nacional Siglo XXI

Dirigido a:
-Estudiantes, Profesionales de Enfermería
y de la Salud

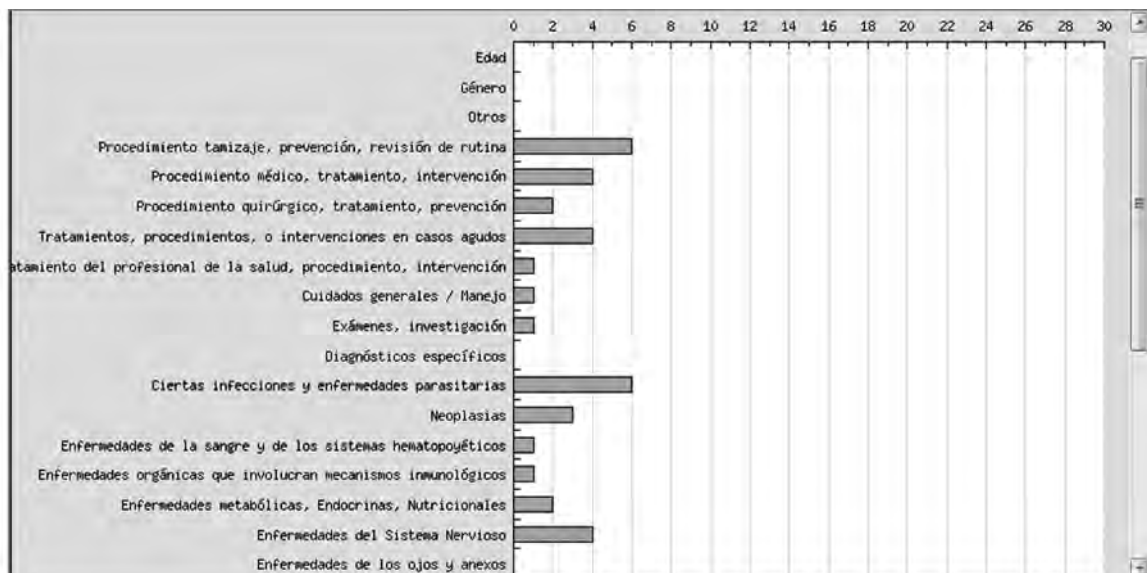
Evento sin costo

Informes e Inscripciones:
<http://www.eneo.unam.mx/congreso2011>
<http://www.conamed.gob.mx>

SISTEMA DE REGISTRO AUTOMATIZADO DE INCIDENTES EN SALUD (SIRAIS)

La literatura médica científica refiere que los Sistemas de Notificación y Registro de Incidentes en Salud realizados por países desarrollados, constituyen un mecanismo útil para aprender de los errores médicos y efectuar acciones para prevenirlos. En este sentido, en México se han llevado a cabo proyectos institucionales, como el Sistema de Registro Automatizado de Incidentes en Salud (SIRAIS), desarrollado por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Los objetivos de este sistema son: impulsar la cultura del reporte voluntario de incidentes en salud, estimular el aprendizaje a partir de las fallas y errores médicos, determinar medidas para la prevención de incidentes en salud y contribuir a definir públicas para la Seguridad del Pacientes. Arriba se muestran dos pantallas del mencionado sistema.

Para mayores informes del sistema: fjrodriguez@conamed.gob.mx



DIPLOMADO DE ENFERMERÍA PERICIAL

Inicio 4 de Julio de 2011

Objetivo

Promover la actualización y profundización de los conocimientos, así como el desarrollo y fortalecimiento de habilidades y destrezas en un área específica de Enfermería.

Dirigido a

Licenciados en Enfermería y Obstetricia y Licenciados en Enfermería.

Modalidad

Se imparte en modalidad semipresencial, a través de conferencias, talleres y actividades en línea bajo la plataforma educativa Moodle.

Temario

Se integra por cuatro módulos secuenciales que ofrecen las bases teóricas, cognoscitivas, afectivo-actitudinales y metodológicas para el desarrollo de la actividad pericial:

- Módulo I: Marco Jurídico de la Práctica Profesional de Enfermería

- Módulo II: Bioética en Enfermería

- Módulo III: Análisis de Casos

- Módulo IV: Enfermería Pericial

Informes e inscripciones:

Comisión Nacional de Arbitraje Médico	54207117 y 54207106
Dirección General de Difusión e Investigación	acordova@conamed.gob.mx
Mitla 250 esq. Eje 5 Sur Eugenia, Piso 8.	http://www.conamed.gob.mx
Col. Vértiz Narvarte, CP 03020. México DF.	http://www.eneo.unam.mx

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES DE LA REVISTA CONAMED

La Revista CONAMED es la publicación oficial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Se publica con una periodicidad trimestral. Publica artículos en idiomas español e inglés, que favorezcan un mejor entendimiento de la Medicina, Enfermería, Derecho y profesiones afines, para la prevención y atención del conflicto derivado del acto médico: seguridad del paciente, calidad de la atención médica, ética profesional, formación de profesionales de la salud y el derecho, error médico y su prevención, así como temas relacionados con los medios alternos de solución de conflictos, derechos humanos y otros afines al acto médico.

Los textos propuestos a la Revista deberán cumplir con los lineamientos establecidos en las Instrucciones para Autores, cuya versión detallada se encuentra disponible en <http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/instrucciones.pdf> serán sometidos al proceso de revisión por pares y a la aprobación del Consejo y Comité Editoriales, que evaluarán el contenido de cada material, dictaminarán en un período no mayor a 45 días y se notificará al autor de contacto sobre el resultado de dicho dictamen.

Todos los artículos deberán incluir una página inicial, la cual consta de:

- Título en español e inglés con una extensión máxima de 15 palabras
- Nombre del autor(es) y cargos institucionales
- Nombre, descripción, teléfono, dirección postal y correo electrónico del autor responsable de la correspondencia (Autor de contacto).
- Las fuentes de financiamiento de la investigación y los posibles conflictos de interés de los autores, cuando aplique.
- Palabras clave en español e inglés. Para ello se recomienda emplear los términos de la versión más reciente del Medical Subject Headings del Index Medicus.
- Las referencias bibliográficas deben cumplir los Requisitos Uniformes para Manuscritos enviados a las Revistas Biomédicas (Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas). Cuadro I.

Secciones de la Revista CONAMED

- 1. Editorial.** Será escrito por el Comisionado o por el Editor Invitado, aunque ocasionalmente podrá ser escrito por un autor invitado.
- 2. Artículos Originales.** Los artículos de investigación original reportarán hallazgos relevantes para el profesional de la medicina, relacionados con el acto médico y que contribuyan al aumento y refinamiento del conocimiento sobre el tema. Serán escritos en formato IMRYD: Introducción, Material y métodos, Resultados y Discusión y deberán incluir al menos 10 referencias bibliográficas.

- 3. Artículos de Revisión.** Esta sección comprende artículos de revisión de temas relacionados con los contenidos de la Revista. El formato es libre. Se deberán incluir al menos 10 referencias bibliográficas.
- 4. Artículos de Opinión.** Los artículos de opinión presentan posturas representativas con respecto a temas de relevancia para la calidad de la atención a la salud, la seguridad del paciente y temas afines, pero no reflejan necesariamente, la postura institucional de la CONAMED.
- 5. Cartas al Editor.** Las Cartas al Editor abordan comentarios sobre los artículos publicados y será posible la publicación de comentarios por invitación. Las cartas deberán enviarse preferentemente en un lapso no mayor de ocho semanas posteriores a la publicación de un artículo. Se dará oportunidad a los autores para responder.
- 6. El caso CONAMED.** Esta sección considera la presentación paso a paso, de casos de queja médica donde se analiza el proceso de decisión clínica, con objeto de identificar si ocurrió un error o mala práctica, así como las consideraciones éticas y legales que ayudan a su comprensión, resolución y prevención futura. Se aceptarán casos elaborados por funcionarios de CONAMED y los presentados en forma voluntaria, por un profesional de la salud o una organización pública o privada de salud. En todos los casos se garantizará la absoluta confidencialidad por parte de los editores. El formato de presentación será: 1) Resumen del caso; 2) Análisis Médico; 3) Análisis Jurídico; 4) Conclusión. Se recomienda todo material clínico (v. gr. imágenes radiológicas) que ilustre o auxilie la presentación y comprensión del caso.
- 7. Recomendaciones.** Son publicaciones institucionales de la CONAMED, basadas en las inconformidades atendidas en la Comisión, que presentan acciones sencillas, al alcance de cualquier profesional de la salud, que son sugeridas para contribuir en la seguridad del paciente, y a la prevención de un conflicto o una demanda.
- 8. Noticias CONAMED.** Reseña acontecimientos relevantes en la función de la Comisión Nacional y las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico.

Presentación y entrega del manuscrito, cuadros y figuras. Los trabajos remitidos deberán ser mecanografiados con el procesador de textos Word, a uno y medio espacios (uno y medio renglón) en todo su contenido (incluyendo página inicial, resúmenes, texto, referencias, cuadros y pies de figuras), en tamaño carta, con márgenes de 3 cm. Las páginas deberán numerarse consecutivamente. Los trabajos deberán enviarse en documento impreso y en formato digital, por vía correo electrónico, en disquete

de 3 1/2 o CD. Los cuadros y las figuras deberán enviarse en archivos separados del texto, en los formatos originales en que se crearon (Word™, Excel™, Powerpoint™, Photoshop™, Illustrator™, etc.) y cumplir las especificaciones de las Instrucciones para Autores, disponibles en la página web de CONAMED.

Los trabajos deberán enviarse a:

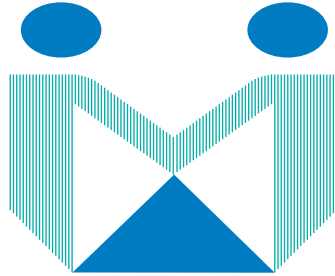
Revista CONAMED

Mitla 250, Esq. Eje 5 Sur (Eugenia), piso 8.
Col. Vértiz Narvarte, Delegación Benito Juárez,
C.P. 03020 México, D.F.
Tels: (55)5420-7143, (55)5420-7106, (55)5420-7030
o (55)5420-7103.
Fax: (55)5420-7109 y (55)5420-7003.
revista@conamed.gob.mx

Cuadro 1. Formato para Referencias.

Revistas	Rodríguez-Suárez J, Mata-Miranda R. Calidad de la práctica médica y medicina basada en evidencia. Rev CONAMED. 2007 Abr-Jun; 12: 8-12.
Revistas, más de 6 autores	Rivera-Hernández ME, Rosales-Delgado F-Aguirre-Gas HG, Campos Castolo EM, Tena-Tamayo C et al. Recomendaciones específicas para el manejo del síndrome doloroso abdominal en los servicios de urgencias. Rev CONAMED. 2007 Jul-Sep; 12: 4-23.
Revistas, volumen con suplemento	Rivas-Espinosa JG, Álvarez Sanvicente ME, Cruz-Santiago C, Martínez-Salamanca FJ, Aguilera-Rivera M, Ibáñez-Chávez D. Etiquetas diagnósticas en pacientes hospitalizadas con diagnóstico de cáncer cérvico-uterino. Rev CONAMED. 2008; 13 Supl 2: 23-29.
Libros	Luna-Ballina M. Los diez principios básicos de las relaciones interpersonales en la atención médica. México: CONAMED; 2008. 187 p.
Capítulos de libros	García-Torices LM, Martínez-López S. Comunicación educativa: enfoques. En: Tena Tamayo C, Hernández Orozco F. La comunicación humana en la relación médico-paciente. 2ª ed. México: Prado; 2007. p. 257-272.
Documentos con formato electrónico	Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Consentimiento válidamente informado. Conclusiones. [Acceso 30-08-2010]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/cvi_conclusiones.zip .
Página web académica	Instituto de Investigaciones Epidemiológicas [Internet]. Seguridad del paciente y error en medicina. Buenos Aires: Academia Nacional de Medicina; [2001; acceso 30-08-2010]. Disponible en: http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/ .
Publicación dentro de una página web	Comisión Nacional de Arbitraje Médico [Internet]. México: CONAMED; c2007 –[actualizado 18-06-2010; acceso 30-08-2010]. Fajardo-Dolci G. La certificación de médicos generales es uno de los medios para garantizar la calidad de la atención médica en el país. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/interiores.php?ruta=http://www.conamed.gob.mx/prensa/2010/&destino=cert_medicos_grales.php&seccion=79
Blogs académicos	Holt M. The Health Care Blog [Internet]. San Francisco: Matthew Holt. 2003 Oct - [Acceso 30-08-2010]. Disponible en: http://www.thehealthcareblog.com/the_health_care_blog/ .
Normas y leyes (Dos ejemplos)	a) Norma Oficial del Expediente Clínico. NOM 168 SSA2. México: Secretaría de Salud; 1998. Disponible en [Acceso 30-08-2010]: http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/norma_oficial.pdf . b) Secretaría del Medio Ambiente. Ley de Protección Ambiental. Diario Oficial de la Federación, 15 de mayo de 1999. México.

Consulte las Instrucciones para Autores en extenso:
<http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/instrucciones.pdf>



**COMISION NACIONAL
DE ARBITRAJE MEDICO**

Atención y asesoría CONAMED
Teléfono (55) 5420-7000
Lada sin costo: 01 800 711 0658
orientacion@conamed.gob.mx

Agradecemos la distribución de este ejemplar a:



Salud con Innovación
y Transparencia