

Editorial

CARTA AL EDITOR

Hacia el 460 a. C, el célebre Hipócrates postuló un concepto de la ciencia médica que en el siglo XXI constituiría un anatema: “Las fuerzas naturales que se encuentran dentro de nosotros son las que verdaderamente curan las enfermedades.” El postulado no contiene en sí un contrasentido con respecto al carácter empírico o medible del método científico, sino que destaca una verdad insoslayable: la ciencia fue inicialmente fruto de la intuición, de la casualidad, del no temer al riesgo.

La Revista Eugenio Espejo, perteneciente a la Facultad de Ciencias de Salud de la Universidad Nacional de Chimborazo, tiene el honor de presentar a la comunidad científica ecuatoriana su número 9-1, correspondiente al periodo enero-junio de 2015, consciente del papel que juega en la conformación de una plataforma editorial propia no solo para la Facultad sino para la universidad toda. El espíritu de la publicación es el de la ciencia: hermanador y liberador de ataduras conceptuales.

Los temas recogidos en las secciones habituales de la publicación están relacionados con la “Determinación del nivel de conocimientos estadísticos en estudiantes egresados para su aplicación en trabajos de titulación” y con la “Caracterización de la empleabilidad de los graduados de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Chimborazo” (Artículos temáticos). Por su parte, la sección Artículos de temas libres está compuesta por tres trabajos: “Comportamiento de la Epiglotitis en 5 años de estudio. Hospital Docente Vladimir I. Lenin de Holguín, Cuba. 2011- 2015”, “Estrategia para el diagnóstico y tratamiento integral de escolares portadores de escoliosis” y “La operación cesárea en el Hospital General Docente de Sagua la Grande”. Mientras que la de Artículos de presentación de casos muestra un estudio: “Nefritis Lúpica como forma de presentación de un Lupus Eritematosos Sistémico”, la de Artículos de revisión incluye un par: “La Enfermería en cuidados paliativos: modelo de adaptación” y “Visión de dos teorías de Enfermería de rango medio en la adherencia al tratamiento antirretroviral”.

Es nuestro propósito que las experiencias investigativas aquí publicadas resulten de provecho intelectual a la comunidad académica ecuatoriana.



AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
RECTORA

Dra. María Angélica Barba Maggi, M. Sc.

VICERRECTORA ACADÉMICA

Dra. Anita Cecilia Ríos Rivera

VICERRECTOR DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

M. Sc. Lexinton Cepeda Astudillo

VICERRECTORA ADMINISTRATIVA

Dra. Lucila De la Calle Andrade

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dr. Vinicio Moreno Rueda

COMITÉ EDITORIAL

DIRECTOR GENERAL

Dr. Carlos Gafas González Ph. D.

Universidad Nacional de Chimborazo

EDITOR EJECUTIVO

M. Sc. Yosbanys Roque Herrera

Universidad Nacional de Chimborazo

SECRETARIA EJECUTIVA

M. Sc. Cielito del Rosario Betancourt Jimbo

Universidad Nacional de Chimborazo

EDITORES RESPONSABLES

M. Sc. Liuvan Herrera Carpio

Dra. Lucila De la Calle Andrade

Universidad Nacional de Chimborazo

CORRECCIÓN

Lic. Mayreen Dita Gómez

Universidad Nacional de Chimborazo

DISEÑO

Ing. Miguel Alejandro Cruz Pérez

Universidad Nacional de Chimborazo

MIEMBROS INTERNOS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

M. Sc. Angélica Salomé Herrera Molina

Dra. Yaira María Barranco Ruiz, Ph. D.

Dra. Sandra Margarita Cruz Quintana, Ph. D.

Ph. D. Emilio Villa González

Dr. Uvaldo Recino Pineda, Ph. D.

M Sc. Yissela Ramos Giampieri

Ph. D. Katiuska Figueredo Villa

Ph. D. Mirella Pérez Rodríguez

Ph. D. Lenin Loaiza Dávila

MIEMBROS EXTERNOS

Ph. D. Ramón Ezequiel Romero Sánchez

Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey, Cuba

Ph. D. Matilde Landín Sorí

Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey, Cuba

M Sc. Nubia Blanco Balbeito

Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, Cuba

Ph. D. Digna Edelsa Hernández Meléndrez

Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana, Cuba

Ph. D. José Miguel Álvarez Suárez

Universidad San Francisco de Quito, Ecuador

Ph. D. Aida Maribel Chisaguano Tonato

Universidad San Francisco de Quito, Ecuador

Índice

ARTÍCULOS TEMÁTICOS

- 19** Determinación del nivel de conocimientos estadísticos en estudiantes egresados para su aplicación en trabajos de titulación
Determining the level of knowledge of statistic of graduates student and the application of their knowledge in jobs that require a titling
Autores:
Paola Villalón Muñoz
Email: paola.villalon@esPOCH.edu.ec
Galo Montenegro Córdova
Juan Sánchez Vimos
Adriana Rincón Alarcón
- 27** Caracterización de la empleabilidad de los graduados de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Chimborazo
Characterization of the employment rates of graduate student on the medical track of the National University of Chimborazo
Autores:
Byron Geovanny Hidalgo Cajo
Email: bhidalgo@unach.edu.ec
Ángel Mayacela Alulema
María Isabel García Hermida
Edwin Gilberto Choca Alcocer
Wilson Lizardo Nina Mayacela
Diego Patricio Hidalgo Cajo

ARTÍCULOS DE TEMA LIBRE

- 35** Comportamiento de la Epiglotitis en 5 años de estudio. Hospital docente Vladimir I. Lenin de Holguín, Cuba. 2011- 2015
A five years of study of Epiglottitis behavior. Vladimir I. Lenin Hospital in Holguín, Cuba. 2011- 2015
Autores:
Zulma Doimediós Rodríguez
Email: doimediós@yahoo.com
María del Carmen Padrón Estupiñán
Jorge Luis Sagué Larrea
Rolando Sánchez Artigas
- 40** La operación cesárea en el Hospital General Docente de Sagua la Grande
The caesarean operation in the Sagua la Grande Educational General Hospital
Autor:
Anabela del Rosario Criollo Criollo
Email: ccanabela@hotmail.com, tel. 0994328686
Yosbanys Roque Herrera
Lexinton Cepeda Astudillo

Carlos Gafas González
Carlos Moya Toneut
Yolanda Elizabeth Salazar Granizo

- 50** Reporte de incidentes adversos en un hospital general en el contexto ecuatoriano
Report of adverse incidents in a general hospital in the Ecuadorian context
Autores:
Mónica Valdiviezo Maygua
Cielito de Rosario Betancourt Jimbo
Email: cbetancourt@unach.edu.ec.
María Robalino Rivadeneira
Quinzo Noboa Nancy
Luz María Lalón Ramos
Elsa Graciela Rivera Herrera

ARTÍCULO DE PRESENTACIÓN DE CASO

- 59** Nefritis Lúpica como forma de presentación de un Lupus Eritematosos Sistémico
Lupus nephritis presenting as a Systemic Erythematosus Lupus
Autores:
Mery Paola Urquizo Aguiar
Urbano Solís Cartas
Email: umsmwork74@gmail.com

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

- 69** La Enfermería en cuidados paliativos: modelo de adaptación
Nursing in palliative care: adaptation model
Autores:
Katuska Figueredo Villa
Email: katyfigueredo@outlook.com, tel. 0979327189
Mireya Pérez Rodríguez
Merlys Torres Pérez
José Antonio Román Apiao
Luis Manuel Febles López
Mirelys Torres Pérez
- 78** Visión de dos teorías de Enfermería de rango medio en la adherencia al tratamiento antirretroviral
Vision of two theories of half range nursing in the adherence to anti-retroviral treatment
Autores:
Bárbara Díaz Hernández
Yosbanys Roque Herrera
Email: yroque@unach.edu.ec, Tel: 0993928193,
Carlos Gafas González



Instrucciones a los autores

I. ALCANCE Y POLÍTICA EDITORIAL

La *Revista Eugenio Espejo* (REE) se ha constituido en un espacio de la ciencia que publica debates, análisis y resultados de la investigación sobre temáticas relacionadas con las Ciencias de la Salud y afines, escritos en idioma Español. Su frecuencia de publicación es semestral y tiene como propósito divulgar los resultados de los procesos investigativos y las experiencias profesionales relevantes, promoviendo así la actualización permanente de las tendencias del pensamiento y de las prácticas en el área del conocimiento a la que responde. Esta publicación se realiza con fondos propios de la entidad que la produce: la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Chimborazo (UNACH). Se encuentra indexada en las bases de datos de Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS). Su Número Internacional Normalizado de Publicaciones Seriadas (ISSN) es: 1390-7581. El formato principal de la revista es impreso; sin embargo, las versiones digitalizadas de los ejemplares a partir del 2014 se encuentran disponibles para descarga libre en la web: <http://www.unach.edu.ec/index.php/publicate>. La REE sigue los lineamientos establecidos por el "International Committee of Medical Journal Editors" (ICMJE), respecto a los "Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas", los cuales se encuentran disponibles en la dirección electrónica: <http://www.icmje.org>. Al respecto, se sugiere a los autores realizar una lectura del documento disponible en <http://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdf>. Por decisión editorial, en cada número se priorizarán las publicaciones originales. Por este motivo, al menos el 50% de los artículos serán de este tipo. El máximo de manuscritos firmados por un mismo autor en un número temático no debe exceder de dos. Los manuscritos presentados a la REE deberán tener carácter inédito, no haber sido presentados simultáneamente a otras revistas biomédicas (envío duplicado), o aceptados para publicación. Será posible la sumisión de artículos para su valoración por la REE, que previamente hayan tenido presentaciones parciales, tales como exposiciones de resultados preliminares o resúmenes o póster, presentados en congresos científicos,

disertaciones de tesis, o publicados solo como actas de reuniones científicas o en formatos similares. Los resultados parciales que hayan sido publicados anteriormente y que representan antecedentes de la propuesta presentada para publicación deben ser adecuadamente referenciados y expresamente declarados como republicación. La información expresada en el manuscrito a través de conceptos, opiniones, análisis, etc., así como la exactitud y la validez de las citas, son de exclusiva responsabilidad de los autores. Los artículos que reproducen material publicado anteriormente, o que utilizan ilustraciones en las que se puedan identificar personas, deben adjuntar un fichero en pdf con los documentos que autorizan a ello por las instancias correspondientes. El cumplimiento de las normas éticas referentes a las publicaciones de investigaciones con seres humanos son de entera responsabilidad de los autores y deben estar en conformidad con los principios contenidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (1964, reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996 y 2000). Al efecto, el autor deberá declarar la información pertinente en el acápite de Materiales y métodos, tal y como se describe más abajo. Las personas declaradas como autores deben haber participado en la elaboración de los artículos, de modo que puedan asumir públicamente la responsabilidad con su contenido. La cualificación como autor debe suponer: a) la concepción, el delineamiento o análisis y la interpretación de los datos, b) la redacción del artículo o su revisión crítica, y c) la aprobación de la versión a ser publicada. Los artículos publicados serán de propiedad de la REE, quedando prohibida la reproducción total o parcial en cualquier otro medio de divulgación, impresa o electrónica, sin la previa autorización de los editores jefes de la revista.

II. SECCIONES DE LA REVISTA Y TIPOS DE ARTÍCULOS

Las secciones de la REE se harán coincidir con la tipología de los artículos incluidos en cada número, pudiendo ser las siguientes:

Editorial: de responsabilidad de los editores jefes o de los editores invitados, debe tener hasta 500 palabras.

Artículos temáticos: deben ser originales y tratar sobre resultados de investigaciones de naturaleza empírica, experimental, conceptual y de revisiones sobre el tema en pauta; así como sobre análisis críticos que aporten enfoques novedosos a las Ciencias de la Salud. Los textos de investigación no deberán rebasar las 5000 palabras desde la introducción hasta las conclusiones. Este tipo de artículo deberá contar con las secciones siguientes: página informativa, resumen/abstract de no más de 250 palabras (con palabras clave/key words), introducción, material y métodos, resultados y discusión, conclusiones, financiamiento, agradecimientos, conflictos de intereses, declaración de contribución y referencias bibliográficas.

Estos se seleccionarán para cada número atendiendo a términos de referencia inherentes a algún área de las Ciencias de la Salud de interés y/o relevancia, seleccionados entre las propuestas enviadas espontáneamente de los investigadores o por llamada pública de los editores-jefes.

Artículos de temas libres: deben ser originales y de interés para las Ciencias de la Salud por libre presentación de los autores. Asumirán las mismas características de los artículos temáticos.

Artículos de revisión: deben ser textos basados exclusivamente en fuentes secundarias, sometidos a métodos de análisis ya teóricamente consagrados, temáticos o de libre demanda, pudiendo alcanzar hasta el máximo de 8000 palabras, y no podrán tener más de cinco autores. Este tipo de artículo deberá contar con las secciones siguientes: página informativa, resumen/abstract de no más de 150 palabras (con palabras clave/key words), introducción, desarrollo, conclusiones, conflictos de intereses, declaración de contribución y referencias bibliográficas.

Artículos de presentación de casos: deberán contar con no más de 4000 palabras y las secciones siguientes: página informativa, resumen/abstract de no más de 150 palabras (con palabras clave/keywords), introducción, desarrollo, discusión, conclusiones, conflictos de intereses, declaración de contribución y referencias bibliográficas.

Artículos de opinión: texto que exprese la posición calificada de los autores con respecto a temas de interés en el área de la REE, contarán

con un máximo de 2000 palabras y sus secciones se corresponden con las de los de revisión.

Reseñas: análisis crítico de libros relacionados con el campo temático de las Ciencias de la Salud, publicados en los dos últimos años, cuyo texto no debe exceder las 350 palabras, utilizando dos párrafos como máximo en el que se aprecie un discurso claro y conciso. Los autores de la reseña deben incluir al principio del texto la referencia completa del libro. Los autores deberán insertar como anexo una copia, en alta definición, de la cubierta del libro en formato jpg.

Cartas al editor: con apreciaciones y sugerencias acerca de lo que fue publicado en números anteriores de la revista o comunicaciones breves sobre la marcha de investigaciones originales o experiencias profesionales significativas en el área de las Ciencias de la Salud o afines. (Máximo de 350 palabras).

III. PREPARACIÓN DEL MANUSCRITO

Indicaciones generales

1. Los textos presentados deberán ser escritos en idioma Español, y las palabras clave declaradas deberán coincidir con las existentes en el catálogo de DeCS, que aparece en la dirección electrónica: http://decs.bvs.br/E/DeCS2016_Al-fab.htm.
2. Los manuscritos deberán ser digitados en interlineado 1.5, fuente Times New Roman, tamaño 12, y con márgenes de 2,5 cm, solo se aceptarán en formato Word.
3. No se aceptarán notas a pie de página o en el final de los artículos.
4. El uso de las abreviaturas y convenciones debe estar acorde con las adoptadas y reconocidas de acuerdo a las diferentes disciplinas especializadas. En el caso particular del título y en el resumen, deberán evitarse. La designación completa a la cual se refiere una abreviatura, deberá precederla en su primera aparición en el texto.
5. Los artículos presentados deberán constar de una página informativa seguida del texto con el formato establecido según la tipología de la propuesta.
6. Las tablas que expresen los resultados no deberán exceder de cinco incluyendo las imágenes que se utilicen, serán enviadas en formato editable y no como imágenes, estarán posicionadas en el lugar que le corresponde en el texto, y numeradas

consecutivamente de acuerdo con su aparición en el texto. Los autores se asegurarán de que los datos presentados en ellas no dupliquen los resultados descritos en otras partes del artículo. Evite el uso de reglas verticales, se utilizarán líneas simples y horizontales, llevarán un título descriptivo, notas o leyenda, con la información suficiente para su comprensión. Los encabezados de las columnas deben ser explicativos y cuando sea apropiado, referir unidades de medida. Las notas al pie deben ser escritas debajo de la tabla y referidas con letras en negritas. El enunciado de las tablas se escribirá de la siguiente forma: Tabla #, donde el símbolo # deberá ser sustituido por el número consecutivo que le corresponde.

7. Las imágenes empleadas en forma de diagramas, gráficos, esquemas, fotos, estructuras químicas, dibujos y otras, se referirán como figuras en el interior del texto, numerándose con dígitos arábigos consecutivos en orden de aparición en el cuerpo del texto de la siguiente forma: Figura #, donde el símbolo # deberá ser sustituido por el número consecutivo que le corresponde.

En el caso de figuras compuestas por varias imágenes, estas se identificarán por el respectivo número y una letra mayúscula consecutiva (por ejemplo: Figura 1A, Figura 1B, etc.). El tamaño debe ser preferentemente de 8.7 mm de ancho (una columna), o entre 10.5 y 18 cm de ancho (dos columnas) y en alta definición.

En caso de ser necesaria incluir alguna especificación en relación con una estructura o propiedad de interés para el trabajo que se presenta, se utilizará una saeta superpuesta a la imagen para señalarla. El tamaño de letra oscilará entre 6 y 12 unidades. En el caso de gráficos que expresen resultados cuantificables producto de análisis estadísticos, se recomienda incluir los indicadores que denoten diferencias o similitudes, además de referir el nombre de los análisis y los estadígrafos correspondientes en la leyenda.

•Indicaciones específicas para cada parte:

Los documentos presentados deberán estar adecuados al formato establecido para cada tipología de artículo en la sección II, seguir las indicaciones generales de preparación del

manuscrito y las especificidades establecidas en este acápite.

1. Página informativa:

Título del artículo de no más de 20 palabras, nombres y apellidos completos de los autores, los que serán mencionados en orden según contribución de cada uno, expresando su afiliación en cuanto a entidad(es) en la(s) que labora, realiza proceso de formación, ejercicio docente, etc., deberá indicar país y ciudad donde se ubican las mismas.

El autor de correspondencia deberá ser declarado en esta página, reflejando los datos de contacto: teléfono, email y dirección postal completa.

2. Texto:

2.1. Resumen: debe ser conciso, auto explicativo y objetivo. Se escribirá en un solo párrafo y con una extensión acorde con la tipología del artículo presentado. En esta sección se indicará brevemente el propósito de la investigación, los principales resultados y conclusiones. Las referencias deben evitarse, así como las abreviaturas no estándares o no comunes.

2.2. Palabras clave: inmediatamente después del resumen, los autores proporcionarán un máximo de 5 palabras clave, evitando términos generales y plurales. Se debe evitar las abreviaturas: solo las firmemente establecidas en el campo pueden ser utilizadas. Como las palabras clave se utilizan para fines de indexación, las declaradas deberán coincidir con las existentes en el catálogo de DeCS, que aparece en la dirección electrónica: http://decs.bvs.br/E/DeCS2016_Alfab.htm.

2.3. Introducción: los autores deberán exponer el estado del arte del tema tratado en su artículo, evitando una revisión bibliográfica detallada o un resumen de los resultados obtenidos en otros trabajos. Se debe exponer además los objetivos de la investigación, su importancia, originalidad y contribución a nuevos conocimientos en el campo.

2.4. Materiales y métodos: los autores deben proporcionar una descripción detallada de los métodos y procedimientos utilizados durante el estudio, además de elementos referidos a población, muestra, técnicas y materiales empleados. Las consideraciones éticas tenidas en cuenta durante la investigación científica serán reflejadas en este acápite, tales como respeto de principios, consentimientos, autorizaciones, certificaciones

y otros. Se hace especial énfasis en el caso de propuestas de publicaciones derivadas de estudios con seres humanos; los autores deberán presentar la certificación de un Comité de Bioética autorizado, así como el registro en la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA), en el Ministerio de Salud Pública y en la Plataforma de Registro Único de Ensayos Clínicos de la Organización Mundial de la Salud.

2.5. Resultados y discusión: podrán presentarse en secciones separadas o combinadas en una sola sección. Los resultados se deben exponer de manera clara y sin redundancia, el uso de tablas y figuras es recomendado, pero sin hacer abuso de las mismas. La discusión debe ser concisa, comparando los resultados con datos expuestos en publicaciones anteriores, pero sin repetir los obtenidos. Los autores deberán además realizar explicaciones para los resultados observados. Todos los datos deben ir acompañados de análisis estadísticos apropiados, incluyendo la información completa sobre el muestreo, la replicación y cómo se eligió el método estadístico empleado. Evite las citas extensas y discusión de la literatura publicada, así como la realización de conjeturas con los datos obtenidos.

2.6. Conclusiones: las principales conclusiones del estudio se presentarán en esta sección en una manera resumida, evitando repetir los datos.

2.7. Financiamiento: los autores deberán destacar, si se aplica, las fuentes de financiamiento que contribuyeron a la realización de la investigación.

2.8. Agradecimientos: en esta sección se mencionarán las personas que proporcionaron ayuda durante la investigación (por ejemplo, en el diseño metodológico, en la realización de algún tipo de test en particular, en la asistencia en la escritura o revisión crítica del artículo, etc.). Los autores son responsables por obtener la autorización de las personas nombradas, la revista no se responsabilizará por reclamaciones al efecto.

2.9. Conflictos de intereses: se especificarán las instituciones involucradas en la ejecución de la investigación en sus diferentes momentos o etapas, haciéndose mención del papel desempeñado, que le hacen acreedora del reconocimiento y

responsabilidad por la publicación de los resultados. Los autores deberán respetar convenios, contratos, compromisos que les obligan moral y legalmente a realizar el reconocimiento correspondiente. Será entera responsabilidad de los autores la omisión o mención indebida de alguna institución en este acápite.

2.10. Declaración de contribución: se especificarán las contribuciones individuales de los autores en la elaboración del artículo (ej. LM Fernández trabajó en la concepción y en la redacción final y CM Rodríguez en la recolección de los datos y en la metodología).

2.11. Referencias bibliográficas: deben ser citadas siguiendo la Norma Internacional Vancouver, la cual puede ser consultada en la dirección http://ddd.uab.cat/pub/guibib/60727/mvancouver_a2014iSPA.pdf. Se recomienda a los autores que al menos el 50% de las referencias bibliográficas cumplan con los siguientes criterios de actualidad: libros de no más de diez años de editados, artículos de revistas de no más de cinco años de publicados, informaciones vigentes en páginas web oficiales reconocidas. El número de libros citados no deberá superar el 15% del total de las referencias, de la misma manera las web oficiales reconocidas no sobrepasarán el 5%.

IV. DIRECTRICES PARA EL ENVÍO DE LOS ARTÍCULOS

Los manuscritos deberán ser enviados a la dirección electrónica: revistaeugenioespejo@unach.edu.ec, o se realizará su entrega en soporte digital, directamente en el Decanato de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Chimborazo, ubicada en el Campus Norte "Edison Riera R." Avda. Antonio José de Sucre, km 1.5, vía a Guano, Riobamba, Chimborazo, Ecuador. Se recomienda que los artículos sometidos a valoración para publicación no traten solamente cuestiones de interés local o se ajusten a la descripción de un problema determinado.

V. SISTEMA DE ARBITRAJE

Los artículos serán recepcionados por la secretaria de la REE, la que realizará una revisión del cumplimiento de las normas

editoriales establecidas. Los autores serán notificados de su recepción inmediatamente que sea registrado y hasta dos semanas después se les comunicará si requiere de resolver cuestiones inherentes a estilo y formato.

Luego de que el manuscrito reciba el visto bueno de los editores jefes, se pasa al proceso de arbitraje externo mediante el sistema doble ciegas, proceso que puede demorar de tres a seis meses en dependencia del número de artículos en proceso y de la presencia de especialistas en el área de las Ciencias de la Salud en la que se enmarca. Una vez obtenido el dictamen, los autores serán notificados del resultado, contando con hasta diez días para resolver los señalamientos en caso de existir estos. Los artículos negados podrán ser presentados a otras revistas científicas según la voluntad de los autores, una vez que sean notificados oficialmente.

VI. INDEXADA EN:

Revista indexada en las bases de datos de Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS).



Artículos temáticos

Determinación del nivel de conocimientos estadísticos en estudiantes egresados para su aplicación en trabajos de titulación

Determining the level of knowledge of statistic of graduates student and the application of their knowledge in jobs that require a titling

Autores:

Paola Villalón Muñoz

Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Ecuador

Galo Montenegro Córdova

Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Ecuador

Juan Sánchez Vimos

Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Ecuador

Adriana Rincón Alarcón

Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Ecuador

Autor de correspondencia:

Paola Villalón Muñoz, email: paola.villalon@epoch.edu.ec

RESUMEN

La aplicación de la estadística a la investigación científica constituye un eje transversal en la formación profesional. La misma es una herramienta indispensable para la realización de los trabajos de titulación de grado y postgrado y consecuentemente favorece el alcance de indicadores de calidad educativa en instituciones de educación superior. El estudio realizado se centró en determinar el nivel de conocimientos que sobre la estadística y su aplicación, poseen los estudiantes del último nivel y los egresados de la Escuela de Bioquímica y Farmacia, pertenecientes a la Facultad de Ciencias de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Siguiendo un muestreo no probabilístico, la muestra quedó conformada por 30 individuos que participaron voluntariamente en el estudio, desarrollado durante el periodo marzo-agosto de 2015. Se utilizó como instrumento de medición un test electrónico, compuesto por 15 preguntas, de las cuales 14 permitieron cuantificar el nivel de conocimientos que poseen los entrevistados y una exploró el momento en que los estudiantes cursaron la asignatura de Estadística. Los resultados reflejan que en 11 de las 14 interrogantes planteadas, los estudiantes obtienen un porcentaje de acierto menor al 40%, para un nivel de conocimientos considerado como "Mal". Los investigados demostraron tener insuficiente dominio de los conceptos básicos de estadística descriptiva e inferencial, tales

como población, universo, muestras, probabilidades y aplicación de fórmulas, los que les permitan realizar de forma correcta sus trabajos de titulación.

Palabras clave: investigación, Estadística, nivel de conocimientos.

ABSTRACT

The application of statistics to scientific research is a crosscutting issue in vocational training. It is an indispensable tool for carrying out the work of undergraduate and graduate degree and consequently favors the scope of indicators of educational quality in higher education institutions. The study focused on determining the level of knowledge on statistics and its implementation, have the final level students and graduates of the School of Biochemistry and Pharmacy, belonging to the Faculty of the Polytechnic School of Chimborazo. Following a non-probability sampling, the sample was composed of 30 individuals who voluntarily participated in the study, which was developed during the period from March to August 2015 was used as an electronic measuring instrument test, composed of fifteen questions, the fourteen which allowed quantify the level of knowledge possessed by respondents and a question explored when students were enrolled in the course of Statistics. The results show that in eleven of the fourteen questions raised, the students get a

success rate lower than 40%, to a level of knowledge considered as “Wrong”. The investigation proved to have insufficient command of the basic concepts of descriptive and inferential statistics such as population, universe, sample, probabilities and applying formulas, which enable them to perform their jobs properly titling.

Keywords: research, Statistics, knowledge level.

INTRODUCCIÓN

La Estadística es una rama de la matemática que contribuye a organizar, analizar, interpretar y presentar información numérica y/o gráfica sobre determinado hecho o fenómeno, por lo que la aplicación de conocimientos estadísticos es transversal a la formación de cualquier profesional y constituye una herramienta indispensable para potenciar la investigación.⁽¹⁾

En diferentes diagnósticos realizados sobre la situación actual del Sistema de Educación Superior en Ecuador, se determinó que existe una escasa cultura de investigación y una producción científica insuficiente, en comparación con otros países.^(2,3)

A finales de 2013 existían 64000 egresados sin trabajo investigativo de final de carrera concluido, esto generó un impacto económico negativo que ascendía a 141 millones de dólares por año.⁽⁴⁾

La tasa de eficiencia terminal es un indicador de la calidad educativa que expresa el número de estudiantes que se titulan tardíamente o desertan de su formación profesional, muestra que únicamente 11 de cada 100 alumnos de las universidades públicas se gradúan con su correspondiente cohorte.⁽⁵⁾

Algunas de las razones que originan esta problemática pudieran estar vinculadas a las dificultades con el entendimiento del significado de conceptos, comprensión e interpretación de modo incompleto o incorrecto de gráficas y

tablas, que presentan los alumnos cuando usan la estadística.⁽⁶⁾

Autores como Murtone y Lehtinen⁽⁷⁾ encontraron que los alumnos atribuían sus problemas sobre el aprendizaje de la estadística y los métodos cuantitativos, principalmente a razones como, recibir una enseñanza superficial, no vincular la teoría con la práctica, no tener familiaridad con los conceptos y contenidos, no poder crear una imagen integral de la información para comprenderla realmente y la actitud negativa hacia los contenidos.

En este contexto, la Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia y Tecnología de Ecuador (SENESCYT), en 2013 planteó que la Estadística no solo consistía en el tratamiento numérico de datos sueltos, sino que estos eran el resultado de la investigación y sin investigación no existía la Estadística.⁽⁴⁾

En la Escuela de Bioquímica y Farmacia, perteneciente a la Facultad de Ciencias de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, se ha observado un incremento en el número de alumnos que presentan dificultades en la elaboración de sus trabajos de titulación, lo cual motivó la realización de esta investigación, con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos que sobre la estadística y su aplicación, poseen los estudiantes del último nivel y los egresados de dicha Escuela.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación exploratoria, de corte transversal, con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos que sobre la estadística y su aplicación al trabajo de titulación, poseen los estudiantes del último nivel y los egresados de la Escuela de Bioquímica y Farmacia, pertenecientes a la Facultad de Ciencias, de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

La población de estudio quedó constituida por la totalidad de estudiantes que conformaron el último nivel de la carrera y los

graduados de la misma, durante el periodo marzo-agosto de 2015. La selección de la muestra se realizó siguiendo un muestreo no probabilístico (N=30); los individuos decidieron participar de forma voluntaria en el estudio.

Como instrumento de medición se desarrolló un test electrónico mediante la utilización de la herramienta Google Drive. El diseño de las preguntas se realizó bajo el cumplimiento de los principios didácticos que orientan el nivel de complejidad en la evaluación, graduando los contenidos de menor a mayor complejidad y de lo conocido a lo desconocido. Se incluyeron dos preguntas abiertas y catorce tipo test objetivos, siguiendo los formatos de selección múltiple, complemento simple y complemento agrupado.

Las interrogantes fueron evaluadas por puntos, cada una con un valor de uno, lo cual permitió garantizar la especificidad de las mismas.

Para determinar el nivel de conocimientos, se realizó una distribución de frecuencias por intervalos de clases, considerándose entre estas últimas las de “Excelente”, “Bueno” y “Regular” y “Malo”. Para determinar el rango de aprobado / desaprobado, se tomó como límite real superior (LRS) el 100% (15 preguntas) y como límite real inferior (LRI) se determinó el 70% (10 preguntas).

Se consideró como nivel de conocimiento de “Excelente”, aquellos individuos que obtuvieron calificaciones entre 14 y 15 puntos, lo que representa entre el 90 al 100%. Como nivel de conocimiento de “Bien”, los que respondieron correctamente entre 12 y 13 preguntas (80 a 89%); de “Regular” los que respondieron correctamente entre 10 y 11 preguntas (70 a 79%) y se evaluaron de “Mal” a aquellos sujetos que respondieron correctamente 9 preguntas o menos (69% o menos).

Los datos fueron procesados a través de estadísticas descriptivas, no fueron necesarias otras técnicas para su análisis.

Se tuvieron en cuenta los aspectos éticos de la investigación científica al solicitar el consentimiento de los estudiantes, que fueron informados de los objetivos y beneficios del estudio y que aceptaron participar de forma voluntaria. Con las respuestas obtenidas se procedió a la tabulación utilizando Excel versión 2010 y SPSS 18 Versión.

Para localizar a los estudiantes se utilizaron correos electrónicos de las bases de datos de la carrera y el link de contacto fue suministrado a los voluntarios por el mismo medio.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Como pregunta inicial se consultó a los estudiantes sobre el momento en el que cursaron la asignatura de Estadística, con la finalidad de obtener una referencia temporal que permita establecer aspectos puntuales de la fijación de conocimientos, evidenciándose que diecinueve (19) estudiantes aseguraron haber cursado la asignatura en cuarto nivel, mientras once (11) expresaron haberla estudiado en tercero.

La variabilidad de las respuestas muestra que en menos de cinco años se efectuaron en la carrera dos cambios en el pénsum. Los factores asociados a un cambio de nivel en la estructura curricular influyen en que la asignatura sea de mayor o menor relevancia para quienes la cursan, puesto que su grado de importancia se encontrará relacionado con el de las otras materias que se aprueban en el mismo semestre.

Los cambios permanentes dificultan la evaluación, de por sí compleja, del profesional que se busca formar, en este sentido, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO),⁽⁸⁾ opina que las desconexiones entre lo que se quiere lograr en la educación y los resultados que obtienen los educandos en los diferentes niveles se deben a diferentes factores, sin embargo, también responden a debilidades y limitaciones que

se encuentran consideradas en los procesos de cambios curriculares y su análisis exige periodos de tiempo amplios para poder evaluar y rectificar.

En un estudio realizado sobre la estadística en Psicología, se determina que los métodos estadísticos que se enseñan en las aulas son básicamente los que los profesionales utilizarán en el desarrollo profesional,⁽⁹⁾ de ahí la importancia de que el alumno logre desarrollar conocimientos básicos y bien cimentados de Estadística Descriptiva e Inferencial, en los cursos diseñados dentro del pénsum.

Las catorce preguntas restantes encaminadas a medir conocimientos y habilidad de los encuestados en la asignatura, se reflejan en la tabla 1, junto al porcentaje de aciertos. Se observa que en once (11) de las catorce (14) interrogantes planteadas los estudiantes obtienen un porcentaje de acierto menor al 40%. Los resultados obtenidos son confirmados por los encontrados en una investigación general de diagnóstico de la metodología utilizada en tesis publicadas de

enero de 2003 a abril de 2005, realizada en Guatemala, donde se obtuvo que el 70% de los estudiantes no son capaces por sí solos de definir y operar la metodología estadística en las tesis.⁽¹⁰⁾

Por otra parte, el estudio denominado Evaluación de métodos estadísticos utilizados en trabajos de grado y tesis de los programas de “la Facultad de Ciencias Agropecuarias, en un período de tres años”, asevera que a nivel de pregrado, las carreras evaluadas evidencian errores; asociados a la poca claridad sobre el papel de la Estadística como herramienta para la consecución de los objetivos planteados en los trabajos de titulación, y se verifica la inclusión de resultados estadísticos que en nada contribuían al cumplimiento de los objetivos, la omisión de resultados relevantes para su satisfacción y/o en que habiéndose generado resultados pertinentes, no se les diera discusión alguna.⁽¹¹⁾

Tabla 1. Descripción de las preguntas y el porcentaje de aciertos, estudiantes egresados y del último semestre de la carrera de Bioquímica y Farmacia. ESPOCH, 2015

Descripción de la pregunta	Correcto (%)	Incorrecto (%)	Otras opciones (%)	No Contesta (%)	Total (%)
Media aplicada a datos que responden a una escala nominal	--	76,70	23,30	--	100,00
Aplicación de la media en datos agrupados	53,30	20,00	26,70	--	100,00
Identificación de conceptos población y muestra	17,00	43,00	0,00	40,00	100,00
Utilidad de la gráfica de sectores o pastel	20,00	73,40	3,30	3,30	100,00
Lenguaje estadístico, resumen de cinco datos en estadística descriptiva	6,70	83,30	10,00	--	100,00
Conocimiento de conceptos equiparar mediana con el cuartil correspondiente expresado en percentiles	63,30	13,40	23,30	--	100,00
Concepto y utilidad de la varianza	66,70	23,30	10,00	--	100,00
Habilidad para aplicar conceptos de probabilidades y desarrollar cálculos	23,30	63,30	13,40	--	100,00
Equivalencia de los términos de desviación media y desviación típica	36,67	40,00	23,33	--	100,00
Conocimiento del concepto de rango intercuartílico	26,60	16,70	56,70	--	100,00
Conocimientos regla empírica	10,00	63,30	26,70	--	100,00
Identificación de características asociadas a la distribución binomial	20,00	37,00	43,00	--	100,00
Identificación del lenguaje correcto al momento de plantear una hipótesis de dos colas	40,00	33,30	26,70	--	100,00
Caracterizar variable y medir grado argumentativo de los futuros profesionales	0,00	40,00	3,30	56,70	100,00

En preguntas de importancia, al momento de realizar una investigación, como son el identificar claramente conceptos de población y muestra, se utilizó un ejercicio propuesto que requiere analizar el texto de la pregunta que resulta de fácil comprensión, y se ofreció a los estudiantes la oportunidad de que ingresen un comentario en sus respuestas. Se obtuvo que doce (12) estudiantes no saben o no contestan la interrogante, cinco (5) contestan correctamente y trece (13) contestan de manera incorrecta, lo cual se observa en la figura 1.

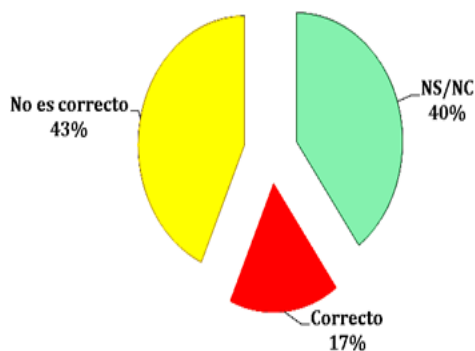


Figura 1: Identificación de conceptos de población y muestra de los estudiantes del último semestre y egresados en la carrera de Bioquímica y Farmacia.

Autores como Batanero⁽¹⁾ afirman que la comprensión de un concepto no puede reducirse a conocer las definiciones y propiedades (elementos intensivos), sino a reconocer los problemas donde debe emplearse el concepto (elementos extensivos), las notaciones y palabras con que se denota y en general todas sus representaciones (elementos ostensivos), habilidad operatoria en los diferentes algoritmos y procedimientos relacionados con el concepto (elementos actuativos) y capacidad de argumentar y justificar propiedades, relaciones y soluciones de problemas (elementos validativos), bajo este contexto, los estudiantes muestran un escaso reconocimiento de los elementos extensivos y en general de todas sus representaciones.

Dada la importancia que revierten las gráficas en los trabajos de titulación en la carrera, se indagó sobre los conocimientos que poseían

los estudiantes en cuanto a la utilidad de las mismas, consultándoles su percepción sobre las de tipo de sectores o pastel, la pregunta formulada como opción múltiple ofreció al encuestado siete formas de respuestas que incluían no conozco, no lo recuerdo. El 20% de los encuestados contestó de forma correcta a la interrogante, un 73,4% se equivocó escogiendo opciones incorrectas, el 3,3% admitió no recordar el concepto y un 3,3% no contestó la interrogante.

Resulta importante que el estudiante seleccione adecuadamente un gráfico de otro,⁽¹²⁾ puesto que los mismos no deben considerarse simplemente como representaciones equivalentes de un concepto subyacente (la distribución de datos obtenida) sino como configuraciones diferenciadas de objetos relacionados que interactúan con dicha distribución.

Un estudio realizado por Arteaga y Batanero⁽⁶⁾ evidencia falencias en la elaboración y aplicación de gráficos estadísticos, al encontrar gráficos mal seleccionados, los que no permiten visualizar la variabilidad de los datos, entre ellos, diagramas de sectores, gráficos adosados o apilados de barras. En este estudio se analiza que de un total de 93 alumnos, 88 (94,6%) producen algún tipo de gráfico para presentar sus datos, incluso cuando no se requerían, y se concluye que el alto porcentaje indica la necesidad sentida de los estudiantes de producir un gráfico y llegar, mediante un proceso de transnumeración, a un conocimiento no disponible en los datos brutos, lo que se evidencia también al revisar los trabajos de titulación que se presentan en la carrera.

Con la finalidad de sondear la habilidad de los estudiantes para aplicar conceptos de probabilidad y desarrollar cálculos, se les planteó un ejercicio básico de cálculo cuyo texto decía: "Una rata es colocada en una caja con tres pulsadores de colores rojo, azul y blanco, si pulsa dos veces las palancas al azar ¿cuál es la probabilidad de que las dos veces pulse la roja?", ofreciéndoles ocho opciones de respuesta, 7 estudiantes (23,3%) identificaron correctamente el resultado, 19 encuestados

(63,3%) optaron por una respuesta incorrecta, 2 personas (6,7%) indicaron no entender la pregunta, 1 encuestado (3,3%) no conocía la respuesta y 1 estudiante (3,3%) no recordaba, los resultados se muestra en la figura 2.

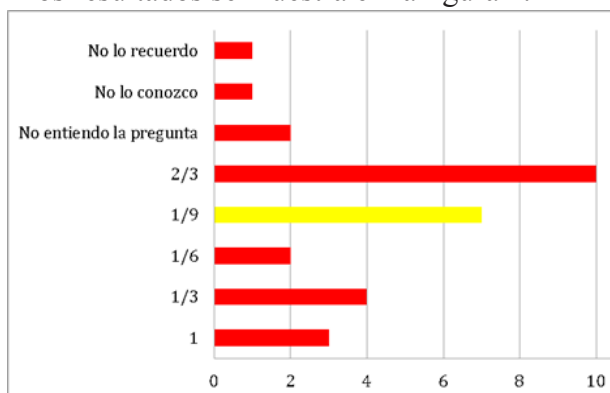


Figura 2: Aplicación de conceptos de probabilidades en ejercicio propuesto, estudiantes del último semestre y egresados de la carrera de Bioquímica y Farmacia.

Al ser la estadística una herramienta que permite organizar datos y presentarlos de manera adecuada para su análisis, discusión y toma de decisiones,⁽¹¹⁾ se consideró relevante revisar el conocimiento y el grado argumentativo de los futuros profesionales de la carrera, por lo que se solicitó a los estudiantes que caracterizaran una determinada variable aleatoria, a través de un ejercicio típico de la carrera y problema a solucionar en el ámbito profesional. La interrogante planteada como pregunta abierta permitió que los estudiantes escribieran un texto, analizando y justificando sus respuestas.

Al estudiar las contestaciones ofrecidas por los estudiantes se puede asegurar que no hubo aciertos, el 56,7% de los estudiantes prefirió no contestar la pregunta, 6,6% respondieron que no recordaban el procedimiento de solución y 26,6% escribieron una respuesta errada. Por otra parte, si se analizan las respuestas obtenidas, no se evidencia ningún grado de argumentación y las respuestas se limitan a frases que no contenían más de diez palabras. Los resultados son consistentes a los planteados en Estados Unidos por Shaugnessy⁽¹³⁾ donde al investigar a través de entrevistas, el desarrollo de concepciones de Estadística en

los estudiantes, sus resultados establecen que los alumnos se esfuerzan en comprender conceptos tales como variabilidad, aleatoriedad y distribuciones de muestreo.

Lo analizado en este trabajo permite aseverar que existe una oportunidad de mejoras en la carrera de Bioquímica y Farmacia, como una vía para incrementar los indicadores de calidad académica, a través de la revisión y el fortalecimiento de los conceptos de estadística en el grupo de estudiantes que se encuentran realizando trabajos para titulación y aquellos que en menos de un año efectuarán estas labores, con la finalidad de mejorar la habilidad que necesitan para aplicar conocimientos estadísticos que frecuentemente resultan ser más complejos de lo que se supone.

Los conocimientos técnicos necesarios para investigar y/o desarrollar actividades laborales demandan que los futuros profesionales reconozcan situaciones en las que aplicar un gráfico o calcular un promedio no resulte evidente, congruentemente con lo expresado por Terán y Nascimbene A.⁽¹⁴⁾

Por otra parte, resulta evidente la necesidad de realizar estudios sobre los resultados estadísticos en tesis y trabajos de titulación que se realizan en la carrera y la institución para asegurar la calidad investigativa, como un indicador relevante dentro de la educación superior.

CONCLUSIONES

- Los estudiantes del último nivel y los egresados de la Escuela de Bioquímica y Farmacia incluidos en el estudio, demostraron tener insuficiencias en el dominio de los conceptos básicos de la estadística descriptiva e inferencial, tales como población, universo, muestras, probabilidades y aplicación de fórmulas, los que les permitan realizar de forma correcta sus trabajos de titulación.

- Como una vía para asegurar la calidad investigativa, y para alcanzar resultados positivos en este indicador dentro de la educación superior, se hace necesario realizar estudios sobre la aplicación de la estadística en tesis y trabajos de titulación, lo que permitirá trazar

estrategias para solucionar las dificultades que en los mismos se puedan encontrar.

Conflicto de intereses: los autores declaramos, conocer el documento presentado y no tener conflictos de intereses.

Declaración de contribución:

Paola Villalón Muñoz realizó búsqueda de información y trabajó en el diseño metodológico de la investigación.

Galo Montenegro Córdova hizo procesamiento de los resultados y trabajó en la redacción del artículo.

Juan Sánchez Vimos y Adriana Rincón Alarcón trabajaron en la redacción del artículo y recopilaron datos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barreto Villanueva A. El progreso de la Estadística y su utilidad en la evaluación del desarrollo. Pap. poblac [Internet]. 2012 Sep [citado 2015 ene 12]; 18(73). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252012000300010&lng=es&nrm=iso.
2. Loyola Illescas, E y col. Ciencia, tecnología y Sociedad (CTS): Miradas desde la educación superior en Ecuador. Editorial Abya Yala. Ecuador, 2014. Disponible en: <http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/7929>.
3. Crespo Calvopiña N J. El sistema de evaluación del docente universitario y su incidencia en la enseñanza aprendizaje en la Carrera de Ciencias Naturales y del Ambiente, Biología y Química de la Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación de la Universidad Central del Ecuador. Universidad Central del Ecuador. Centro de Información Integral. Repositorio Digital. Quito: UCE, 2014. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/3278>.
4. SENESCYT. Senescyt detecta fraude en la mitad de las tesis presentadas desde el 2010. Disponible en: http://ecuadorinmediato.com/index.php?module=Noticias&func=news_user_view&id=2818751111&umt=senescyt_detecta_fraude_academico_en_mitad_tesis_presentadas_desde_2010
5. Larrea de Granados E. Unidad Curricular de Titulación. Documento de apoyo no vinculante. CES. Ecuador, 2013.
6. Batanero, C., Contreras, J. M. y Arteaga, P. El currículo de estadística en la enseñanza obligatoria. EM-TEIA. Revista de Educação Matematica e Tecnológica Iberoamericana, 2011. 2(2).
7. Mohd Meerah S. Measuring Graduate Students Research Skills Universiti Kebangsaan Malaysia Teaching and Learning Congress 2011, Volume II, December 17 – 20 2011, Pulau Pinang Malaysia. Elsevier. Procedia - Social and Behavioral Sciences 60 (2012) 626 – 629
8. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. El currículo a debate. Revista PRELAC Proyecto Regional de Educación para América Latina y el Caribe, 3-166. UNESCO, 2006.
9. Santiesteban, C. La Estadística en Psicología. Estadística Española, 1990. 461-501.
10. León, A. D. Diagnóstico de la Metodología Estadística Aplicada en Tesis publicadas de 2003 a abril 2005 por las FQ URL. Universidad Rafael Landívar. Guatemala, 2005
11. Echavarría H., Correa G., Patiño J., Acosta, J. y Rueda, J. Evaluación de métodos estadísticos utilizados en trabajos de grado y tesis de los programas de la facultad de ciencias agropecuarias, en un período de tres años. Revista Facultad Nacional Agrícola Medellín. Colombia, 2006
12. Salcedo, A. Estadística para no especialistas: Un reto de la educación a distancia. Rev. Ped [Internet]. 2008 Jun [citado 2015 Abr 21]; 29(84). Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-97922008000100006&lng=es&nrm=iso.
13. Shaughnessy, M. Student work and student thinking: an invaluable source for teaching and research. Universidad Estatal de Portland. Estados Unidos. U. E. Portland, Ed. ICOTS-7. USA, 2006
14. Terán T., Nascimbene A. El material didáctico que aporta el alumno. Una experiencia

de construcción significativa del aprendizaje a través de proyectos. IASE 2015 Satellite Paper – Refereed

Recibido: 4 de septiembre de 2015

Aceptado: 17 de septiembre de 2015

Caracterización de la empleabilidad de los graduados de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Chimborazo

Characterization of the employment rates of graduate student on the medical track of the Nacional University of Chimborazo

Autores:

Byron Geovanny Hidalgo Cajo,

Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador

Ángel Mayacela Alulema,

Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador

María Isabel García Hermida,

Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador

Edwin Gilberto Choca Alcocer,

Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador

Wilson Lizardo Nina Mayancela,

Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador

Diego Patricio Hidalgo Cajo,

Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador

Autor de correspondencia:

Byron Geovanny Hidalgo Cajo, email: bhidalgo@unach.edu.ec

RESUMEN

El seguimiento a los egresados de carreras de educación superior ofrece algunos indicadores de calidad del proceso de enseñanza-aprendizaje, vitales para su perfeccionamiento constante. Se realizó un estudio de tipo descriptivo-transversal, con el objetivo de caracterizar elementos de interés relacionados con la empleabilidad de los graduados de la carrera de Medicina en la Universidad Nacional de Chimborazo, durante el periodo 2008-2013. La población estuvo conformada por los 216 egresados en el contexto estudiado y sus respectivos empleadores, de la cual se seleccionó una muestra de 180 graduados y 97 gerentes de instituciones de Salud. Los resultados observados permitieron concluir que entre los empleadores predominó el criterio que la preparación de los graduados era buena o muy buena, atendiendo a su desempeño integral, aunque detectaron falencias en algunas áreas de formación que deberán ser fortalecidas mediante el perfeccionamiento del trabajo curricular y la formación continua; además de que la mayoría de los graduados mantenían vínculos de trabajo con instituciones estatales del sector Salud. Predominó la autosatisfacción profesional pero expresaron preocupación ante la situación de inestabilidad laboral.

Palabras clave: seguimiento a graduados, empleabilidad, carrera de Medicina.

ABSTRACT

The follow up to students graduated from higher education majors offers some quality indicators of the teaching-learning process which are vital for its constant improvement. For this reason, a study of descriptive-traverse type was carried out, with the objective of characterizing elements of interest related with the employment of the graduates of the Medicine major from the National University of Chimborazo, during the period 2008-2013. The population was conformed by the 216 students graduated from the studied context and its respective employers, out of which a graduates sample of 180 and 97 managers of institutions of health was selected. The observed results allowed to conclude that the approach that the training of the graduates was good or very good assisting to its integral acting prevailed among the employers although they detected difficulties in some training areas that will be strengthened by means of the improvement of the curricular work and the lifelong education; besides that most of the graduates maintained professional bonds with state institutions of the health area, and self-satisfaction with their professional achievements also prevailed, but they expressed their concern with the situation of the labor stability.

Keywords: follow up to graduates, employment, Medicine major.

INTRODUCCIÓN

El seguimiento a los egresados de carreras de educación superior ofrece algunos indicadores de calidad del proceso de enseñanza-aprendizaje, que permiten tomar decisiones a las autoridades universitarias. Ello se constituye en un aspecto importante, no solo para los procesos de acreditación institucional, sino también para el perfeccionamiento constante de la formación profesional. Así, se requiere de la implementación de adecuadas estrategias que permitan valorar el impacto social del programa, considerando indicadores inherentes al desempeño y autorrealización de los graduados.⁽¹⁾

Tal como señala Thieme,⁽²⁾ los cambios en el mercado del trabajo, con una alta competitividad, muestran por un lado una disminución en la estabilidad del empleo, y por otro, un aumento de los requerimientos educacionales, de información y de conocimiento para las distintas ocupaciones. La flexibilidad se convierte en un imperativo, y la movilidad, el emprendimiento y la reconversión laboral constituyen nuevos elementos que se suman a este mercado.

Estas tendencias, producto de la integración económico-sociocultural y enfocada a la formación y el empleo, están planteando a las instituciones de educación superior nuevas exigencias y la formulación de estrategias innovadoras y complementarias tendientes a la formación de capital humano capacitado y sintonizado con las demandas del mundo laboral. Las nuevas formas de trabajo y la necesidad para muchas personas de cambiar varias veces de ocupación y adaptarse a situaciones inesperadas exigen capacidades que rebasan las competencias proporcionadas por la formación específica o por las disciplinas escolares y universitarias.⁽³⁾

La educación superior ecuatoriana está comprometida con el desarrollo local, regional y nacional. La formación de médicos generales socialmente comprometidos, que contribuyan a la generación de nuevos conocimientos científico-técnicos y al rescate de los saberes

ancestrales en salud. La dirección de la carrera de Medicina en la Universidad Nacional de Chimborazo (UNACH) estableció una estrategia de autoevaluación y acreditación institucional conforme a lo establecido en el Reglamento de la Ley Orgánica de Educación Superior,⁽⁴⁾ el Reglamento de Régimen Académico⁽⁵⁾ y el Reglamento Reformado de la Comisión de Evaluación Interna.⁽⁶⁾

Resulta importante determinar las capacidades y actitudes alcanzadas en la implementación de los procesos de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación de la enfermedad con enfoque familiar e intercultural, tal como lo establece la política salubrista ecuatoriana.⁽⁷⁾ Este mecanismo posibilita mantener contacto con los titulados y obtener sus aportes para el mejoramiento institucional, además de ser un componente de la evaluación institucional, que aporta a la determinación de la pertinencia y calidad de la carrera, y por tanto, al mejoramiento del currículo y de la oferta educativa.

Teniendo en cuenta los aspectos antes mencionados, se realizó una investigación con el propósito de caracterizar la empleabilidad de los graduados de la carrera de Medicina en la Universidad Nacional de Chimborazo, durante el periodo 2008-2013, para contribuir al perfeccionamiento de su oferta educativa, desde la satisfacción de las necesidades del desarrollo local, regional y nacional en Ecuador.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo descriptivo-transversal. La población estuvo conformada por los 216 egresados de la carrera de Medicina de la UNACH, durante el período 2008-2013, además de los empleadores de los mismos. Se seleccionó una muestra de 180 graduados y 97 gerentes de instituciones de Salud, a través de un muestreo no probabilístico de tipo intencional o deliberado, teniendo en cuenta a todos aquellos que accedieron espontáneamente a proporcionar la información requerida por vía internet y personal.

La recolección de datos se efectuó por medio de encuestas aplicadas por estudiantes de Medicina, tras una capacitación previa. Se diseñaron dos cuestionarios cerrados, en los cuales se indagó sobre aspectos vinculados al medio socioeconómico, oportunidades laborales, grado de satisfacción con la carrera y competencias adquiridas en el proceso de formación. Los graduados fueron clasificados de acuerdo al tipo de actividad y situación laboral, salario, medios para la obtención de empleo y dificultades para obtenerlo, desde la óptica de empleadores y graduados.

Para el procesamiento estadístico de los datos obtenidos se utilizó el programa informático SPSS. Luego de redactar el informe final, se socializaron los resultados entre estudiantes y profesores de la carrera para obtener sugerencias y elaborar un plan de mejoras considerando todos los criterios vertidos, el cual fue aprobado por una comisión creada al efecto.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los niveles de graduación en la carrera de medicina en la UNACH se han incrementado. En 2008, durante su primera promoción, se graduaron 20 estudiantes, luego, en 2012, lo hicieron 65. El incremento registrado requirió de más observación del desempeño de estos, a través del sistema establecido para el seguimiento a graduados.

Los datos sociodemográficos recogidos entre los graduados de la muestra arrojaron una ligera ventaja a la presencia del sexo femenino, una prevalencia del estado civil soltero y de aquellos que laboraban en instituciones fuera de la ciudad de Riobamba, además de que la edad promedio osciló entre los 27 y 28 años. Estas características son similares a las observadas por un equipo de investigadores peruanos.⁽⁸⁾

El análisis de los datos recopilados de mediante los cuestionarios aplicados, permitió determinar algunas características de interés con respecto a la empleabilidad de los graduados de la carrera de Medicina de la UNACH.

La mayoría de los empleadores consideró que la preparación demostrada por los graduados es buena o muy buena, aunque cabe destacar que de los 97 gerentes que integraron la muestra, 92 emitieron ese criterio acerca de los conocimientos teóricos, mientras que 73 lo hicieron sobre las habilidades prácticas, lo que indica que se deben establecer estrategias curriculares para fortalecer esta área de formación profesional durante la carrera, o mediante la educación posgraduada con un adecuado sistema de educación continua, que también fue objeto de observaciones por los integrantes de la muestra.

El 40.21% de los empleadores encuestados opinó que a los graduados les falta preparación para aplicar la medicina natural, bioenergética y ancestral, como opciones de tratamiento. Otras áreas de formación en la que detectaron falencias fueron las referidas al diseño, manejo y evaluación de proyectos y las de administración y gerencia de procesos en Salud, por lo que el proceso de enseñanza-aprendizaje debería ser modificado en consecuencia.

Los autores de un estudio realizado en un municipio de la ciudad de La Habana, concluyeron que la formación en medicina natural debía ser instrumentada curricularmente desde el pregrado como un eje transversal en la formación del área profesionalizante del currículo.⁽⁹⁾

Para Christian R. Mejía *et al.*, la formación del investigador debe comenzar desde el pregrado. El currículo debe estar diseñado de manera que los estudiantes de Medicina adquieran las habilidades que le faciliten la realización de sus trabajos de tesis de graduación, y luego refuercen su preparación mediante la autosuperación, además de propiciar un mejor desenvolvimiento en el posgrado y en la solución de los problemas inherentes a su profesión.⁽¹⁰⁾

La mayoría de las competencias clínicas demostradas fueron calificadas como buenas o muy buenas, aunque se observaron debilidades en el manejo del paciente ante situaciones de riesgo o de emergencia, así como en

la realización de las indicaciones farmacológicas, según el caso.

Por su parte, la mayoría de los graduados manifestaron satisfacción con su trabajo en el momento en que se aplicó el cuestionario, además de que mantenían vínculos de trabajo con instituciones estatales del sector Salud. El aspecto en el que se sintieron menos realizados estuvo dado por la estabilidad laboral, el 36.67% de la muestra consideró baja o muy baja su satisfacción al respecto. Sin embargo, al analizar la superación profesional se pudo constatar que, alrededor del 11% de la muestra se encontraba cursando estudios de cuarto nivel, lo cual resulta un aspecto importante para la competitividad en el mercado laboral.

Contrario a los resultados antes mencionados, una investigación realizada sobre la actividad laboral de médicos egresados de la Universidad de Chile, en las generaciones 2007 a 2010, mostró que la mayoría de la población estudiada se encontraba realizando estudios de posgrado. Sus autores mencionaron que la existencia de diferentes opciones de superación profesional propicia esta situación, pero que la motivación e interés personal son decisivas para alcanzar niveles superiores de formación.⁽¹¹⁾

Según Allen *et al.*, el prestigio de la institución de educación superior de la que proviene el graduado es un factor importante para su inserción en el mercado laboral, pero los logros a partir de las competencias fruto de la instrucción recibida garantizarán el éxito de este. Aunque alcanzarlas representa mucho más que los conocimientos y habilidades adquiridas a través del currículo oficial. Los profesionales requieren de formación continua mediante la capacitación y educación posgraduada, así como de la propia experiencia acumulada durante el ejercicio.⁽¹²⁾

CONCLUSIONES

- Entre los empleadores predominó el criterio que la preparación de los graduados de la carrera de Medicina de la UNACH era buena o muy buena, atendiendo a su desempeño integral,

aunque detectaron falencias en algunas áreas de formación que deberán ser fortalecidas mediante el perfeccionamiento del trabajo curricular y la formación continua.

- La mayoría de los graduados mantenía vínculos de trabajo con instituciones estatales del sector Salud, predominó la autosatisfacción con sus logros laborales, pero expresaron preocupación con la situación de la estabilidad laboral.

Conflicto de intereses: no existen conflictos de intereses.

Declaración de contribución:

Byron Geovanny Hidalgo Cajo y Diego Patricio Hidalgo Cajo realizaron la búsqueda bibliográfica, diseñaron los instrumentos y trabajaron en la redacción del artículo.

Ángel Mayacela Alulema y María Isabel García Hermida realizaron la compilación y procesamiento de los datos.

Edwin Gilberto Choca Alcocer y Wilson Lizardo Nina Mayacela trabajaron en la aplicación del instrumento y en la redacción del artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramírez Domínguez MJ, Reséndiz Ortega M, Reséndiz Ortega ME. Metodología de seguimiento de egresados para fortalecer la vinculación de la universidad con la sociedad. GCBF. [Internet]. 2015 [citado 2015 ene 5]; 11(1). Disponible en: <http://search.proquest.com/openview/c5c47a7d5ae2488648a-283470c6be7e0/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026585>. P.P 1021-1026.
2. Thieme C. El desarrollo de competencias de empleabilidad en dos universidades chilenas: OIKOS: Revista de la Escuela de Administración y Economía. [Internet]. 2007 [citado 2014 mar 11]; 24: 47-72. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2949920.pdf>.
3. Ángeles G. La Educación basada en problemas y la empleabilidad. Licenciatura en Intervención Educativa. Universidad Pedagógica Nacional de México. [Internet]; 2014.

Disponible en: http://www.lie.upn.mx/docs/docinteres/La_Educacion_Basada_en_Problemas_y_la_Empleabilidad.ppt.

4. Asamblea Nacional. Ley Orgánica de Educación Superior. Quito-Ecuador; 2010.

5. Consejo Universitario Universidad Nacional de Chimborazo. Reglamento Académico. [Internet]; 2014. Disponible en: <http://www.unach.edu.ec/reglamentos/images/pdf/reglamentos/reglamentoacadrefor.pdf>.

6. Consejo Universitario Universidad Nacional de Chimborazo. Reglamento Reformado de la Comisión de Evaluación Interna. [Internet]; 2015. Disponible en: <http://www.unach.edu.ec/reglamentos/images/pdf/comisiondeevaluacion.pdf>.

7. Almeida Vera Lourdes, Almeida Vera Luis. Fundamentación del modelo de gestión intercultural ecuatoriana en la atención primaria de salud. MEDISAN [Internet]. 2014 Ago [citado 2015 Mar 5]; 18(8): 1170-1183. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000800019&lng=es.

8. Mejía, Christian R y Red Lirhus et al. Uso de fuentes de información en médicos recién graduados de Lima. Rev. perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2014 [citado 2015 abr 2]; 31(4): 716-720. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000400016&lng=es&nrm=iso.

9. Guillaume Ramírez Vivian, Ortiz Gómez María Teresita, Álvarez Artímez Ileana, Marín Quintero María Estrella. Evaluación del conocimiento sobre Medicina Natural y Tradicional en estomatólogos del municipio Playa. Rev haban cienc méd [Internet]. 2014 Feb [citado 2015 Abr 02]; 13(1): 120-133. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000100014&lng=es.

10. Mejía, Christian R; Inga-Berrospi, Fiorella y Mayta-Tristan, Percy. Titulación por tesis en escuelas de Medicina de Lima, 2011: características, motivaciones y percepciones. Rev. perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2014 [citado 2015 abr 2]; 31(3):

509-514. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000300015&lng=es&nrm=iso.

11. Vargas Patricia, López Nancy, Urrutia Leonardo, Acevedo Jhonny, Sandoval Daniela, Cortés Belén. Actividad laboral de médicos egresados de la Universidad de Chile generaciones 2007 a 2010: análisis según sede y año de egreso. Rev. méd. Chile [Internet]. 2015 [citado 2015 Abr 02]; 143(10): 1286-1294. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015001000007&lng=es.

12. Allen J, Ramaekers G. La medición de las competencias de los titulados superiores. En: Métodos de análisis de la inserción laboral de los universitarios. Salamanca: Universidad de León; 2003.

Recibido: 7 de mayo de 2015

Aceptado: 29 de mayo de 2015

Artículos de temas libres

Comportamiento de la Epiglotitis en 5 años de estudio. Hospital docente Vladimir I. Lenin de Holguín, Cuba. 2011- 2015

A five years of study of Epiglottitis behavior. Vladimir I. Lenin Hospital in Holguín, Cuba. 2011- 2015

Autores:

Zulma Doimediós Rodríguez

Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Ecuador

María del Carmen Padrón Estupiñán

Hospital Docente Universitario Vladimir Ilich Lenin, Holguín, Cuba

Jorge Luis Sagué Larrea

Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Ecuador

Rolando Sánchez Artigas

Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador

Autor de correspondencia:

Zulma Doimediós Rodríguez, email: doimediosz@yahoo.com

RESUMEN

Se realizó un estudio de expedientes clínicos de los pacientes hospitalizados por Epiglotitis en un periodo de cinco años en el Hospital Vladimir I Lenin. (2011-2015). La epiglotitis constituye una de las formas clínicas de manifestación de las laringitis agudas, se define como la inflamación de la porción supra glótica en la que la epiglotis está más tomada, se describe en la literatura universal como una afección de la niñez, pero en nuestro medio la diagnosticamos con frecuencia en los pacientes adultos, y es necesario en la mayoría de los pacientes su hospitalización. En el presente estudio fue el sexo masculino el más afectado 76,5%, el síntoma inicial fue la sensación de cuerpo extraño y la carraspera, el 58% tiene el antecedente de ingestión de bebidas alcohólicas, así como de alimentos fríos y calientes. La respuesta al tratamiento con esteroides y antibiótico fue buena y solo a un paciente se le realizó traqueostomía. Se recomienda elevar el estudio de las laringitis agudas y en especial la Epiglotitis por la severidad de los síntomas y las complicaciones.

Palabras clave: Epiglotitis aguda, emergencia.

ABSTRACT

A study of medical records of patients hospitalized for Epiglottitis is performed over a period of five years at Vladimir I Lenin Hospital

(2011-2015). Epiglottitis is one of the clinical forms of manifestation of acute laryngitis, defined as inflammation of the portion above glottal where is the epiglottis which is more taken, described in world literature as a disorder of childhood, but in our country the frequently diagnosed in adult patients, being necessary in most patients hospitalization in this study was the most affected 76.5% male, the initial symptom was foreign body sensation and hoarseness, the 58% have a history of alcohol consumption, as well as hot and cold. Response to treatment with steroids and antibiotics was good and only a patient underwent tracheostomy. It is recommended to raise the study of acute laryngitis and especially epiglottitis for severity of symptoms and complications.

Keywords: Acute epiglottitis, emergency.

INTRODUCCIÓN

La Epiglotitis es una enfermedad poco común pero potencialmente mortal, que se presenta en niños entre los 2 y 6 años de edad. Resulta una franca emergencia médica, caracterizada por una súbita inflamación de las estructuras de soporte supraglóticas, específicamente la epiglotis y los músculos aritenoides.⁽¹⁾

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, aunque radiografías de cuello lateral pueden ayudar a visualizar la obstrucción de la laringe. El principal causante es una bacteria

llamada *Hemophilus influenzae*, aunque otros organismos pueden provocar esta enfermedad, entre estos se encuentran *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis* y los estafilococos.^(2,3)

La incidencia internacional de la Epiglotitis es muy variable, con una prevalencia significativamente mayor en los países sin inmunización universal. Entre las naciones con inmunización obligatoria, las incidencias reportadas son 0,9 casos por cada 100.000 personas en Suecia y 0,6 casos por 100.000 en el Reino Unido.⁽⁴⁾

Una revisión retrospectiva de una población danesa demostró una media nacional de incidencia de Epiglotitis en niños de 4,9 casos por 100.000 por año en la década anterior a la vacunación contra Hib. De 1996 a 2005, con la introducción de la vacunación generalizada contra Hib, se reportó una incidencia de solo 0,02 casos por 100.000 por año. Durante este período, la Epiglotitis aguda en adultos se mantuvo constante, en 1,9 casos por 100.000 por año.⁽⁴⁾

A partir de la vacunación contra el *Hemophilus influenzae* tipo B en 1989 comienza a disminuir esta enfermedad en diferentes países como Inglaterra,⁽⁵⁾ Canadá,⁽⁶⁾ Italia,⁽⁷⁾ entre otros,⁽⁸⁾ principalmente en niños.

Existen también causas predisponentes, fundamentalmente en el adulto, como pueden ser los factores irritativos dados por tabaco, alcohol, inhalación de polvo, vapores irritativos, factores climáticos, pirológicas agudas o crónicas de rinofaringe y anomalías anatómicas o adquiridas que trastornan la fisiología respiratoria nasal. Los factores de terreno en pacientes convalecientes graves, diabéticos y hepáticos se muestran además como causas determinantes de los agentes infecciosos ya explicados.⁽⁹⁾

Las laringitis pueden comenzar con síntomas catarrales, entre los que se encuentran tos, estornudos, sensación de cuerpo extraño, carraspeo, para luego continuar con disfagias, odinofagia, fiebre, hasta llegar a la disnea. Mediante el examen físico por laringoscopia

indirecta se puede encontrar desde un ligero edema de Epiglotis hasta una Epiglotis abscedada. Los procedimientos diagnósticos de más valor son la radiografía lateral de cuello y la laringoscopia indirecta o directa. Esta última, sin embargo, debe ser realizada por personal entrenado. La detección precoz y el tratamiento empírico reducen considerablemente el índice de mortalidad, señalan los expertos.^(9,10)

El tratamiento está determinado por los síntomas y signos encontrados en el examen físico del enfermo. El mismo tiene el objetivo de abortar los de más gravedad que pueden llevarle a un estado crítico. La posición en fowler es obligada, así como el uso de antibiótico terapia, siempre que se piense en etiología infecciosa y en los esteroides, aunque hay muchos que no confían en su uso en altas dosis por vía endovenosa, así como en aerosoles, ya que resultan satisfactorios en los pacientes de mayor gravedad. En los casos más graves, la entubación y la traqueostomía fue la conducta de elección.⁽¹¹⁻¹³⁾

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal en pacientes afectados por Epiglotitis, atendidos en el cuerpo de guardia del servicio de Otorrinolaringología del Hospital Docente Vladimir Ilich Lenin de la ciudad de Holguín, en Cuba, de 2011 a 2015.

El universo estuvo constituido por 51 pacientes que recibieron tratamiento por esta causa en la institución de estudio, a los que se les confeccionó un modelo de recolección primaria de datos, que incluyó las variables de edad, sexo, antecedentes, síntomas, hallazgos en el examen laringoscópico, tratamiento aplicado y estadía hospitalaria. Se procedió al procesamiento de la información que sirvió de base para la confección de tablas con el fin de representar los resultados obtenidos. Los métodos estadísticos utilizados fueron la distribución de frecuencia absoluta y porcentual.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De los 51 pacientes que conformaron la muestra 39 (76.5 %) correspondían al sexo masculino y 12 (23,5%) al sexo femenino (Tabla 1), lo que guarda relación con las estadísticas reportadas en la bibliografía consultada.⁽⁴⁾ El 50,9% de los pacientes estuvo comprendido en las edades entre 21 a 30 años, momento en que la exposición a agentes tóxicos, irritantes y traumáticos son más frecuentes.

Dentro de los antecedentes (Tabla 2) considerados importantes en el desarrollo de la enfermedad estudiada, fue la ingestión de bebidas alcohólicas lo que primó, siguiéndole la ingestión de alimentos fríos y calientes y los procesos alérgicos o reactivos.

Estudios realizados en Cuba,⁽¹⁴⁾ muestran una tendencia al consumo de bebidas alcohólicas a temprana edad, lo que pudiera tener influencia en el desencadenamiento de las Epiglottitis. La clínica con la que se presentó esta enfermedad (Tabla 3) no difiere de la referida en las bibliografías consultadas,^(9,10) en las que se describen clásicamente el carraspeo, la sensación de cuerpo extraño preponderante en la casuística con 26 (51%) pacientes, la falsa sialorrea dada por la gran disfagia que no permite deglutir la salivación normal.

El examen físico (Tabla 4), realizado inicialmente a todos los pacientes, diagnosticó oclusión parcial del espacio glótico en 19 (37,4%) de los mismos y en 1 (1,9%), la oclusión fue total; por lo que se le practicó traqueostomía.⁽¹¹⁾ La respuesta a la terapéutica impuesta fue buena (Tabla 5), los enfermos recibieron en el tratamiento inicial reposo en fowler, esteroides, aerosol, hidratación y suspensión de la vía oral.

En 14 (27,4%) casos se utilizó antibiótico, por comprobarse su etiología séptica.^(12,13) La estadía hospitalaria (Tabla 6) predominante fue de 1 a 7 días con 31 (60,7%) pacientes, solo en 5 casos (9,8%); el periodo sobrepasó los 15 días.

CONCLUSIONES

- Predominó el sexo masculino y el grupo etario de 21-30 años de edad. El consumo de

alcohol, la ingestión de alimentos fríos y calientes se identificaron como los factores desencadenantes de la enfermedad. La sensación de cuerpo extraño fue el síntoma principal en la casuística estudiada. La estadía hospitalaria osciló entre 1 a 7 días. De forma mayoritaria la respuesta al tratamiento fue buena, y fue necesario practicarle traqueostomía a un solo paciente.

Conflictos de intereses: no existen conflictos de intereses.

Declaración de contribución:

Zulma Doimeadiós Rodríguez dirigió la investigación y realizó la búsqueda bibliográfica.

María del Carmen Padrón Estupiñán recolectó datos y procesó la información.

Jorge Luis Sagué Larrea trabajó en la búsqueda bibliográfica y en el procesamiento de los datos. Rolando Sánchez Artigas trabajó en la búsqueda bibliográfica y en el procesamiento de los datos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bizaki AJ, Numminen J, Vasama JP, Larranne J, Rautiainen M. Acute supraglottitis in adults in Finland: review and analysis of 308 cases. *Laryngoscope*. 2011;121(10):2107-13.
2. Isakson M, Hugosson S. Acute epiglottitis: epidemiology and Streptococcus pneumoniae serotype distribution in adults. *J Laryngol Otol*. 2011;125(4):390-3
3. Briem B, Thorvardarson O, Petersen H. Acute epiglottitis in Iceland from 1983-2005. *Laeknabladid*. 2010 ;96(6):405-11.
4. Guldred LA, Lyhne D, Becker BC. Acute epiglottitis: epidemiology, clinical presentation, management and outcome. *J Laryngol Otol*. 2008; 122(8):818-23.
5. Collins S, Ramsay M, Campbell H, Slack MP, Ladhani SN. Invasive Haemophilus influenzae type b disease in England and Wales: who is at risk after 2 decades of routine childhood vaccination? *Clin Infect Dis*. 2013; 57(12):1715-21.

6. Adam HJ, Richardson SE, Jamieson FB, Rawte P, Low DE, Fisman DN. Changing epidemiology of invasive Haemophilus influenzae in Ontario, Canada: evidence for herd effects and strain replacement due to Hib vaccination. *Vaccine*. 2010; 28(24):4073-8
7. Giufrè M, Cardines R, Caporali MG, Accogli M, D'Ancona F, Cerquetti M. Ten years of Hib vaccination in Italy: prevalence of non-encapsulated Haemophilus influenzae among invasive isolates and the possible impact on antibiotic resistance. *Vaccine*. 2011; 29(22):3857-62
8. Briem B, Thorvardsson O, Petersen H. Acute epiglottitis in Iceland 1983-2005. *Auris Nasus Larynx*. 2009; 36(1):46-52.
9. Ovnat Tamir S, Marom T, Barbalat I, Spevak S, Goldfarb A, Roth Y. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2015; 272(4):929-35
10. Mazenq J, Retornaz K, Vialet R, Dubus JC. Acute epiglottitis due to group A β -hemolytic streptococcus in a child. *Arch Pediatr*. 2015; 22(6):613-5
11. Irfan M, Fariza NH. Epiglottic abscess: a rare cause of odynophagia. *Med J Malaysia*. 2012; 67(5):545-6
12. Haas H. Antibiotic therapy for head and neck abscesses in children in an emergency department. *Arch Pediatr*. 2008; 15(5):495-713.
13. Wood N, Menzies R, McIntyre P. Epiglottitis in Sydney before and after the introduction of vaccination against Haemophilus influenzae type b disease. *Intern Med J*. 2005; 35(9):530-5
14. Brito Sosa Germán, Iraizoz Barrios Ana María, Alburquerque Fernández Felicia. Pesquisa de alcoholismo y análisis bioético del daño que representa en una población cubana. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. 2011 Sep [citado 2015 Feb 17]; 27(3):355-370. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000300006&lng=es.

ANEXOS

Tabla 1. Distribución de pacientes según edad y sexo

Grupo de Edades	Sexo M	Sexo F	Total
21-30	21	5	26
31-40	9	4	13
41-50	5	2	7
51-60	3	1	4
>60	1	-	1
Total	39 (76.5%)	12 (23.5%)	51 (100.00%)

Fuente: historias clínicas Hospital Lenin

Tabla 2. Distribución de pacientes de acuerdo a los antecedentes

Antecedentes	No.	%
Ingestión de alimentos fríos	6	11,7
Ingestión de alimentos calientes	5	9,99
Aspiración de alimentos tóxicos	3	5,9
Ingestión de bebidas alcohólicas	28	54,9
Traumas deglutorios	2	3,9
Reacciones alérgicas	5	9,8
Maniobras vomitivas	1	1,9
Total	51	100,0

Fuente: historias clínicas Hospital Lenin

Tabla 3. Síntomas de los pacientes y tiempo de presentación

Síntomas	No.	%
Sensación de cuerpo extraño	26	51,0
Disfagia	12	23,5
Odinofagia	6	11,8
Sialorrea falsa	4	7,8
Falta de aire	3	5,9
Total	51	100,0

Fuente: historias clínicas Hospital Lenin

Tabla 4. Hallazgo en examen laringoscópico

	Glottis libre No.	Oclusión parcial No.	Oclusión total No.
Epiglotis congestiva	18	-	-
Epiglotis tumefacta	13	-	-
Epiglotis abombada	-	19	-
Epiglotis abscedada	-	-	1
Total	31	19	1

Fuente: historias clínicas Hospital Lenin

Tabla 5. Tratamientos realizados

Tratamientos	No.	%
Traqueostomía	1	19,0
Reposo por Fowler	51	100,0
Esteroides	51	100,0
Antibióticos	14	27,4
Aerosol	51	100,0
Hidratación	51	100,0
Vía oral SUSP	51	100,0
Total	275	100,0

Fuente: historias clínicas Hospital Lenin

Tabla 6. Distribución de estadía hospitalaria

Estadía hospitalaria (Días)	No. Pac.	%
1-7	31	60,7
8-10	11	21,7
11-15	4	7,8
>15	5	9,8
Total	51	100,0

Fuente: historias clínicas Hospital Lenin

Recibido: 5 de junio de 2015

Aceptado: 26 de junio de 2015

La operación cesárea en el Hospital General Docente de Sagua la Grande

The cesarean operation in the Sagua la Grande Educational General Hospital

Autores:

Anabela del Rosario Criollo Criollo

Hospital Provincial General Docente de Riobamba,
Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador

Yosbanys Roque Herrera

Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador

Lexinton Cepeda Astudillo

Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador

Carlos Gafas González

Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador

Carlos Moya Toneut

Hospital General Docente "Mártires del 9 de Abril",
Sagua la Grande. Villa Clara, Cuba

Yolanda Elizabeth Salazar Granizo

Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador

Autor de correspondencia:

Anabela del Rosario Criollo Criollo, email: ccanabela@hotmail.com

RESUMEN

Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, de tipo transversal descriptivo en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital "Mártires del 9 de Abril" del Municipio de Sagua la Grande en la provincia de Villa Clara, Cuba, en el período enero de 2010 hasta junio de 2011, con el objetivo de describir el comportamiento de la operación cesárea en dicho entorno. El universo de estudio fueron las 801 pacientes que durante el periodo de estudio fueron intervenidas quirúrgicamente por cesárea en dicho servicio, del cual se tomó una muestra integrada por 236 pacientes, a través de un muestreo aleatorio simple que correspondió al 29.5% del universo. Entre las pacientes de la muestra predominó el grupo de edades entre 20 y 30 años, el período intergenésico entre 2 y 6 años, y la gestación a término. Las causas fetales fueron las preponderantes, resultando el estado fetal intranquilizante la indicación prevaleciente, seguida de la cesárea anterior y la macrosomía fetal. Imperaron las cesáreas catalogadas como primitivas, así como las urgentes y las operaciones limpias contaminadas. La mayoría de las pacientes no presentaron complicaciones, y resultaron la cefalea posraquídea y la anemia, las complicaciones maternas más frecuentes. Los recién nacidos de estado vigoroso según

puntaje de Apgar, con peso normal y ausencia de morbilidad predominaron en el estudio, y fue la complicación más frecuente en ellos el síndrome de dificultad respiratoria.

Palabras clave: operación cesárea, servicio de Ginecología y Obstetricia.

ABSTRACT

A quantitative approach study of the transversal type was carried out in the service of Gynecology and Obstetrics of the "Mártires del 9 de Abril" hospital in Sagua la Grande, Villa Clara, Cuba, in the period from 2010 to 2011 with the aim of describing the behavior of the Cesarean Section Operations in the context. The study universe were 801 patients who were operated during that period in that service, a sample of 236 patients was taken, by means of a random sample, it corresponded to 29.5% of the study universe. Among the studied group of patients predominated the age group between 29 and 30 years, the intergenesis period between two and six years and full term pregnancy. The fetal causes were predominant resulting in uneasy fetal state, the prevailing indication followed by the previous cesarean section and fetal macrosomia. There was prevalence of the cesarean sections so called "primitive" as well as the emergency and the contaminated clean operations. Most

of the patients did not have any complication. Resulting the post anesthetic headache and anemia, the most frequent maternal complications. The newborns of vigorous state according to their Apgar, with normal weight and absence of morbidity were predominant in the study, being the respiratory deficiency syndrome the most frequent complication.

Keywords: Cesarean Section Operations, Gynecology and Obstetrics Service

INTRODUCCIÓN

A mediados de los años ochenta del siglo XX, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso como estándar para los nacimientos por cesárea la cifra de 15%. A pesar de esta recomendación, los nacimientos quirúrgicos se han incrementado de manera notable en los últimos años en casi todos los países de ingresos altos y medios. En España, su número se duplicó en los últimos 15 años y hoy alcanza el 23% de los partos. En el Reino Unido los nacimientos por esta vía se incrementaron de solo 4% en 1970 a más de 20% en el momento actual.

Esto obligó al Departamento de Salud a solicitarle al Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos el más grande estudio sobre cesáreas jamás realizado en este país. En Estados Unidos de América los nacimientos quirúrgicos pasaron de 5% en 1988 a 23% en el año 2000. Japón, que hace un uso muy extensivo de las parteras tradicionales, es una de las pocas naciones desarrolladas –junto con Holanda y los países escandinavos– que parece haber evitado esta epidemia. Su porcentaje de nacimientos por cesárea es menor de 10%.⁽¹⁾

La creencia de que el nacimiento por cesárea podría ser beneficioso para la madre y el recién nacido (RN), no tiene ningún fundamento científico sólido. Por el contrario, varios estudios observaron mayor frecuencia de trastornos asociados, tanto maternos como neonatales.⁽²⁻⁴⁾ Villar y col.,⁽²⁾ analizaron datos de aproximadamente 100.000 nacimientos y observaron que, en presentación cefálica, la cesárea

estuvo asociada en forma independiente con un significativo aumento de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

La operación cesárea es un procedimiento razonablemente seguro para la madre y el feto, sin embargo, ni es inocua ni sus complicaciones son siempre previsibles o evitables. De tal suerte, todas las pacientes sometidas a cesárea están expuestas a posibles complicaciones inherentes a la misma. Evidencias sustentadas en rigor metodológico establecen que el nacimiento por cesárea está asociado a complicaciones que van de 12 a 15%. Entre las más frecuentes se encuentran las infecciones, la hemorragia y los fenómenos tromboembólicos. La incidencia de morbilidad obstétrica severa oscila entre 0.05 % y 1.09 %.⁽⁵⁻⁷⁾

También se ha demostrado que la mortalidad materna posterior a cesárea es seis veces mayor que después de un parto vaginal. En cesárea electiva dicho incremento se reduce, aunque persiste tres veces mayor. Así, las complicaciones transoperatorias y posquirúrgicas de la cesárea son potencialmente graves y aumentan el riesgo de mortalidad materna, fetal y neonatal, así como los días de estancia hospitalaria. Todo ello representa un incremento ostensible en los costos de atención para las instituciones de salud.⁽⁸⁻¹¹⁾

Asimismo, existe una relación sobre el impacto de la cesárea con la mortalidad infantil en partos pretérmino. Hay una clara ventaja en cuanto a la sobrevida y las complicaciones; sin embargo, la decisión debe basarse al considerar el binomio madre-hijo.

A las 25 semanas de gestación la mortalidad infantil es de 41% si la vía de nacimiento es por vía vaginal y de 12% si es por vía abdominal en los primeros seis días de nacidos. Posteriormente, de los siete a 68 días la mortalidad por parto es aún mayor y se presenta hasta en un 62%. La sobrevida neonatal es de 75% en los nacidos por cesárea. Se ha observado también disminución de asfixia y enterocolitis necrotizante en bebés obtenidos por cesárea entre las 22 a 25 semanas.⁽¹²⁻¹³⁾

Son muchas las razones que se han esgrimido para explicar este exceso de cesáreas: la percepción que tienen los prestadores de que se trata de un procedimiento más seguro que el parto vaginal; la disminución de las habilidades obstétricas del personal encargado de la atención de los partos; la creciente edad de las madres; la mayor capacidad tecnológica para detectar sufrimiento fetal; la preferencia por este procedimiento que manifiestan ciertos sectores de la sociedad, y diversos incentivos económicos relacionados con los seguros privados.

El aumento de las cesáreas que no tienen justificación clínica preocupa a las autoridades sanitarias y a los prestadores de servicios de salud porque eleva los costos de la atención médica, y expone a la madre y al producto a riesgos innecesarios.

El Hospital “Mártires del 9 de Abril” no ha estado fuera de esta alza nacional y mundial. El Comité de Cesáreas y la Dirección de dicha institución están enfrascados en la disminución de los índices de operación cesárea, por lo que se realizó el encargo de una investigación que ofreciera un adecuado diagnóstico sobre el comportamiento de las mismas, que ofreciera los elementos esenciales para la toma de decisiones y que se constituyera en punto de partida para posteriores investigaciones al respecto.

Problema científico:

¿Cómo se comportó la operación cesárea en el Hospital “Mártires del 9 de Abril” durante el periodo comprendido entre enero de 2010 y junio de 2011?

Objetivo:

Describir el comportamiento de la operación cesárea en el Hospital General Docente “Mártires del 9 de Abril” de Sagua la Grande, en el periodo: enero de 2010-junio de 2011.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal descriptivo en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital “Mártires del 9 de Abril”, en Cuba.

El universo de estudio estuvo conformado por las 801 pacientes que durante el periodo de estudio fueron intervenidas quirúrgicamente por cesárea en dicho servicio, del cual se tomó una muestra integrada por 236 pacientes, a través de un muestreo aleatorio simple que correspondió al 29.5% del universo.

Métodos empíricos:

- Entrevista.
- Revisión de documentos.
- Triangulación de fuentes.

Métodos estadísticos de procesamiento y análisis de la información:

Con los datos obtenidos se confeccionó una base de datos automatizada y se utilizó para ello el software Excel, y se expresaron los resultados en tablas estadísticas descriptivas.

De la estadística inferencial se utilizó la prueba no paramétrica de Chi-cuadrado, estimando que si $p > 0.05$ las diferencias son no significativas, si $p < 0.05$ se consideró diferencias significativas y si $p < 0.01$ las diferencias se denominaron muy significativas.

RESULTADOS

El servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Docente “Mártires del 9 de Abril” de Sagua la Grande contaba, al momento de la investigación, con 8 residentes y 15 especialistas en Ginecología y Obstetricia.

Tabla 1. Número de cesáreas anteriores según edad materna.

Edad Materna (años)	Tipo de cesárea				Total	
	Primitiva		Iterada			
	No.	%	No.	%	No.	%
< 20	21	8.90	1	0.42	22	9.32
20 – 30	125	52.97	32	13.56	157	66.53
31 – 35	30	12.71	17	7.20	47	19.91
> 35	7	2.97	3	1.27	10	4.24
Total	183	77.54	53	22.46	236	100.00

Fuentes: Libro de partos, Historias clínicas (Hospital General Docente “Mártires del 9 de Abril”).

$\bar{X}=9.84$ $p=0.0199$ $p < 0.05$
 $\bar{X} 26.03 \pm 5.55$ años Min=15 Máx=40

El promedio de edad materna fue de 26.03 años en un rango de 15 a 40 años de edad

con un predominio de cesáreas en el grupo de edad 20-30 años, con un 66.53%; dependiente del gran porcentaje de cesáreas primitivas (52.97%) en ese grupo de edad. También se observó un mayor número de cesárea primitiva con respecto a las iteradas.

Tabla 2. Estadía hospitalaria posoperatoria con respecto al tipo de cesárea según la urgencia.

Estadía (días)	Tipo de cesárea				Total	
	Electiva		Urgente		No.	%
	No.	%	No.	%		
≤ 5	46	70.77	142	83.04	188	79.66
6 - 10	16	24.61	25	14.62	41	17.37
11 - 15	2	3.08	1	0.58	3	1.27
16 - 20	1	1.54	3	1.76	4	1.70
Total	65	27.54	171	72.46	236	100.00

Fuentes: Libro de partos, Historias clínicas (Hospital General Docente “Mártires del 9 de Abril”).

$X^2=5.91$ $p=0.1159$ $p > 0.05$ (N. S.)

Las cesáreas urgentes resultaron mayoría con 171 casos observados, para un 72.46% de la muestra. El 79.66% del total de las cesareadas tuvo 5 días o menos de estadía hospitalaria posoperatoria, lo que se corresponde con los bajos niveles de morbilidad materna y neonatal en el servicio en cuestión. Prevalcieron el número de nulíparas y primíparas, para un 58.05% y 25.00% respectivamente. Las secundíparas resultaron predominantes dentro de las iteradas y constituyeron el grupo donde hubo menor número de cesáreas primitivas.

El período intergenésico resultó clasificado como normal para el 69.70% de los casos con partos anteriores, seguido por el 16.16% de pacientes con un período intergenésico corto. Las causas fetales predominaron. Solo se registraron causas anexiales en las cesáreas urgentes, y fueron estas las menos frecuentes, lo que no resultó estadísticamente significativo al comparar indicaciones de cesáreas electivas y urgentes.

Tabla 3. Indicaciones para las cesáreas primitivas en la muestra.

Causas de indicación de cesárea (n=183)			Electivas		Urgentes		Total	
			No.	%	No.	%	No.	%
Causas maternas	Desproporción céfalo - pélvica		--	--	22	12.02	22	12.02
	Distocias del canal blando	Cuello	7	3.83	16	8.74	23	12.57
		Vagina	--	--	1	0.55	1	0.55
	ARO	Pre-eclampsia grave	--	--	11	6.01	11	6.01
		Eclampsia	--	--	1	0.55	1	0.55
		Otras	4	2.18	1	0.55	5	2.73
	Malformaciones uterinas		1	0.55	1	0.55	2	1.09
Subtotal		12	6.56	53	28.96	65	35.52	
Causas fetales	Gemelares	Primer feto en transversa	1	0.55	--	--	1	0.55
	Exceso de volumen fetal	Macrosomía fetal	14	7.65	30	16.39	44	24.04
	Riesgo fetal	Estado fetal Intranquilizante	3	1.64	66	36.06	69	37.70
		RCIU	--	--	3	1.64	3	1.64
	Situación transversa en trabajo de parto		1	0.55	1	0.55	2	1.09
	Presentación pelviana		3	1.64	8	4.37	11	6.01
Subtotal		21	11.48	109	59.56	130	71.04	
Causas anexiales	Placenta	Hematoma retroplacentario con feto vivo	--	--	2	1.09	2	1.09
		Oclusiva parcial	--	--	1	0.55	1	0.55
	Membra- nas	Fallo de inducción después de RPM	--	--	9	4.92	9	4.92
		Infección ovular acompañada de condiciones obstétricas desfavorables	--	--	3	1.64	3	1.64
Subtotal		--	--	15	8.20	15	8.20	

Fuente: Historias clínicas (Hospital General Docente “Mártires del 9 de Abril”).

$X^2=3.18$ $p=0.2033$ $p > 0.05$ (N.S.)

Las causas fetales resultaron las indicaciones de cesárea más frecuentemente presentadas, para un 71.04% de las cesáreas primitivas. Entre estas predominó el estado fetal intranquilizante y el exceso de volumen fetal para un 37.70% y 24.04% respectivamente. Las causas maternas resultaron las segundas más frecuentes, y se destacó la distocia del canal blando, sobre todo de cuello, y la desproporción céfalo-pélvica con 23 y 22 casos respectivamente.

En la historia clínica del 77.36% de las 53 pacientes cuya intervención quirúrgica cesárea fue clasificada como iterada, solo se refirió el criterio absoluto de haber sido cesareada con anterioridad, en el 22.64% restante se añadieron otras causas que reafirmaron la decisión.

Tabla 4. Morbilidad materna posoperatoria mediata e inmediata en las pacientes de la muestra.

Morbilidad materna (n=236)		Electivas		Urgentes		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%
Generales	Dependientes de la anestesia (cefalea posraquídea)	6	2.54	14	5.93	20	8.74
	Bronconeumonía	--	--	1	0.42	1	0.42
	HTA	--	--	8	3.39	8	3.39
	IRA	1	0.42	--	--	1	0.42
Subtotal		7	2.97	23	9.74	30	12.71
Dependientes del acto quirúrgico	Anemia	3	1.27	8	3.39	11	4.66
	Dehiscencia de la pared abdominal: total o parcial	--	--	4	1.69	4	1.69
Subtotal		3	1.27	12	5.08	15	6.35
Inherentes a la cesárea	Sangramiento	1	0.42	--	--	1	0.42
	Infección puerperal	--	--	4	1.69	4	1.69
Subtotal		1	0.42	4	1.69	5	2.11
Total		11	4.66	39	16.52	50	21.19
No registradas		54	22.88	132	55.93	186	78.81

Fuente: Historias clínicas (Hospital General Docente “Mártires del 9 de Abril”).

$X^2=0.078$ $p=0.9619$ $p > 0.05$ (N.S.)

Prevalcieron las cesáreas que no reportaron morbilidad materna, lo que representó un 78.81%, y resultó un predominio de afecciones generales, seguidas de aquellas dependientes del acto quirúrgico, para un 21.45% y 6.35% respectivamente. La cefalea posraquídea fue la afección que prevaleció para un 8.74%, seguida por la anemia (4.66%). Las únicas diferencias

a señalar entre urgentes y electivas estuvieron dadas por la presencia de HTA (8 pacientes para un 3.39%), la dehiscencia total o parcial de la pared abdominal (4 pacientes para un 1.69%) y la infección puerperal (4 pacientes para un 1.69%); presentadas solo entre las urgentes; sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Tabla 5. Riesgo de infección por contaminación en la cavidad uterina, según la clasificación vigente.

Clasificación	Electivas		Urgentes		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Limpia	39	16.95	29	11.86	68	28.81
Limpia - contaminada	26	11.01	137	58.05	163	69.07
Contaminada	--	--	3	1.27	3	1.27
Sucia	--	--	2	0.85	2	0.85
Total	65	27.54	171	72.46	236	100.00

Fuentes: Libro de partos, Historias clínicas (Hospital General Docente “Mártires del 9 de Abril”).

$X^2=43.15$ $p=4.46 \times 10^{-7}$ $p < 0.01$

Prevalció la incidencia de cesáreas limpias-contaminadas para un 69.07%. Las operaciones contaminadas y las sucias presentaron un bajo índice de incidencia, solo 3 y 2 casos respectivamente, reportados en operaciones urgentes.

Solo un caso de los muestreados presentó un Apgar del recién nacido ligeramente deprimido (puntuación de 5) al minuto de nacer, el resto estuvo dentro de los parámetros normales. Este único caso mostró buena evolución a los cinco minutos, y se colocó entonces dentro de los parámetros normales (puntuación de 7).

La mayoría de los recién nacidos producto de cesáreas resultaron ser normo pesos (86.86%), seguido por los macrosómicos (11.86%).

La morbilidad en los recién nacidos estuvo repartida entre el 9.74% de la muestra, y no se reportó alguna alteración en el 90.26% de los casos. El síndrome de distrés respiratorio resultó el más frecuente, al observarse en 11 recién nacidos (4.66%) de los 23 que mostraron algún tipo de complicación.

DISCUSIÓN

Dos de los estudios, el de Márquez-Calderón de España y el de Ramírez de Perú, referenciados anteriormente, coincidieron con el presente, donde aquellas mayores de 30 años fueron las segundas más frecuentes,^(14,15) mientras que otros dos estudios: mexicano uno y cubano el otro, de igual forma referenciados, presentaron mayor frecuencia de menores de 20 años.^(16,17)

Las cesáreas primitivas superan por más de 3 veces la cantidad de iteradas en la muestra, lo cual no coincide con un estudio desarrollado en el Hospital Universitario en San Pablo, Brasil, sobre factores asociados a las tasas de cesáreas en esa institución. Dichos investigadores observaron una prevalencia de las gestantes con cesáreas anteriores.⁽¹⁸⁾ Sin embargo, un estudio en el Hospital “Ramón González Coro” de La Habana, comparó el comportamiento de diferentes variables en tres años (1996, 1999, 2005), y mostró un predominio de las cesáreas primitivas.⁽¹⁹⁾

Otra investigación realizada en el Instituto Superior de Medicina Militar, en La Habana, Cuba, en el 2010, observó que el 78.7% de su muestra tuvo una estadía posoperatoria inferior a los 6 días,⁽²⁰⁾ y concuerda con los resultados de la presente investigación. Sin embargo, investigadores chilenos observaron que solo el 9% de su muestra de pacientes cesareadas tuvo una estadía hospitalaria posoperatoria por más de 4 días.⁽²¹⁾

Los índices de cesáreas electivas en el mundo se han ido incrementando desde la década de los '90 del siglo pasado según diversas fuentes.⁽²²⁻²⁴⁾ Mas, en la muestra, la elección de la cesárea se comportó como urgente en más de un 70%, a diferencia de otros países, donde resulta predominantemente electiva, como concluyeron los mexicanos Acuña y Rodríguez.⁽²⁵⁾ También un estudio realizado en 4 hospitales caraqueños en el 2005 mostró un predominio absoluto de la cesárea electiva en cada una de las entidades por separado, con una frecuencia entre el 67% y el 90%.⁽²⁶⁾

El predominio de las nulíparas en la muestra (58.05%), no coincide con un estudio de casos y controles realizado por un equipo obstetras mejicanos en el 2007, en Chihuahua, con 508 pacientes, de las cuales 222 fueron operadas por cesárea. Dentro de estas últimas, el promedio de embarazos anteriores fue de 2.5 y el 22% tuvo cuatro embarazos o más.⁽²⁷⁾

En este estudio, 16 pacientes de la muestra tuvieron un período intergenésico corto, 12 habían tenido una cesárea en el parto anterior, lo que sugiere que hay desconocimiento o poca percepción del riesgo que esto entraña. Un estudio realizado por Kiran y colaboradores se observó frecuencias de rotura uterina entre 0.3 y 4.8%, al hacer referencia a pacientes con intervalo interparto menor a 36 meses.⁽²⁸⁾

Entre las 183 cesáreas primitivas pertenecientes a la muestra de estudio, representaron mayoría las causas fetales. Un estudio en el Hospital Ginecobstétrico “Ramón González Coro” arrojó que la entonces denominada indicación “sufrimiento fetal” predominó sobre las demás,⁽¹⁹⁾ y coincide con los resultados encontrados.

En diversas publicaciones se vio que muchos de los recién nacidos obtenidos por vía abdominal no mostraron signo que evidenciara tal sufrimiento causal.⁽²⁹⁾ Es probable que cambios transitorios de la frecuencia cardíaca fetal, sin mayor repercusión, induzcan al obstetra a evacuar el útero. Asimismo, un estudio argentino del 2005 sobre “Incidencias y principales indicaciones de Cesárea” no solo coincidió con la primera causa fetal como la indicación más frecuente, sino que destaca además la frecuencia de la presentación podálica, presentada aquí como la tercera causa fetal.⁽²⁸⁾

La desproporción cefalopélvica ha sido encontrada en otros estudios cubanos como la indicación de tipo materna que predomina, como destacan Rodríguez Iglesia y Caraballo López, este último la encontró en un 2% por encima de las situaciones de riesgo de deterioro del estado fetal.^(30,31)

En Cuba, la presentación en pelviana o la situación transversa constituyen una indicación de cesárea.⁽³²⁾ En Francia, según Guihard y Blondel⁽³³⁾ las indicaciones están relacionadas con presentación podálica, pequeños para la edad gestacional, fetos grandes, paciente mayor de 30 años y obesidad. Carayol y col.,^(33,34) en un estudio comparativo en el mismo país, encontró que las cesáreas en las presentaciones pelvianas se hacen en forma electiva antes de que la mujer entre en trabajo de parto y la indicación subió de 14.5 % en 1972 a 42.6% en el período 1995-1998 y a 74% en 2003.

Evidencias sustentadas en el rigor metodológico establecen que el nacimiento por cesárea está asociado a complicaciones que van de 12 a 15%.⁽⁸⁾ La investigación de la mexicana Anaya Prado, destaca un 24,23% de complicaciones, e insiste además en el número elevado de cesáreas como causa de este incremento.⁽¹¹⁾ En el estudio citado, si bien no se identificaron complicaciones relacionadas con la anestesia, se encuentran a la anemia, la infección puerperal y la dehiscencia de la herida quirúrgica, como sus causas principales.

Un estudio cubano de la última década del siglo pasado realizado por Ortiz y col. mostró una morbilidad muy superior en las pacientes cesareadas que en aquellas que tuvieron parto normal. Ellos observaron un predominio de la anemia como la complicación más frecuente, cuyos valores casi duplicaron los encontrados en esta investigación; sin embargo, el porcentaje de infección resultó similar al encontrado en Sagua la Grande (2,98%).⁽³⁵⁾

En una investigación en el Hospital Gineco-obstétrico “Ramón González Coro” se concluyó que predominó la cesárea clasificada como limpia-contaminada con una frecuencia que osciló entre el 35% al 42% durante los años estudiados, no así con uno de los resultados resaltados en la investigación. Para los cirujanos españoles la categoría sucia se encuentra en desuso y ahora se engloba dentro las contaminadas.⁽³⁶⁾ Según ellos, entre las cirugías abdominales predominan las contaminadas, atendiendo a estudios realizados

en tres momentos diferentes por distintas organizaciones.

El puntaje de Apgar en los recién nacidos estuvo en la categoría de vigoroso en el 99.58% de los casos. Otros estudios no muestran resultados tan halagadores, como el realizado por Ortiz y col., en 1998, sobre los resultados ocurridos entre 1990 y 1996 en el Hospital Gineco-Obstétrico Docente “Clodomira Acosta Ferrales”, donde se observó un Apgar menor de 7 al minuto para un 6.7 % de la muestra y luego 2.5 % a los 5 minutos.⁽³⁷⁾ Un estudio peruano sobre factores asociados a la pérdida de peso en las primeras 72 horas de vida en recién nacidos a término sanos por parto cesárea, tuvo resultados de Apgar en su muestra muy similares.⁽¹⁵⁾

En una investigación realizada por Acuña y Rodríguez sobre morbilidad y mortalidad neonatal en niños nacidos por cesárea, se obtuvo en una muestra de 1395 operaciones cesárea que solo 14 recién nacidos mostraron puntaje Apgar menor de 6 al minuto de nacido, para luego mejorar significativamente y subir su puntaje Apgar a más de 6 cuando se aplicó la escala a los 5 minutos del nacimiento.⁽²⁵⁾ Resultados muy similares se obtuvieron en la presente investigación.

Un estudio de frecuencias e indicaciones de la cesárea en el 2002, por investigadores de la Universidad de Veracruz, mostró cifras similares a las del presente estudio en cuanto al peso de los recién nacidos, y fueron más frecuentes los normopesos, seguidos de los macrosómicos y los de bajo peso, por ese orden.⁽¹⁶⁾ Otro estudio español, más reciente, invierte estos datos, encontrando los de bajo peso, seguidos de los macrosómicos, como los más frecuentes.⁽¹⁴⁾

Acuña y Rodríguez encontraron resultados muy similares a los observados en Sagua la Grande. En una muestra compuesta por 1395 neonatos, solo 64 presentaron morbilidad y de estos últimos 37 tuvieron afecciones respiratorias.⁽²⁵⁾ El síndrome respiratorio en el recién nacido es de causa muy variada, en él hay una respiración anormal con alteraciones del intercambio

gaseoso, la oxigenación y la eliminación del ácido anhídrido carbónico, a veces con el aparato respiratorio normal. Algunas investigaciones han encontrado relación del distrés respiratorio tipo II con los nacimientos por cesárea.⁽³⁸⁾

CONCLUSIONES

- Entre las pacientes de la muestra predominó el grupo de edades entre 20 y 30 años, período intergenésico entre 2 y 6 años y gestación a término.
- Las causas fetales fueron las preponderantes, y resultó el estado fetal intranquilizante la indicación prevaleciente, seguida de la cesárea anterior y la macrosomía fetal.
- Imperaron las cesáreas catalogadas como primitivas, así como las urgentes y las operaciones limpias contaminadas.
- La mayoría de las pacientes no presentaron complicaciones, y resultaron la cefalea posraquídea y la anemia, las complicaciones maternas más frecuentes.
- Los recién nacidos de estado vigoroso según puntaje de Apgar, con peso normal y ausencia de morbilidad predominaron en el estudio, y fue la complicación más frecuente el síndrome de dificultad respiratoria.

Conflictos de intereses: los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Declaración de contribución:

Anabela del Rosario Criollo Criollo realizó búsqueda de información, levantamiento de los datos y trabajó en la redacción del artículo. Yosbanys Roque Herrera y Lexinton Cepeda Astudillo trabajaron en el diseño metodológico y en el procesamiento de los resultados. Carlos Gafas González y Carlos Moya Toneut trabajaron en la redacción del artículo y trabajaron en la discusión de los resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Puentes Rosas Esteban, Gómez Dantés Octavio, Garrido Latorre Francisco. (2004 Feb). Las cesáreas en México: tendencias, niveles

y factores asociados. *Salud pública Méx* [revista en la Internet]. [citado 2010 Set 11]; 46(1): 16-22. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000100003&lng=pt.

2. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. (2007). Maternal and neonatal individuals risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ*;335:1025-35.

3. Declerq E, Barger M, Cabral H, Evans SR, Kotelchuck M, Simon C, et al. (2007). Maternal outcomes associated with planned primary caesarean birth compared with planned vaginal birth. *Obstet Gynecol*;109:669-77.

4. MacDorman MF, Declerq E, Menacker F, Malloy MH. (2006). Infant and neonatal mortality for primary cesarean and vaginal births to women with "not indicated risk". United States 1998- 2001 birth cohorts. *Birth*;33:175-82.

5. Karchmer KS, Fernández-del Castillo C. (2006). *Obstetricia y Medicina Perinatal. Temas Selectos*. México: Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia.

6. Betrán AP, Merialdi M, Lauer JA, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, et al. (2007). Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol*;21:98-113.

7. OPS. Tasas de cesáreas: análisis de los estimados regionales y nacionales. (2007 Abr). *Rev Panam Salud Pública* [serie en Internet]. [citado 2010 Sep 11] ; 21(4): 251-251. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000300008&lng=en. doi: 10.1590/S1020-49892007000300008.

8. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY. (2006). Maternal morbidity associated with multiple cesarean deliveries. *Obstet Gynecol*;107:1226-1232.

9. Shipp TD. (2004). Trial of labor after cesarean: so, what are the risks? *Clin Obstet Gynecol*; 47:365-377.

10. Lemus Rocha R, García Gutiérrez LB, Basavilvazo Rodríguez MA, Cruz Avelar A,

- Peralta Pedro ML, Hernández Valencia M. (2005). Incidencia de herida quirúrgica infectada y profilaxis con cefotaxima en cesárea. *Ginecol Obstet Mex*; 73:537-543.
11. Anaya Prado R, Madrigal Flores S, Reveles Vázquez JA, Ramírez Barba EJ, Frías Terrones G, Godínez Rubí JM. (2008). Morbilidad materna asociada a operación cesárea. *Cir Ciruj*; 76:467-472.
12. Malloy MH, Doshi SD. (2008). Cesarean section and the outcome of very preterm and very low birthweight infants. *Clinics in perinatology*; 35: 421-35.
13. Morales Gómez P, Hernández Martínez JA, García Rojas J, Islas López E. (2009). Cesárea: beneficios y riesgos. *Rev Invest Med Sur Mex*; 8 (4): 181-184.
14. Márquez-Calderón S, Ruiz-Ramos M, Juárez S, Librero López J. (2011). Frecuencia de la cesárea en Andalucía. Relación con factores sociales, clínicos y de los servicios sanitarios (2007-2009). *Rev. Esp. Sal Pub.*; 85(2).
15. Ramírez Tazza LM. (2009). Factores asociados a la pérdida de peso en las primeras 72 horas de vida en recién nacidos a término sanos por parto cesárea, con lactancia materna exclusiva. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; [monografía en la Internet] [citado 2012 Feb 12] Disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2009/ramirez_tl/pdf/ramirez_tl.pdf.
16. Pavón León P, Gogeoascoechea Trejo MC, Ramírez Muro M, Landa Ortiz V. (2002 jul-dic). Frecuencia e indicaciones de la operación cesárea en el Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana. *Rev Méd Univ Veracruz*. [revista en la Internet]. [citado 2012 Feb 08]; 2(2): Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?id_revista=134&id_seccion=&id_ejemplar=&id_articulo=32995&pdfFile=Uvr022-03.pdf.
17. Guerra Verdecia C, Vázquez Márquez A, Virelles Pacheco A. (1998). ¿Se puede disminuir la frecuencia de cesáreas primitivas? *Rev Cubana Obstet Ginecol*; 24(1):45-91.
18. Vázquez Márquez A, Virelles Pacheco A. (1998) Frecuencia de cesáreas primitivas. *Rev Cubana Obstet Ginecol*; 24(1):8-45.
19. Casagrandi Casanova D, Pérez Piñero J, Areces Delgado G, Sanabria Arias A M, Urra Coba R, Benavides Lachaise S, et al. (2007 Sep-Dic). Tendencias de algunos indicadores relacionados con la cesárea. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [revista en la Internet]. [citado 2010 Sep 12]; 33(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2007000300003&script=sci_arttext&tlng=en.
20. León Cid Iraisa, Rodríguez Iglesia Guillermo, Segura Fernández Anadys, Pérez Riveiro Leonor, Atienza Barzaga Alba Marina. (2010 Sep). Complicaciones posoperatorias en la operación cesárea sin sutura del plano peritoneal. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [revista en la Internet]. [citado 2012 Sep 10]; 36(3): 333-343. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000300004&lng=es.
21. Salinas P Hugo, Albornoz V Jaime, Velloz R Patricio, Escobar F Cinthia, Benavente N Ricardo, Martínez M Luis. (2002). Programa de intervención clínica y económica de la operación cesárea en el hospital clínico de la Universidad de Chile. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [revista en la Internet]. [citado 2012 Sep 11]; 67(6): 451-455. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000600004&lng=es. doi: 10.4067/S0717-75262002000600004.
22. Hóger R, Oian P, Nilsen ST, Holm H, Berg AB. (2006). The breakthrough series on cesarean section. *Tidsskr Nor Laegeforen*; 126:173-175.
23. Tampakoudis P, Assimakopoulus E, Grimbizis G, Zafrzas M, Tampakoudis G, Mantalanakis S, et al. (2004). Cesarean section rates and indications in Greece: Data from a 24 year period in a teaching hospital. *Clin Exp Obstet Gynecol*; 31:289-292.
24. Meikle SF, Steiner CA, Zhang J, Lawrence WL. (2005). A national estimate of the elective primary cesarean delivery rate. *Obstet Gynecol*; 105:751-756.

25. Acuña Vázquez ER, Rodríguez Balderrama I. (1999). Comparación de la morbilidad y la mortalidad neonatal en niños nacidos por cesárea vs parto vaginal. *Rev Mex Pediatría* [revista en la Internet]; [citado 2012 Feb 04] 66(2): 40-45. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-1999/sp992b.pdf>.
26. Zighelboim I, Williams Sánchez R. (2007 Dic). ¿Cesárea una panacea?. *Rev Obstet Ginecol Venez* [revista en la Internet]. [citado 2012 Feb 08]; 67(4): Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322007000400001&script=sci_arttext.
27. Padilla Luis Flores, González Pérez Guillermo Julián, Trejo Franco Juana, Vega López Guadalupe, Cabrera Pivaral Carlos Enrique, Campos Armando, Et al. (2008). Factores de riesgo de la operación cesárea. *Ginecol Obstet Mex* [revista en la Internet]. [citado 2012 Feb 08]; 76(7): 392-7. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2008/gom087f.pdf>.
28. Kiran TS, Chui YK, Bethel J, Bhal PS. (2006). Is gestational age an independent variable affecting uterine scar rupture rates? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*;126(1):68-71.
29. Romero A, Lind S, Arce R, Bazán C. (2004). Incidencia y principales indicaciones de cesáreas. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra Medicina*,135: 1-6.
30. Rodríguez Iglesias Guillermo, León Cid Iraisa, Segura Fernández Anadys, Atienza Barzaga Alba Marina. (2011 Dic). Parto vaginal en pacientes con cesárea anterior. *Rev Cub Med Mil* [revista en la Internet]. [citado 2012 Feb 04] ; 40(3-4): 218-226. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572011000300003&lng=es.
31. Caraballo López Selkis, García Romero Yumara, Núñez Álvarez Alfredo. (2001 Ago). Complicaciones infecciosas en la operación cesárea: clasificación previa y uso de antibióticos. *Rev Cubana Med Trop* [revista en la Internet]. [citado 2012 Feb 04]; 53(2): 106-110. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602001000200007&lng=es.
32. Colectivo de autores. (2010) Operación cesárea. Consenso de Obstetricia y Perinatología. La Habana: ECIMED.
33. Guihard P, Blondel B. (2001). Factors associated with cesarean section in France. Results from the 1995 National Perinatal Survey. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*;30:444-543.
34. Carayol M, Blondel B, Zeitlin J, Breart G, Goffinet F. (2007). Changes in rates of caesarean delivery before labour for breech presentation at term in France: 1972-2003. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*;132: 20-26.
35. Ortiz Lee Carlos, de Marcos López Nayra, Pérez Contreras Jesús, Moya Martínez Beatríz, Pérez Piñero Julia. (1998 Ago). Complicaciones del parto vaginal en pelviana versus cesárea. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [revista en la Internet]. [citado 2012 Feb 04] ; 24(2): 69-73. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X1998000200002&lng=es.
36. Alonso I Tarres C, Álvarez Lerma F, Broche Valle F, Caínzos Fernández M, Guirao Garriga X, Olaechea Astigarraga P, et al. (2000). Complicaciones infecciosas en el postoperatorio de cirugía abdominal. Madrid: Ediciones Ergon, S.A.
37. Ortiz Lee Carlos, de Marcos López Nayra, Pérez Contreras Jesús, Moya Martínez Beatríz, Pérez Piñero Julia. (1998 Ago). Complicaciones del parto vaginal en pelviana versus cesárea. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [revista en la Internet]. [citado 2012 Feb 04] ; 24(2): 69-73. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X1998000200002&lng=es.
38. Moreno Vázquez O, Domínguez Dieppa F, Millán Cruz YG, Almanza Mas M. (2006). Alteraciones de sistemas orgánicos. En: *Pediatría tomo I*. La Habana: ECIMED.

Recibido: 19 de noviembre de 2014

Aceptado: 6 de enero de 2015

Reporte de incidentes adversos en un hospital general en el contexto ecuatoriano

Report of adverse incidents in a general hospital in the ecuadorian context

Autores:

Mónica Valdiviezo Maygua

Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador

Quinzo Noboa Nancy

Hospital Provincial General Docente Riobamba, Ecuador

Cielito de Rosario Betancourt Jimbo

Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador

Luz María Lalón Ramos

Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador

María Robalino Rivadeneira

Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador

Elsa Graciela Rivera Herrera

Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador

Autor de correspondencia:

Cielito de Rosario Betancourt Jimbo, email: cbetancourt@unach.edu.ec

RESUMEN

La seguridad de los pacientes resulta de primordial importancia durante su atención. Al respecto, el reporte de incidentes adversos contribuye a la toma oportuna de medidas y al perfeccionamiento de los servicios en las instituciones de salud. Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, transversal; con el propósito determinar la incidencia y prevalencia de eventos adversos en los servicios de hospitalización del hospital general estudiado, durante el período junio de 2014-junio de 2015. La investigación arrojó un reporte total de 136 estos eventos; entre los que prevalecieron los relacionados con resultados para el paciente y con las complicaciones obstétricas, donde la hemorragia posparto y el alumbramiento incompleto fueron los más frecuentes. La mayoría de los reportes involucraron al personal médico, aunque un número importante incluyó al personal de Enfermería, entre los que se observó un equilibrio entre el número de eventos adversos de responsabilidad directa y compartida.

Palabras clave: cuidado de enfermería, atención al paciente, seguridad

ABSTRACT:

Patient safety is of priority importance during patient care. So, the report of adverse incidents

contributes to timely decision making and the improvement of services in health institutions. Based on the above, a quantitative, descriptive, cross-sectional study was conducted in order to determine the incidence and prevalence of adverse events in the hospitalization services of a general hospital, during the period June 2014 - June 2015. The research showed a total of 136 of these ones, rising up the outcomes related to the patient and obstetric complications. Postpartum hemorrhage and incomplete delivery are the most frequent. Most of the reports involved in the medical staff, although a meaningful number involved the nursing staff; so, a balance was observed between the number of adverse events of direct and shared responsibility.

Keywords: nursing care, patient care, health care, safety

INTRODUCCIÓN

La seguridad de los pacientes resulta una preocupación de los profesionales de la Salud y está implícita en el acto de cuidado que otorga protección y bienestar, así como un ambiente libre de riesgos. Florence Nightingale, al institucionalizar la Enfermería como una profesión, identificó elementos imprescindibles para la atención del individuo, entre ellos el

medioambiente hospitalario y los valores profesionales, tales como no causar daño, el esmero y la dedicación al servicio de la humanidad, conceptos importantes para la seguridad del paciente.⁽¹⁾

La calidad de la atención de salud incluye la seguridad de los pacientes, esta es una gran preocupación de las instituciones sanitarias, como lo indica la Organización Mundial de la Salud, e incluye tener en cuenta varios aspectos como el contexto organizacional, las técnicas diagnósticas, la cultura de seguridad y los recursos humanos en salud, por formar parte de un sistema que puede desencadenar incidentes en las personas receptoras de cuidados sanitarios.⁽²⁾

Un evento adverso puede definirse como cualquier accidente o incidente puede causar daño al paciente o con capacidad para ello, ligado a la asistencia en salud; pueden ser originados por el mal estado de infraestructuras, equipos, la defectuosa calidad de los medicamentos o la irregularidad en su suministro, las deficiencias en la eliminación de desechos y en el control de las infecciones, la actuación inadecuada del personal por su escaso número, la falta de motivación o conocimientos insuficientes y por la falta grave de recursos para cubrir los costos de funcionamiento esenciales.⁽³⁾ Estudios realizados en EE UU, Australia, Gran Bretaña, Dinamarca, Nueva Zelanda y Canadá, reportan una incidencia de eventos adversos en pacientes ingresados en hospitales, estimados entre un 4 y un 17 %. Una cuarta parte fueron graves y alrededor del 50 % se supusieron evitables.⁽⁴⁾

Como son considerados un problema de la salud pública, que produce más muertes que los accidentes de tráfico y el cáncer de mama en algunos países, se han creado programas para su reporte y análisis. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2001 identificó una prevalencia de eventos adversos en diferentes países del 3,2 al 16,6 %.⁽⁵⁾

En un hospital general se establecieron normas y políticas basadas en una amplia revisión bibliográfica y se implementó un sistema de vigilancia, análisis y reporte de incidentes enmarcados en las prácticas organizacionales requeridas para favorecer la seguridad del paciente, lo que motivó a

las autoras a desarrollar el presente trabajo con el objetivo de determinar la incidencia y prevalencia de eventos adversos en los servicios de hospitalización de esa institución de salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, de campo, con enfoque cuantitativo, para determinar la incidencia y prevalencia de eventos adversos relacionados con el cuidado en los servicios de hospitalización de un hospital general en el contexto ecuatoriano, mediante la revisión de los informes institucionales. Se trabajó con la totalidad de los eventos adversos notificados en el periodo de junio de 2014 a junio de 2015, cuyo reporte aportó información completa: un total de 136.

La técnica empleada fue la revisión de documentos, a través del formulario de "Reporte de Eventos Adversos", elaborado y validado por el departamento de Gestión de Calidad de la mencionada institución.

Para recolectar los datos se capacitó y asesoró a los profesionales y estudiantes que colaboraron con la investigación en lo referido al manejo del instrumento. El formulario constó de tres secciones: 1) Datos del paciente. 2) Reporte de eventos adversos relacionados con el cuidado y procedimientos de Enfermería. 3) Eventos adversos relacionados con el diagnóstico, procedimientos, intervención quirúrgica e infecciones relacionadas con la atención sanitaria. 4) Cuasi-evento o evento centinela.

Los investigadores cumpliendo con los principios éticos y compromisos establecidos, mantienen el anonimato de la institución de salud en la que se desarrolló el estudio que se reporta.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La revisión de los registros hospitalarios permitió observar que durante el período estudiado se reportaron 136 incidentes adversos con los elementos informativos requeridos. El Centro Obstétrico, perteneciente al Servicio de Ginecología y Obstetricia, documentó estos con mayor frecuencia (74,26 %) (Anexo 1, tabla 1), situación que ha permitido adoptar medidas en pro de la seguridad del paciente en esa área hospitalaria.

Las autoridades sanitarias deben promover constantemente este tipo de práctica, con vista a evitar la posibilidad de existencia de un subregistro, el cual no ayuda a la solución de los problemas de los servicios en lo referido a la seguridad del paciente. Al respecto, se debe insistir en la falta de conocimiento sobre la importancia del reporte y miedo a la culpa o al castigo por el carácter obligatorio y el no anonimato del sistema de reportes.⁽⁶⁾ En una investigación acerca de las barreras y oportunidades legales-éticas de la comunicación y disculpa de errores asistenciales en España, se concluyó que el temor a las demandas judiciales y al resquebrajamiento de la confianza médico-paciente constituyen las principales causas por las que no se comunican estos incidentes adversos.⁽⁷⁾ En el Centro Obstétrico, la hemorragia posparto resultó la más observada en el estudio (43,38 %), seguida del alumbramiento incompleto (24,26 %), ambas catalogadas como complicaciones (anexo 1, tabla 2). Lo anterior resulta coincidente con lo observado en un estudio que analizó 7 años de la queja en gineco-obstetricia por la Comisión Estatal de Arbitraje Médico en Oaxaca, México, en el cual se determinó que el mayor por ciento de reportes estuvo asociado a ese servicio hospitalario.⁽⁸⁾ De acuerdo con la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente,⁽⁹⁾ los tipos de incidentes adversos más frecuentes fueron aquellos relacionados con el resultado para el paciente, con el 80,15 % de los incidentes informados (anexo 1, tabla 3); entre los que se encontraron: la hemorragia post-parto, el alumbramiento incompleto, las reacciones adversas transfusionales, los desgarros, la reacción adversa a medicamentos, el shock hipovolémico, la histerectomía post-parto, las complicaciones post-quirúrgicas, la ruptura uterina y la retención placentaria. Los informes analizados que involucraron al personal médico prevalecieron y por otro lado, las caídas, la reacción adversa a medicamentos y la documentación errónea, resultaron los eventos adversos reportados que estuvieron relacionados con el cuidado de Enfermería. Resultados que son coincidentes con los obtenidos por Jiménez-Chávez y col., en cuanto a

una mayor incidencia de reportes inherentes al actuar médico.⁽¹⁰⁾

Los incidentes adversos relacionados con la atención de Enfermería representaron el 11,76 %, 17 casos del total reportados; el 41,18 % de ellos (anexo 1, tabla 4), correspondieron a las reacciones adversas a las transfusiones, el reporte de infecciones asociadas a la atención sanitaria (neumonía nosocomial) y las reacciones adversas a medicamentos. Al respecto, Baptista González señala que los efectos nocivos agudos de las transfusiones pueden tener causas multifactoriales que dificultan establecer responsabilidades.⁽¹¹⁾

Los datos referentes a incidentes reportados calificados como errores en la actuación, a los cuales se los clasificó como de responsabilidad compartida y de responsabilidad directa de los profesionales de Enfermería, tuvieron resultados muy equilibrados con un 29,42 % y 29,40 %, respectivamente.

CONCLUSIONES

- El estudio reveló una prevalencia de los eventos adversos relacionados con resultados para el paciente y con las complicaciones obstétricas; la hemorragia posparto y el alumbramiento incompleto fueron los más frecuentes.
- La mayoría de los reportes involucraron al personal médico, aunque un número importante tuvo relación con el personal de Enfermería, entre los que se observó un equilibrio entre el número de eventos adversos de responsabilidad directa y compartida.

Conflicto de intereses: las autoras declaran que no existen conflictos de intereses.

Declaración de contribución:

Mónica Valdiviezo Maygua y Cielito de Rosario Betancourt Jimbo dirigieron la investigación y participaron de todo el proceso investigativo, así como en la redacción final del artículo.

María Robalino Rivadeneira y Quinzo Noboa Nancy recogieron y procesaron los datos.

Luz Ma. Lalón y Graciela Rivera trabajaron en la redacción del artículo y en la búsqueda bibliográfica, así como en su sistematización.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zárata-Grajales R, Olvera-Arreola S, Hernández-Cantoral A, Hernández-Corral S ; S. Sánchez-Ángeles S, Valdez-Labastida R, Pérez-López MT, Zapién-Vázquez MA. Factores relacionados con eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidados intensivos. Proyecto multicéntrico. *Enf. Univ.* [Internet]. 2015 [citado 2015 junio 13]; 12(2): 63-72. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741843004>.
2. Ferreira-Umpiérrez A, Fort-Fort Z, Chimelli-Tomás V. Eventos adversos en Salud y cuidados de Enfermería: la seguridad del paciente desde la experiencia del profesional. *Texto & Contexto Enfermagem.* [Internet]. 2015 [citado 2015 junio 13]; 24 (2): 2. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71442215003>.
3. Llanes-Betancourt C. Prevenir eventos adversos, para alcanzar la excelencia en la gestión del cuidado. *Rev. Cubana Enfermer.* [Internet]. 2011 [citado 2015 ene 22]; 27(1): 1-3. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000100001&lng=es.
4. Aranaz JM, Aibar C, Galán A, Limón R, Requena J, Álvarez EE, Gea MT. La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica. *Gac. Sanit.* [Internet]. 2006 [citado 2015 feb 12]; 20(1): 41-47. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/la-asistencia-sanitaria-como-factor/articulo-resumen/S0213911106715655/>.
5. González-de Jesús C, Santos-Guzmán J, Martínez-Ozuna G. Desarrollo de la capacidad de identificar y reportar eventos adversos en estudiantes de pregrado. *Educ Med Super* [Internet]. 2014 Mar [citado 2015 feb 12]; 28(1): 84-91. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412014000100010&lng=es.
6. Ibáñez-León JC, Zárata-Grajales RA, Salcedo-Álvarez RA. Factores relacionados con la seguridad y la calidad de la atención en el paciente hospitalizado. Resultados preliminares. *Rev. CONAMED,* [Internet]. 2015 Mar [citado 2015 abr 12]; 19(4): 157-165. Disponible en: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/37>.
7. Priscila-Giraldo JC, Carmen-Rodrigo MC, María-Sala XC. Análisis de las barreras y oportunidades legales-éticas de la comunicación y disculpa de errores asistenciales en España. *Gac Sanit* [Internet]. 2016 [citado 2016 may 2]; 30(2): 117-120. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/analisis-las-barreras-oportunidades-legales-eticas/articulo/S0213911115002447/>.
8. Noguera-Sánchez MF, Mancera-Resendiz MÁ, Ramírez-García FS, Rabadan-Martínez CE, Calvo-Aguilar O. Análisis de 7 años de la queja en gineco-obstetricia por la Comisión Estatal de Arbitraje Médico en Oaxaca, México. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2015 Dic [citado 2016 Nov 22]; 80(6): 450-455. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000600004&lng=es.
9. Fajardo-Dolci G, Lamy Ph, Rodríguez-Suárez J, Fuentes-Domínguez MA, Lucero- Morales JJ, Hernández-Torres F, Santacruz-Varela J. Sistema de registro electrónico de incidentes, basado en la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud. *Rev CONAMED* [Internet]. 2010 [citado 2015 abr 12]; 15(1): 29-36. Disponible en: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/268/488>.
10. Jiménez-Chávez JP, Rodríguez-Suárez J, Campos-Castolo M, Córdoba-Ávila MÁ, Aguirre-Gas H. Causas de quejas y posibles eventos adversos en adultos mayores. *Rev CONAMED* [Internet]. 2010 [citado 2015 abr 12]; 15(1): 15-21. Disponible en: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/266/484>.
11. Baptista-González H. Efectos nocivos agudos de las transfusiones. Propuestas para el Sistema de Hemovigilancia en México. *Gac Méd de Méx* [Internet]. 2013 Dic [citado 2015 feb 12]; (149): 94-101. Disponible en: <http://www.mediagraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2013/gm131k.pdf>.

Anexo 1. Tablas

Tabla 1. Notificación de incidentes adversos por servicio

SERVICIO	Nº	%
CENTRO OBSTÉTRICO	101	74,26
GINECOLOGÍA	19	13,97
CIRUGÍA	6	4,41
NEONATOLOGÍA	3	2,21
PEDIATRÍA	3	2,21
UNIDAD DE QUEMADOS	2	1,47
EMERGENCIA	1	0,74
CENTRO QUIRÚRGICO	1	0,74
TOTAL	136	100,00

Tabla 2. Tipo de incidentes reportados

INCIDENTE ADVERSO	Nº	%
Hemorragia post-parto	59	43,38
Alumbramiento incompleto	33	24,26
Endometritis	9	6,62
Parto séptico intrahospitalario	5	3,68
Reacciones adversas transfusionales	4	2,94
Desgarro	3	2,21
Infección de herida	3	2,21
Cáidas	2	1,47
Reacción adversa a medicamentos	2	1,47
Documentación errónea	2	1,47
Administración incorrecta de medicamentos	1	0,73
Administración del medicamento incorrecto	1	0,74
Administración del medicamento por la vía incorrecta	1	0,73
Shock hipovolémico	1	0,74
Histerectomía postparto	1	0,73
Transfusión al paciente incorrecto	1	0,74
Bacteriemia asociada a dispositivo	1	0,73
Neumonía nosocomial	1	0,74
Complicaciones post-quirúrgicas	1	0,73
Ruptura uterina	1	0,74
Retención placentaria	1	0,73
Suspensión de la intervención quirúrgica	1	0,74
Quemaduras	1	0,73
Error en el proceso de internación	1	0,74
Total	136	100,00

TIPO DE INCIDENTE	Nº	%
Resultado para el paciente	109	80,15
Infección asociada a la atención sanitaria	11	8,09
Administración clínica	7	5,15
Medicación/líquidos para administración intravenosa	3	2,21
Accidentes de los pacientes	3	2,21
Documentación	2	1,47
Sangre/productos sanguíneos	1	0,73
TOTAL	136	100,00

EVENTOS ADVERSOS	Nº	%
Reacciones adversas transfusionales	4	23,53
Neumonía nosocomial	1	5,88
Reacción adversa a medicamentos	2	11,77
SUBTOTAL	7	41,18
ERROR EN LA ACTUACIÓN DE RESPONSABILIDAD COMPARTIDA		
Caídas	2	11,77
Proceso de admisión o servicio erróneo	1	5,88
Documentación errónea	2	11,77
SUBTOTAL	5	29,42
ERROR EN LA ACTUACIÓN DE RESPONSABILIDAD DIRECTA		
Administración incorrecta de medicamentos	1	5,88
Administración del medicamento incorrecto	1	5,88
Administración del medicamento por la vía incorrecta	1	5,88
Transfusión al paciente incorrecto	1	5,88
Quemaduras	1	5,88
SUBTOTAL	5	29,40
TOTAL	17	100,00

Artículo de presentación de casos

Nefritis Lúpica como forma de presentación de un Lupus Eritematosos Sistémico

Lupus nephritis presenting as a Systemic Erythematosus Lupus

Autores:

Mery Paola Urquiza Aguiar
Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador

Urbano Solís Cartas
Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador

Autor de correspondencia:

Urbano Solís Cartas, email: umsmwork74@gmail.com

RESUMEN

El Lupus Eritematoso Sistémico es una enfermedad autoinmune caracterizada, desde el punto de vista etiopatogénico, por un aumento en la producción de auto anticuerpos, lo cual unido a un proceso inflamatorio sistémico, son los responsables de la aparición de las manifestaciones clínicas, es más frecuente en el sexo femenino y presenta una mayor incidencia entre los 30 y 50 años de edad. Definido por una gran variedad y heterogeneidad clínica, su diagnóstico se dificulta en varias ocasiones. Dentro de las complicaciones más graves se describe la presencia de una nefritis lúpica en pacientes con más de 5 años de evolución. En este reporte se muestra el caso de un paciente masculino de 19 años que debuta con manifestaciones renales, que permiten realizar el diagnóstico de una nefritis lúpica como forma de debut del Lupus Eritematoso Sistémico.

Palabras clave: anticuerpos; Lupus Eritematoso Sistémico; Nefritis Lúpica.

ABSTRACT

Systemic lupus erythematosus is an autoimmune disease characterized from the point of view etiopathogenic by an increase in the production of autoantibodies, which together with a systemic inflammatory process, are responsible for the onset of clinical manifestations, is more common in females and it has a peak incidence between 30 and 50 years old. It presents a variety of clinical heterogeneity and so its diagnosis is difficult on several occasions. Among the most serious complications

the presence of lupus nephritis described in patients with more than 5 years of evolution described. In this report the case of a male patient of 19 years that started with renal manifestations that enable the diagnosis of lupus nephritis debut as a form of Lupus Erythematosus described.

Keywords: antibodies; Systemic Lupus Erythematosus; Lupus Nephritis.

INTRODUCCIÓN

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad inflamatoria, crónica, autoinmune y multisistémica, de etiología desconocida, que ocasiona daño en células y tejidos por depósito de autoanticuerpos, cursando con un amplio espectro de manifestaciones clínicas.^(1,2)

Se describe que afecta fundamentalmente al sexo femenino en una proporción de hasta 9:1 en relación con el masculino. Se estima que hay más de 5 000 000 de personas afectadas por esta enfermedad en todo el mundo. La prevalencia en los Estados Unidos es de 15 a 50 casos por cada 100 000 habitantes y una incidencia de 5 a 10 nuevos casos al año por cada 100 000 habitantes. Se reporta que entre el 15 % y el 17 % de los casos debuta en edades infantiles. En Ecuador, la incidencia del LES se reporta entre el 0,1- 0,3 % de la población.⁽²⁻⁴⁾

Es una entidad de etiología multifactorial, en la que se incluyen factores genéticos, hormonales, inmunológicos y agentes ambientales. Otros factores como las infecciones, la radiación ultravioleta y la exposición a ciertos fármacos, son descritos no solo como agentes desencadenantes de la enfermedad, sino también

como capaces de propiciar la actividad de la enfermedad.^(5,6)

Esta se caracteriza por activación e hiperreactividad de linfocitos B y formación de autoanticuerpos, mediados por la secreción de diversas citoquinas pro inflamatorias producidas por linfocitos T, específicamente los Th2. El proceso inflamatorio mantenido no solo afecta al sistema ostiomioarticular (SOMA), sino que involucra cualquier órgano o sistema de órgano del cuerpo humano, y provoca muerte celular por necrosis o apoptosis; la desregulación del sistema inmune hace que aumente la producción de auto anticuerpos responsables del daño orgánico en la enfermedad.⁽⁶⁻⁸⁾

Presenta además una gran variedad de manifestaciones clínicas que involucran, en mayor o menor medida, todos los órganos y sistemas de órganos del cuerpo humano, destacando sobre todo la aparición de manifestaciones músculo-esqueléticas, dermatológicas, renales, neurológicas, cardiovasculares y respiratorias. Cuenta con criterios diagnósticos bien definidos, los cuales, unidos a las manifestaciones clínicas y a los hallazgos de laboratorios facilitan el diagnóstico de LES.⁽⁹⁻¹⁰⁾

El tratamiento de la enfermedad se basa en el uso de esteroides en dosis variables según el estado del paciente, también se reporta el uso de otros medicamentos con el objetivo de minimizar o tratar la afectación sistémica, entre estos se describe el uso de antimaláricos, inmunosupresores, inmunomoduladores y más recientemente el uso de terapia biológica.^(1,7,11-13)

Su pronóstico y evolución estará condicionado por la aparición o no de las complicaciones que juegan un papel fundamental el estado de salud físico y psicológico del paciente.⁽²⁻⁴⁾

Múltiples son las complicaciones descritas que pueden presentar los pacientes con LES, dentro de ellas se puede mencionar las respiratorias, cardiovasculares, neurológicas, digestivas y renales, y son estas últimas las que comprometen de forma más severa el pronóstico. Se reporta que las complicaciones renales pueden ir desde una leve proteinuria hasta distintos grados de nefritis que predisponen la

aparición de insuficiencia renal aguda y/o crónica, por lo que resulta de suma importancia identificar el estado de salud renal del paciente para tratar precozmente las complicaciones que puedan aparecer en este sistema de órganos, con el fin de mejorar su calidad de vida y disminuir la mortalidad por esta enfermedad.^(4,10,11)

La nefritis lúpica (NL) es la complicación más frecuente del lupus, se caracteriza por la presencia de un proceso inflamatorio que afecta a los riñones. Se presenta sobre todo en el sexo femenino y se describe una incidencia que oscila, según distintos estudios, entre un 28 %-74 % del total de pacientes con LES. Afecta a todas las etnias, pero se ha observado mayor prevalencia en hispanos y negros, los cuales presentan peor pronóstico. Con evolución variada, se reporta que 1 de 10 pacientes desarrolla una nefritis crónica o insuficiencia renal.^(5,10,14)

Es por esto, que teniendo en cuenta que la NF es la complicación más frecuente del LES, que incide de manera significativa en la evolución y el pronóstico final de la enfermedad, y que provoca gran disminución de la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud y ante la no existencia en Ecuador de trabajos que abarquen este tema, se decide presentar el caso de un paciente masculino de 19 años que debuta con una NL como forma de presentación de un LES, con el objetivo de dar a conocer las manifestaciones clínicas que permiten llegar al diagnóstico de la NL.

Presentación del caso

Paciente masculino de 19 años de edad, con antecedentes de hipotiroidismo subclínico diagnosticado desde hace 6 meses sin tratamiento, que acude a consulta de urgencia por presentar artralgias que interesaban rodillas y tobillos de alrededor de 8 días de evolución, acompañadas de febrícula vespertina no mayor de 37,8 °C y edema en miembros inferiores. Refiere además que presentaba dificultades para orinar por disuria y polaquiuria, lesiones de piel diseminadas por todo el organismo, decaimiento marcado y cefalea de moderada intensidad.

El examen físico encuentra como dato significativo la presencia de hipertensión arterial (160/90 mmhg), taquicardia ligera (105 latidos por minuto), fiebre de 38,2 °C. En la piel se observa la presencia de placas costrosas sobre base eritematosa, con costras serohemáticas, lesiones pápulo eritematosas escamosas localizadas sobre todo a nivel facial, cuello, hombros y brazos; también presentaba úlceras orales, de fondo blanquecino y dolorosas a nivel del paladar duro. Se comprueba la presencia de edema frío, blando, de fácil godet, que se extiende hasta tercio medio de ambos miembros inferiores y de dolor a la movilización de ambas rodillas y tobillos, en estos últimos se recoge también la presencia de calor.

Se realizan exámenes de laboratorio donde se informa leucopenia de $3,2 \times 10^9$ con presencia de anticuerpos antinucleares positivos, proteinuria de 1,3 gramos en 24 horas y presencia de leucocitosis, hematuria y cilindros hemáticos en el conteo de Addis de 8 horas. Los estudios anatomopatológicos (biopsia de piel y riñón) reportan la presencia de cambios histopatológicos compatibles con lupus subagudo y una NL membrano proliferativa difusa activa.

Se comienza un tratamiento de forma inmediata con pulsos de Metilprednisolona a dosis de 30 mg/Kg/día durante 5 días que se continúan posteriormente con 60 mg de prednisona por vía oral, unido al comienzo de administración de bolos de Ciclofosfamida a 1 mg/kg según esquema habitual. Además se utilizan otras medidas tópicas para las lesiones de piel y se administra 125 mg diarios de ácido acetil salicílico. El paciente muestra evolución favorable, en estos momentos se encuentra aún en esquema de Ciclofosfamida, se ha ido disminuyendo paulatinamente la dosis de esteroide y se encuentra en seguimiento en la consulta de reumatología con evolución y pronóstico favorables.

DISCUSIÓN

El LES es una enfermedad sistémica que puede cursar con tomas de varios órganos. Se describe como más frecuente en el sexo femenino

y en edades comprendidas entre los 30 y 50 años. En este caso se presenta la enfermedad en un paciente del sexo masculino de 19 años de edad, aunque no coincide con la literatura se ha descrito que un por ciento de casos afectados pueden ser del sexo masculino, e incluso presentarse el debut de la enfermedad en edades tempranas.^(2,3,7,15)

En relación con su diagnóstico, los nuevos criterios plantean que con la determinación positiva de los anticuerpos antinucleares (ANA) y la presencia de nefritis es suficiente.⁽⁹⁾

En este paciente se determinaron de forma positiva los ANA y se presentaron elementos clínicos y de laboratorio que permitieron confirmar la presencia de una nefritis, como son: edema, hipertensión, úlceras orales en paladar duro, proteinuria de 1,3 gr en 24 horas y presencia de hematuria, leucocituria y cilindros hemáticos en el conteo de Addis; con estos elementos se pudo plantear la presencia de afectación renal en el curso del LES. Además, se presentaron otros elementos clínicos, que aunque no forman parte de los criterios diagnósticos, han sido descritos en el curso de la enfermedad, como son la presencia de leucopenia, taquicardia, artralgias y febrícula.^(1,7,16)

Otro elemento importante y a la vez decisivo, fue el resultado del estudio anatomopatológico que informó lesiones dermatológicas compatibles con lupus subagudo y lesión renal compatible con NL membrano proliferativa difusa activa. Con estos elementos se confirma el diagnóstico de nefritis lúpica como forma de debut de un LES.

Estudios internacionales reportan como formas de presentación más conocidas del LES, la presencia de lesiones cutáneas, artritis, artralgias y afectación cardiorrespiratoria. La aparición de complicaciones renales y neurológicas se describen con frecuencia en el transcurso de la enfermedad, pero no es frecuente que sean la manifestación de debut del LES.^(1,7,16)

La NF es una complicación frecuente en el curso de la enfermedad, se plantea que hasta el 70 % de los pacientes con LES llegan

a tener un daño renal (del tipo de nefritis) en algún momento de la evolución de la enfermedad, incluso, otros autores plantean que el 30 % restante presenta cambios anatomopatológicos en el momento de la autopsia pero que nunca llegan a manifestarse clínicamente.^(10,14)

Se describen elementos de sospecha de aparición de la NL como son: la presencia de manifestaciones dermatológicas y de ANA positivo, en el caso que se presenta ambos elementos están incluidos.^(14,17)

La NL puede clasificarse en 6 estadios con distintas subclasificaciones. En este paciente, la biopsia renal informó una NL membrano proloferativa (tipo IV), la cual a su vez es uno de los subtipos más frecuentes que se presentan y su sintomatología corresponde con los síntomas y signos descritos en este paciente. La glomerulonefritis tipo IV activa se describe que puede cursar con presencia de hipertensión, edema, proteinuria y cilindriuria, elementos presentes en este paciente.⁽¹⁷⁻¹⁹⁾

Se han descrito distintos esquemas terapéuticos basados en la combinación de esteroides e inmunosupresores, los cuales se aplican según la sintomatología del paciente, el grado de actividad de la nefritis y la respuesta a los tratamientos previos. Los esteroides pueden utilizarse tanto por vía oral o por vía endovenosa en forma de bolos de metilprednisolona y las dosis oscilan entre 0,25-2 mgr/Kg/día. Los inmunosupresores más utilizados son la ciclofosfamida, la azatioprina, antimetabólicos y el micofenolato mofetil, los cuales pueden utilizarse por separado o en combinación y sus dosis dependen del estado actual del paciente. Si existe pobre respuesta al uso de los mismos o reacciones adversas que limiten su administración, se pueden utilizar entonces los medicamentos biológicos, como es el caso del Rituximab y el Belimumab.^(11-13,17-19)

Se reporta que el 67,3 % de los pacientes con NL evoluciona hacia la cronicidad, de ellos, un 21,9 % evoluciona hacia una insuficiencia renal aguda o crónica, la cual disminuye la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud y compromete aún más el estado

del paciente. La NL es descrita como la principal causa de muerte de los pacientes con LES.^(14,18-20)

CONCLUSIONES

- El LES es una enfermedad que se presenta con mayor frecuencia en mujeres entre 30 y 50 años, pero igualmente puede presentarse en pacientes del sexo masculino. Las glomerulonefritis, a pesar de ser complicaciones que se presentan con relativa frecuencia en el curso del LES, excepcionalmente son la forma de debut de la enfermedad. Los estudios anatomopatológicos son de vital importancia para diagnosticar la NL y conocer el subtipo correspondiente, lo que influirá de forma determinante en el esquema de tratamiento a seguir. El uso de esteroides e inmunosupresores es el esquema terapéutico más utilizado y de existir pobre respuesta al mismo se procede a utilizar los medicamentos biológicos.

Conflictos de intereses: los autores declaran que no existen conflicto de intereses.

Declaración de contribución: Mery Paola Urquiza Aguiar y Urbano Solís Cartas trabajaron en levantamiento de los datos, la revisión bibliográfica y la redacción del artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gil-Armenteros R, Solís-Cartas U, Milera-Rodríguez J, De-Armas-Hernandez A. Mielitis transversa como debut de un lupus eritematoso sistémico. Rev Cubana de Reumatol [revista en Internet]. 2013 [citado 2015 ene 11]; 15(3):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/284>
2. Bordenave L, Torres de Taboada E, Montiel-Jarolín D. Lupus eritematoso sistémico en varones: características clínicas e inmunológicas. Rev. Nac. (Itauguá) [revista en internet]. 2012 [cited 2015 ene 26]; 4(1):21-6. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2072-81742012000100004&lng=en.

3. Palagini L, Mosca M, Tani C, Gemignani A, Mauri M, Bombardieri S. Depression and systemic lupus erythematosus: a systematic review. *Lupus*. 2013;22(5):409-16.
4. Stefanidou S, Benos A, Galanopoulou V, Chatziyannis I, Kanakoudi F, Aslanidis S et al. Clinical expression and morbidity of systemic lupus erythematosus during a post-diagnostic 5-year follow-up: a male:female comparison. *Lupus*. 2011;20(10):1090-4.
5. Richi P, Muñoz S. Lupus eritematoso sistémico. *Revista Médica Fistera*. 2014;43(2):7-12.
6. Castellanos-Gutiérrez M, Solis-Cartas U, Socias-Barrientos Z. Afecciones digestivas asociadas a la fibromialgia. *Rev Cubana de Reumatol* [revista en Internet]. 2014 [citado 2015 ene 28]; 16(1):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/310>
7. Severiche D, Restrepo M, Gonzales L. Ciento quince pacientes con lupus eritematoso sistémico: características clínicas e inmunológicas. *Revista Colombiana de Reumatología*. 2014;21:183-92.
8. Tsokos G. Systemic Lupus Erythematosus. *Revista Médica The New England Journal of Medicine*. 2011;365:2110-21.
9. Petri M, Orbai AM, Alarcon G, Gordon C, Merrill J, Fortin P, et al. Derivation and Validation of the Systemic Lupus International Collaborating Clinics Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis & Rheumatism*. 2012;64(8):2677-86.
10. Singh RG, Rathore SS, Behura SK, Singh NK. Urinary MCP-1 as diagnostic and prognostic marker in patients with lupus nephritis flare. *Lupus*. 2012;21(11):1214-8.
11. Wallace DJ, Navarra S, Petri MA, Gallacher A, Thomas M, Furie R, et al. Safety profile of belimumab: pooled data from placebo-controlled phase 2 and 3 studies in patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2013;22(2):144-54.
12. Ruiz G, Espinosa G, Frutos MA, Jiménez J, Praga M, Pallarés L, et al. Diagnóstico y tratamiento de la nefritis lúpica: Documento de consenso del Grupo de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (GEAS) de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y de la Sociedad Española de Nefrología (S.E.N.). *Nefrología (Madr.)* [revista en la Internet]. [citado 2015 feb 01]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952012000300001&lng=es
13. Anolik JH. B cell biology: implications for treatment of systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2013;22(4):342-9.
14. Silvariño R, Ottati G, Noboa O. Nefropatía lúpica. *Revista Médica de Uruguay*. 2013; 31:64-78.
15. Crosslin KL, Wiginton KL. Sex differences in disease severity among patients with systemic lupus erythematosus. *Gend Med*. 2011;8(6):365-71.
16. Solis-Cartas U, Amador-García D, Crespo-Somoza I, Pérez-Castillo E. Síndrome de Guillain Barré como forma de debut en el lupus eritematoso sistémico. *Revista Cubana de Reumatología* [revista en Internet]. 2015 [citado 2015 may 2]; 17(2)(Suppl. 1):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/422>
17. Rodríguez-Acosta R, Pérez-Mas A, Báez-Medina R, Finalé-Martínez E. Prevalencia de los criterios diagnósticos del lupus eritematoso sistémico en pacientes con nefropatía lúpica. *Revista Archivo Médico de Camagüey* [revista en Internet]. 2015 [citado 2015 may 21]; 6(7):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/3248>
18. Arroyo A, Aroca G, García R. Glomerulonefritis rápidamente progresiva asociada a una nefritis lúpica: Una bomba de tiempo. *Rev Colomb de Nefrología*. 2014;1(1):4-11.
19. Estrada-Vidal J, Pasalodos N, Pila-Pérez R, Ramírez-Rodríguez L, Gallardo-Roca L. Tratamiento de la nefritis lúpica grado IV con bolos de ciclofosfamida. *Revista Archivo Médico de Camagüey* [revista en Internet]. 2015 [citado 2015 may 31]; 8(5):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/3057>

20. Miranda-Hernández D, Cruz-Reyes C, Ángeles U, Jara LJ, Saavedra MA. Predictores de respuesta al tratamiento en pacientes con nefritis lúpica. Reumatología Clínica. 2014;10(3):164-9.

Recibido: 4 de mayo de 2015

Aceptado: 16 de junio de 2015

Artículos de revisión

La Enfermería en cuidados paliativos: modelo de adaptación

Nursing in palliative care: adaptation model

Autores:

Katiuska Figueredo Villa

Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador

Mireya Pérez Rodríguez

Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador

Merlys Torres Pérez

Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas, Cuba

José Antonio Román Apiao

Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas, Cuba

Luis Manuel Febles López

Red River College, Manitoba, Canadá

Mirelys Torres Pérez

Universidad de Las Tunas, Cuba

Autor de correspondencia:

Katiuska Figueredo Villa, email: katyfigueredo@outlook.com

RESUMEN

La enfermera desde los tiempos de Florence Nightingale brinda acciones centradas en el cuidado a la persona enferma. En Enfermería, el modelo de adaptación de Callista Roy tiene como objetivo alcanzar el máximo nivel de bienestar de la persona; así como los cuidados paliativos mejorar la calidad de vida del paciente. El objetivo del presente artículo es describir la relación entre las acciones de Enfermería y los cuidados paliativos mediante el modelo de adaptación de Roy. La bibliografía consultada apunta que la aplicación del modelo de adaptación pueda optimizar las acciones de cuidados que realiza la enfermera en el equipo de cuidados paliativos, sustentado en la pertinencia de esta integración. Como resultado, la actuación de la enfermera se erige como eje de la continuidad y calidad del cuidado, con el consiguiente perfeccionamiento de la teoría, la práctica y el quehacer de la Enfermería.

Palabras clave: Enfermería, modelo de adaptación, cuidados paliativos.

ABSTRACT

Nurses from the times of Florence Nightingale offer actions centered in cares to the sick people. In nursing, Chiropodist Roy's adaptation model has as its objective to reach the maximum level of the person's well-being; as well as the palliative cares to improve the patient's life quality. The overall aim of the

present paper is to describe the relationship between the nursing actions and the palliative cares by means of Roy's adaptation of Roy. The consulted bibliography states that the application of the adaptation model can optimize the actions of cares that the nurse carries out in the team of palliative cares, sustained in the relevancy of this integration. As a result, the nurse's performance becomes the axis of the continuity and quality of the care, with the increasing improvement of the theory, the practice and the nurse's job.

Keywords: Nursery, adaptation model, palliative cares.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad en fase avanzada evoca sentimientos de pesar e intenso miedo; el paciente enfrenta situaciones que amenazan su integridad física y psicosocial. Al mismo tiempo, se incrementa la posibilidad de recurrencia de la enfermedad, de nuevos tratamientos o de la muerte. Estos pacientes no pueden satisfacer totalmente sus necesidades de forma autónoma, no solo fisiológicas, sino también de tipo psicológico, social y espiritual, lo que produce afectaciones en su calidad de vida. Los síntomas, las preocupaciones y las disfunciones que se producen, derivadas de la enfermedad, de los tratamientos impuestos, así como del significado y connotación que para ellos tiene la lesión y la cirugía en la autoimagen y la sexualidad, han potencializado la necesidad

de intervención de un equipo de salud interdisciplinario para preservar su calidad de vida.

En el equipo de salud la enfermera desempeña un papel importante a nivel organizativo y científico-técnico, al disponer de modelos teóricos y taxonomías propias de esta disciplina que resultan útiles para la planeación y diseño de las intervenciones en la comunidad. El modelo de adaptación de Callista Roy, inicialmente desarrollado en la década de los años '60 del siglo pasado, considera como elementos esenciales en el cuidado, la persona, el ambiente, la salud y la meta de la Enfermería.⁽¹⁾

Como modelo de Enfermería tiene premisas filosóficas y científicas que relacionan a la persona con el mundo en el cual interactúa.⁽²⁾ Para una definición de Enfermería de acuerdo con el modelo de adaptación de Roy, Frederickson⁽³⁾ especificó que es la ciencia y la práctica que aumenta las habilidades adaptativas y procura transformaciones en las personas y en el medio ambiente, como resultado se obtiene que la adaptación conduzca a la salud o al mejor afrontamiento de la enfermedad y sus consecuencias.

El modelo de adaptación de Roy se basa en la concepción del ser humano como individuo biopsicosocial en constante interacción con su entorno cambiante y del que recibe estímulos que se deben adaptar para conservar la salud. El paciente satisface las necesidades afectadas mediante cuatro modos adaptativos que están asociados con lo fisiológico, el auto-concepto, las funciones del rol y la interdependencia.⁽⁴⁾

Los modos adaptativos se relacionan con diferentes dimensiones de la calidad de vida de la persona. Las intervenciones que puedan hacerse para favorecer la adaptación se vinculan con la Clasificación de Intervenciones de Enfermería, que por su amplitud y flexibilidad, se convierte en una guía para diseñar intervenciones interdisciplinarias de cuidados paliativos.⁽⁵⁾ Esta clasificación se define como el tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que realizan las enfermeras para mejorar los resultados esperados del paciente.⁽⁶⁾

El cuidado paliativo es un modelo asistencial que fomenta el cuidado total activo (físico, social, psicológico y espiritual) proporcionado por un equipo interdisciplinario a pacientes y sus familiares, cuando la enfermedad ya no responde a tratamientos curativos y están dirigidos a preservar o mejorar la calidad de vida de los enfermos en fase avanzada y la de su familia. Estos cuidados han experimentado un desarrollo significativo en los últimos años⁽⁷⁾ y han incorporado una concepción multiprofesional e interdisciplinaria en el cuidado de las personas con diagnóstico de enfermedad avanzada y progresiva. Todos los miembros del equipo profesional tienen la misión de cuidar a estos pacientes y a sus familiares.⁽⁸⁾

En el caso de los pacientes con cáncer en fase avanzada, las secuelas y discapacidades, los variados e intensos síntomas, los tratamientos, la amenaza a la integridad y la propia vida, así como el impacto psicológico y social que esta enfermedad produce, hacen que tengan que transitar por un proceso de adaptación a la enfermedad, a los tratamientos y al pronóstico incierto, que les impone modificar sus necesidades, intereses, metas, expectativas, sueños y esperanzas, sin que muchas veces tengan los recursos personales para lograrlo eficazmente.

El proceso de adaptación incluye componentes cognitivos, emocionales y comportamentales; con equilibrio entre esperanzas y desesperanzas, emergiendo la necesidad de reestructurar metas vitales, así como la necesidad de organizar el contexto de la persona. El análisis de la definición de adaptación permite comprender que las intervenciones de cuidados paliativos deberán integrarse sistémicamente si se quiere alcanzar la difícil meta de mejorar la calidad de vida, ya que estos procesos se complementan con cierta interdependencia.

La tarea de cuidar tiene dos objetivos: apoyar a las personas para hacer frente a los problemas que les impiden satisfacer sus necesidades básicas, con el fin de que puedan llevar la vida con aceptable satisfacción y ayudar a obtener el mayor grado de bienestar posible a

pesar de los síntomas y el progreso de la enfermedad;⁽⁹⁾ ambos objetivos se corresponden con las funciones básicas que desarrollan los profesionales en estos equipos. Lograr estos propósitos no solo depende de una amplia formación general de los profesionales que atienden estos enfermos, sino también de una formación específica en cuidados paliativos.

El artículo que se presenta plantea como objetivo describir la relación entre las acciones de Enfermería y los cuidados paliativos mediante el modelo de adaptación de Callista Roy.

DESARROLLO

Desde hace varios años diferentes asociaciones y expertos de Enfermería dirigen sus esfuerzos a la producción y consolidación de nuevos conocimientos que permitan ampliar y fortalecer la actuación y autonomía de las enfermeras. Además de mejorar la calidad del cuidado que se brinda a las personas sanas o enfermas y a grupos de la comunidad; así como al incremento del reconocimiento de la Enfermería como Ciencia, con el consecuente desarrollo del profesionalismo que esto implica. La investigación que tributa a las Ciencias de la Enfermería necesita ser sustentada a partir de modelos y teorías específicas para esta disciplina y contextualizada según el objetivo, el diseño del estudio y su objeto, de forma que contribuya al perfeccionamiento de la práctica asistencial de las enfermeras y a la búsqueda de un nuevo conocimiento propio de esta disciplina.

Los modelos y teorías que sustentan la actuación y el profesionalismo en la Enfermería buscan, en primer lugar, incrementar la calidad del cuidado y con ello, el bienestar y la satisfacción de pacientes y familiares. Estos objetivos cobran más fuerza cuando se trata de enfermos en fases avanzadas que reciben cuidados paliativos.

En estos cada disciplina contribuye desde un perfil específico y desde la experiencia clínica. El trabajo en equipo y un buen nivel de comunicación han devenido, realmente, en que la enfermera se convierta no solo en un profesional

ejecutor y coordinador del cuidado continuado, sino también en el “puente” que armoniza la actuación del equipo.⁽¹⁰⁾ En consecuencia, para brindar cuidados paliativos con calidad, los profesionales integrados en el equipo deben tener una visión clara de las posiciones o principios de este enfoque que orientan su práctica profesional. El médico del equipo centrará su atención en el método clínico y en los procedimientos biomédicos, especialmente farmacológicos, para el control de síntomas. Los psicólogos se centrarán más en los aspectos psicosociales del cuidado al paciente y la familia y en la formación de estos aspectos en otros profesionales del equipo y las enfermeras prestarán atención a las coordinaciones, al Proceso de Atención de Enfermería, de tal manera que en equipo se diseñe el plan integral de tratamiento y cuidado, partiendo de los modelos y teorías de cada disciplina.

La importancia radica en que cada profesional del equipo disponga y aplique las herramientas necesarias para brindar una mejor atención integral y que interactúe con los demás profesionales del equipo en numerosas tareas interdependientes o dependientes, y no solo propias, específicas e independientes de cada profesional. En realidad todos los miembros del equipo trabajan con un fin común, que es mejorar la calidad de vida del paciente y su familia. Sin embargo, conseguir esta meta se convierte en un reto, ya que la calidad de vida está influida por el equilibrio entre las expectativas, esperanzas, sueños y las realidades conseguidas.

En el caso específico de pacientes con cáncer avanzado, para que puedan vivir con calidad hasta el final de su vida, deberán adaptarse a su nueva realidad. Si partimos de que “vivir” es *adaptarse*, entonces, “vivir bien” es *adaptarse bien*; en ese contexto cobra fuerza la Teoría de la Adaptación como concepto clave para mejorar la calidad de vida.⁽¹¹⁾

La enfermedad crónica puede producir una crisis de variada duración pero casi siempre es larga, por lo tanto, conduce generalmente a cambios más o menos permanentes en los

pacientes y sus familiares. Coincidimos con Moos⁽¹²⁾ cuando plantea que la potencia de la crisis proviene de la interrupción repentina de las funciones habituales y de la amenaza omnipresente a la vida y a la adaptación de la persona, especialmente a sus pérdidas. De forma general, el enfermo crónico tiene que afrontar períodos de hospitalización y separación prolongada de su familia y amigos, dolor e impotencia, cambios permanentes en su aspecto o en su función corporal, pérdidas de papeles claves, un futuro inseguro e imprevisible y una posibilidad real de muerte en un tiempo corto, situaciones que están presentes con mucha fuerza ante el diagnóstico.

Los pacientes con cáncer en fase avanzada frecuentemente presentan problemas para adaptarse a la enfermedad y a sus consecuencias, ya que las características específicas de la misma hacen difícil elegir las estrategias apropiadas de afrontamiento para asimilar y acostumbrarse a los cambios repentinos en su vida. El carácter estresante de la enfermedad depende de la duración, forma de aparición, intensidad, gravedad y etapa. De ahí que la adaptación a la enfermedad crónica exija una reorganización y aceptación de sí mismos, además de la instalación de un propósito de vida que trascienda las limitaciones impuestas por los tratamientos.

El proceso de adaptación incluye componentes cognitivos, emocionales y comportamentales y subraya la importancia del equilibrio entre esperanza y desesperanza. Se afirma además la necesidad de reestructurar metas vitales y de organizar el contexto de la persona. Esta definición permite tener en cuenta factores tales como:⁽¹³⁾

- a) Presencia/ausencia de habilidades de ejecución de la vida cotidiana (comer, vestirse, lavarse, desplazarse, otros).
- b) Dependencia/independencia funcional.
- c) Ajuste emocional.
- d) Ajuste cognitivo.
- e) Ajuste social (mantenimiento de la interacción social, interés por actividades de ocio y distracción).

f) Ajuste familiar.

g) Ajuste laboral.

h) Ajuste ante los síntomas físicos, entre otros.

Se considera que en cualquier caso el proceso de adaptación, además de estar determinado por factores condicionantes a situaciones estresantes en general, precisa de los factores relacionados con la enfermedad misma: su naturaleza, significado, contexto, respuestas y eficacia adaptativa.

Conjuntamente con los factores anteriores, será indispensable indagar acerca de la capacidad que la persona tenga para superar las situaciones adversas y de riesgo. Se han identificado tres grupos de factores protectores ante los riesgos: las características interpersonales de la familia y el apoyo social, las relaciones interpersonales dentro de la familia y la competencia personal, que implica el uso de recursos personales y de resolución de problemas.

El análisis de los conceptos de adaptación y calidad de vida permiten comprender que las intervenciones de cuidados paliativos deberán integrarse sistémicamente, cuando se quiere alcanzar la difícil meta de mejorar la calidad de vida, ya que estos procesos se complementan con cierta interdependencia. Para ello, es necesario que los profesionales que integran este equipo logren identificar las afectaciones a la calidad de vida y los factores que interfieren en el proceso de adaptación o lo propician. Por ende, se impone la necesidad de que estos partan de un modelo conceptual que permita articular intervenciones multimodales de cuidados paliativos, sin desconsiderar las afectaciones presentes en la calidad de vida. Los profesionales del equipo de cuidados paliativos y, en especial, la enfermera, deben dirigir su atención no solo hacia la paliación de los síntomas presentes, sino también hacia las situaciones emanadas del proceso de adaptación de los pacientes.⁽¹⁴⁾

Callista Roy desde los años '60 definió su Modelo de Adaptación (figura 1), que hasta la fecha ha sido puesto a prueba empíricamente

por diversos autores,⁽¹⁵⁾ dejando manifiesta su aplicación pues no solo facilita un Proceso de Atención de Enfermería (PAE) claro y con etapas bien definidas; sino que además permite controlar los efectos de la adaptación en cuatro modos adaptativos que recogen las

principales dimensiones fisiológicas y psicosociales relacionadas con la calidad de vida de los pacientes.⁽¹⁶⁾ Se coincide con otros autores que plantean que el modelo de adaptación de Roy está considerado entre los enfoques teóricos más connotados en Enfermería.

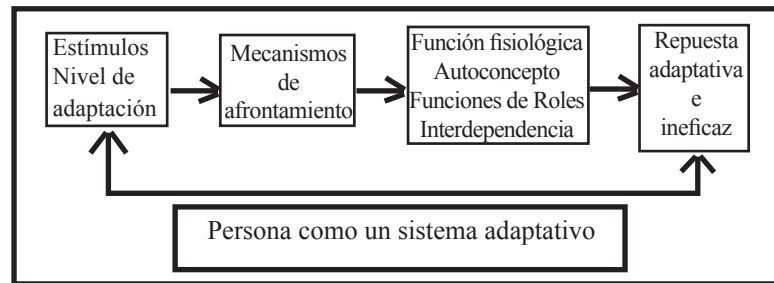


Figura 1. Modelo de la adaptación "Callista Roy"

Según Roy, la Enfermería se define como un sistema teórico de conocimientos que ordena el proceso de análisis y acción relacionado con las personas enfermas o que pueden estarlo. Asimismo, las actividades de la enfermera comprenden la valoración de la conducta y de los estímulos que influyen en la adaptación, planificándose las intervenciones de manera que respondan a estos estímulos. En consecuencia, el objetivo es ayudar a las personas en sus esfuerzos de adaptación a los cambios del entorno para que alcancen un nivel óptimo de bienestar y la meta es la promoción de la adaptación del sistema humano, esta teoría se fundamenta en el concepto de integridad de la persona.⁽¹⁷⁾

La teoría de Roy considera que las personas encuentran en su entorno diferentes estímulos que desencadenan el proceso de adaptación, dando lugar a una respuesta eficaz o ineficaz.

Se reconocen dos subsistemas interrelacionados:

- El principal, funcional o de procesos de control, consta del *regulador* (modo adaptativo fisiológico que responde automáticamente mediante procesos de afrontamiento neurológico, químico y endocrino) y el *cognator* (que se apoya en los otros tres modos adaptativos para responder a través de canales cognitivo-emocionales: proceso de la información perceptiva, aprendizaje, criterio y emoción), ambos relacionados con los mecanismos de afrontamiento.

- El secundario o efector, formado por los cuatro modos adaptativos: de necesidades fisiológicas, del auto-concepto, del desempeño de roles y de la interdependencia.⁽¹⁸⁾

Por otro lado, los estímulos se clasifican en focales, contextuales y residuales. Para el caso específico de pacientes con cáncer en fase avanzada, la revisión de la literatura especializada permitió identificar como estímulos que favorecen el proceso de adaptación: la presencia de apoyo social, el conocimiento de la familia y el paciente acerca de la enfermedad, sus manifestaciones y las razones del tratamiento, ya que este proceso ayuda a las personas a comprender los cambios que deben realizar en su estilo de vida, para afrontar la situación y adaptarse a ella. El estrés percibido, los estados emocionales negativos, los afrontamientos no adaptativos ante la adversidad, entre otros, han sido considerados como estímulos contextuales que afectan el proceso de adaptación.

En general, las respuestas a los estímulos ocurren a través de los cuatro modos adaptativos del segundo subsistema en el modelo de Roy, la finalidad de cada uno de ellos es alcanzar la integridad fisiológica, psicológica y social. De esta forma, la persona en su conjunto está formada por seis subsistemas: regulador, cognator y los cuatro modos adaptativos, interrelacionados para formar un sistema complejo, global y regido por la necesidad de adaptación. Los modos adaptativos se relacionan cuando los estímulos internos y externos afectan a más de uno, cuando se produce una conducta desintegradora en más de un modo o cuando alguno de estos se convierte en estímulo focal, contextual o residual de otro. Los resultados de los estudios mencionados muestran la influencia de los estímulos en los

procesos de afrontamiento regulador y cognitivo, cuyas respuestas se reflejan en los cuatro modos adaptativos, descritos a continuación:

Modo fisiológico de adaptación: está relacionado con los procesos físicos, químicos y fisiológicos que participan en la función y en las actividades de los organismos vivos. La necesidad básica del modo fisiológico es la integridad fisiológica, que identifica necesidades relacionadas con la oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y reposo y protección de síntomas. Este modo de adaptación es la manera mediante la cual el sistema de adaptación humano manifiesta su adaptación en relación con las fuentes básicas operativas, los participantes, la capacidad física y las fuentes económicas. La necesidad básica de este modo de adaptación es la integridad operativa.

Modo de adaptación del auto-concepto: se centra, en particular, en los aspectos psicológicos y espirituales de la persona. La necesidad básica, en la que subyace el modo de adaptación es la autoestima del individuo, que se ha identificado como la integridad física y espiritual, o como la necesidad de saber quién es uno mismo para poder existir bajo un sentido de unidad, significado y finalidad en el universo. Sus componentes son:

1) El yo físico, que engloba las sensaciones y el aspecto del cuerpo, incluyendo los aspectos de imagen corporal y apariencia física.

2) El yo de la persona, formado por la constancia, los valores o expectativas, y la moral, la ética y la espiritualidad del ser. Este modo adaptativo está relacionado con el auto-concepto de la identidad y refleja cómo se ve y percibe la gente dentro de un grupo, basándose en reacciones ante el entorno; se vincula con las relaciones interpersonales, la imagen que tiene la persona de su grupo de pertenencia, el entorno social y la cultura. La necesidad básica asociada a este modo es la integridad de la identidad.

Modo de adaptación de funciones de rol: es uno de los dos modos de adaptación social, y se centra en el papel que tiene la persona en la sociedad. El rol, interpretado como la unidad de funcionamiento de la sociedad, se describe como el conjunto de expectativas que se tienen del comportamiento de una persona que ocupa una posición hacia una distinta que ocupa otra posición. La necesidad básica en la que subyace el modo de adaptación de la función del rol se ha identificado como integridad social: a saber, la necesidad que se tiene de saber quién es uno mismo con respecto a los demás, para así saber cómo actuar.

Modo de adaptación de la interdependencia: se centra en las relaciones cercanas de las personas (ya sea como individuos o como parte de un colectivo) y en su finalidad, estructura y desarrollo. Las relaciones dependientes entre sí afectan al deseo y a la capacidad de dar a los demás y de recibir de ellos aspectos de todo lo que se puede ofrecer: amor, respeto, valores, educación, conocimientos, habilidad, responsabilidades, bienes materiales, tiempo e integridad espiritual.

La adaptación busca mantener la integridad y la dignidad; contribuye a promover, mejorar la salud, la calidad de vida, y a morir con dignidad. La teoría de sistemas se ve reflejada en el concepto de Roy de "persona", como un sistema adaptativo en continua interacción con un medio ambiente cambiante.⁽¹⁹⁾ La persona está constituida por partes que actúan como una unidad con algún propósito. Así, el nivel de adaptación es un punto cambiante que refleja su habilidad para responder positivamente a los cambios del ambiente. Este incluye las capacidades, esperanzas, sueños, aspiraciones y motivaciones que la llevan hacia el perfeccionamiento adaptativo.

Considerando las definiciones anteriores y la importancia que Roy brinda a estos modos de adaptación, se ha planteado que las intervenciones de enfermería pueden ser enmarcadas a través del Proceso de Enfermería, que otorga una plataforma para la aplicación de acciones

según los diferentes modelos explicativos que fundamentan las Ciencias de la Enfermería, como es el caso del Modelo de Adaptación de Roy. Este pone de relieve las características de la disciplina, guiando la práctica y la formación, así como se toma en consideración los objetivos, las intervenciones del profesional y al paciente.

Las acciones de enfermería se centran precisamente en el cuidado. Entender su naturaleza exige situarlos dentro del contexto del proceso de vida y de muerte. Según algunos autores, cuidar es, ante todo, un “acto de vida” en el sentido de que representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener, conservar la vida, permitir la continuidad y la reproducción.⁽²⁰⁾ Además, es un acto individual de reciprocidad, es construir una relación de ayuda, requiere identificar y atender necesidades vitales, cuando no puede desarrollarse plenamente el auto-cuidado: beber, comer, eliminar, moverse, desplazarse, controlar las emociones, mantener relaciones sociales y entretenerse. Cuidar implica la capacidad para llevar a la práctica los conocimientos, las habilidades y las actitudes propias de la profesión al servicio de los problemas de salud de la población.

En 1882, Florence Nightingale^(21,22) escribió un aforismo para todos los tiempos: “La observación indica cómo está el paciente; la reflexión indica qué hay que hacer; la destreza práctica indica cómo hay que hacerlo...”. “La formación y la experiencia son necesarias para saber cómo observar y qué observar; cómo pensar y qué pensar”. La calidad ha sido un tema central desde los tiempos de Nightingale, quien demostró muchas de sus experiencias durante la guerra de Crimea y realizó notables aportes para mejorar las condiciones y la calidad del cuidado en los hospitales de guerra. Donaldson⁽²³⁾ afirmó que el cuidado es el grado en el cual los servicios de salud incrementan la probabilidad del bienestar deseado en los individuos y que son consecuentes con el conocimiento profesional actual. Esta definición ilustra que el cuidado debe tener un

beneficio para el paciente, reflejar su satisfacción y bienestar.

Con frecuencia, la calidad se iguala con la excelencia, la superioridad y la efectividad, en el logro de los resultados o estándares predeterminados. Esta idea de excelencia se relaciona con el estudio de Jackson-Frankl’s;⁽²⁴⁾ en este las enfermeras describieron la calidad de enfermería como “lo mejor que puedes hacer”, determinaban la calidad como el escenario y el logro de los objetivos orientados hacia el paciente.

Con una comprensión básica de lo que constituye la calidad del cuidado en la salud, se puede abordar el tema dentro del contexto del cuidado a pacientes con enfermedades avanzadas. Singer y Teno han identificado cinco áreas de buena calidad del cuidado al final de la vida:^(25,26)

- a) Recibir un adecuado manejo del dolor y otros síntomas.
- b) Evitar la prolongación de la muerte.
- c) Lograr un sentido de control.
- d) Aliviar la carga emocional.
- e) Fortalecer las relaciones con los seres queridos.

Las autoras consideran que para conquistar un cuidado de calidad al final de la vida es importante brindar un cuidado altamente individualizado, que reconozca los valores y las preferencias de los pacientes y su familia. Esto se alcanza mediante un proceso de toma de decisiones compartidas, una comunicación clara y la aplicación de los métodos y teorías científicas de cada disciplina.

Se hace necesario tener en cuenta que cuidar no es únicamente una labor destinada a ayudar a las personas que padecen una enfermedad, sino a las que no son capaces de satisfacer sus propias necesidades. Los profesionales de la Enfermería centran su atención en las personas y en la ayuda para poder adaptarse a la enfermedad y así puedan vivir lo mejor posible y afrontar de manera exitosa las diversas situaciones de la vida y los problemas de salud, por lo tanto, cuidar es acompañar a la persona en sus experiencias de vida.

Las posibilidades reales de aplicación y aportes del modelo de Roy a la práctica clínica han quedado evidenciadas en varias investigaciones extranjeras, ejemplo: en pacientes con diabetes mellitus, mujeres mastectomizadas en tratamiento con quimioterapia, ancianos hipertensos, adolescentes post trasplante renal, en mujeres con cáncer de mama avanzado, entre otros.^(27,28)

La aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy le da sentido a la práctica de Enfermería y constituye un aporte de la Ciencia de la Enfermería al modelo asistencial de los cuidados paliativos.

CONCLUSIONES

- El modelo de adaptación de Callista Roy relacionado con la intervención de los cuidados paliativos, posibilita integrar los cambios en la calidad de vida a los procesos de adaptación, proporciona el trabajo en equipo y consolida el papel de la enfermera, quien a su vez puede diseñar planes de cuidados sustentados por modelos teóricos propios de la disciplina.
- La aplicación del modelo de adaptación de Roy en pacientes con cáncer en fase avanzada permite disponer de un soporte teórico y práctico para las intervenciones de cuidados paliativos, lo que posibilitará comprobar su efectividad y utilidad como marco referencial para el equipo y especialmente para la enfermera que brinda los cuidados a estos pacientes.

Conflictos de intereses: los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Declaración de contribución:

Katiuska Figueredo Villa y Mireya Pérez Rodríguez realizaron la redacción del artículo y el diseño metodológico de la investigación.

Merlys Torres Pérez y José Antonio Román Apiao recopilaron los datos y participaron en su procesamiento.

María Elena Meneses Acosta y Mirelys Torres Pérez recogieron información de fuentes bibliográficas y confeccionaron la fundamentación teórica de la investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Roy C. *The Roy Adaptation Model*. 3 ed. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Education; 2009.
2. Pereira de Melo R, De Oliveira MV, Araujo E. Aplicación del modelo de adaptación de Roy a un cliente pediátrico en el ambiente hospitalario. *Cultura de los Cuidados*, 1er. Cuatrimestre 2011; XV (29): 75-77.
3. Frederickson K. Callista Roy's Adaptation Model. *Nursing Science Quarterly* 2011. 24(4): 301-303.
4. Roy C. Research Based on the Roy Adaptation Model: Last 25 Years. *Nursing Science Quarterly*. 2011; 24(4) 312-320.
5. Expósito MY. Intervención de cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida de cuidadores primarios de mujeres con cáncer de mama avanzado. Tesis doctoral. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2012.
6. MacCloskey JC, Bulechek GM. *Defining and Classifying*. Nursing Interventions National Institute of Nursing Research, USA; 2011. p. 1-7.
7. Figueredo K. Cuidados paliativos: evolución y desarrollo en Cuba. *Revista Enfermería Global*. 2011; 2(21): 37-42.
8. Ando M, Morita T, Akechi T, Okamoto T. Efficacy of short-term life-review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. Faculty of Nursing, St. Mary's College, Kurume City, Fukuoka, Japan. 2010; 39(6): 993-1002.
9. Durán I, Muñoz M, Dávila S, Limón C, Osa V, Campo T. Cuidar en casa: la enfermera gestora de casos de pacientes paliativos hematólogicos en el domicilio. *Biblioteca Lascasas*. 2009; 5(2).
10. Chacón M, Velázquez M. La enfermera y los cuidados paliativos. En Arechiga G (Ed) *Dolor y Paliación, recursos en la Medicina Actual*. Guadalajara: Cuellas, 2013: 122-138.
11. Fawcett J. Using the Roy Adaptation Model to Guide Research and/or Practice: Construction of Conceptual-Theoretical-Empirical Systems of Knowledge Aquichan, Universidad de La Sabana. Colombia. 2009; 9 (3): 297-306.

12. Moss R H. Coping with acute health crises. En: T Millon, C. Green y R. Meagher (Eds), Handbook of clinical health psychology. New York: Plenum. 2012, p. 183-89.
13. Rodríguez Marín J. Psicología Social de la Salud. Madrid: Síntesis, 2012.
14. Riffo Luengo, S. Salazar Molina, A. Aplicación del proceso de enfermería según el modelo de Roy en pacientes con diabetes mellitus. *Enfermería Global* 2014; 14: 5.
15. Roy C. The Roy Adaptation Model. 3 ed. New Jersey: Pearson; 2009.
16. Roy SC, Andrews HA. The nursing process according to the Roy adaptation model. In: Roy SC, Andrews HA. The Roy adaptation model. 2nd ed. Stamford: Appleton & Lange; 1999. p. 63-9.
17. Roy C. The Roy adaptation model. Professional nursing I: NU070 [Lecture Notes]. Boston: Boston College. 2011.
18. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2010.
19. Gonzalez Y M. Efficacy of two interventions based on the theory of coping and adaptation processing. Paper presented at the 8th Annual Roy Adaptation Association Conference, Los Angeles, CA. (2007, June).
20. Gómez P. La Enfermería en los Cuidados Paliativos. En: López Imedio E, editor. *Enfermería en Cuidados Paliativos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1998.
21. Pfetscher S, de Graaf K, Marriner T, Mossman C, Slebodnik M. Florence Nightingale: la enfermería moderna. En: Marriner-Tomey A, Railer Alligood M, editores. *Modelos y teorías en enfermería*. Madrid: Elsevier, 2007, 6ª. ed., cap. 7: 69-85.
22. Nightingale F. Notas sobre Enfermería. Qué es y que no es. Barcelona: Masson, 2013.
23. Donaldson MS. The importance of measuring quality of care at the end of life. *The Hospice Journal*. 2012; 13: 117-38.
24. Jackson-Frankl KA. The language and meaning of quality. *Nurs Adm Q*. 2010; 14: 52-65.
25. Singer PA, Martin DK, Kelner M. Quality end-of-life care: patient's perspectives. *JAMA*. 1999; 281: 163-8.
26. Teno JM, Casey VA, Wewlich LC, Edgman-Levitan S. Patient-focused, family-centered end-of-life medical care. *J Pain Symptom Manage*. 2012; 22: 738-51.
27. Brandão de Carvalho Lira L, Cavalcante Guedes MV, Lopes Marcos Venícios Oliveira. Adaptação psicossocial do adolescente pós-trasplante renal segundo a teoria de Roy. *Investigación y Educación en Enfermería* 2005; 23(1): 68-77.
28. Figueredo K. Intervención de cuidados paliativos domiciliarios para mejorar la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama avanzado. Tesis defendida en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Enfermería. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. 2013.

Recibido: 8 de enero de 2015

Aceptado: 13 de febrero de 2015

Visión de dos teorías de Enfermería de rango medio en la adherencia al tratamiento antirretroviral

Vision of two theories of half range nursing in the adherence to anti-retroviral treatment

Autores:

Bárbara Díaz Hernández,
Filial de Ciencias Médicas "Lidia Doce", Villa Clara, Cuba

Carlos Gafas González,
Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador

Yosbanys Roque Herrera,
Universidad Nacional de Chimborazo

Autor de correspondencia:
Yosbanys Roque Herrera, email: yroque@unach.edu.ec

RESUMEN

El virus del VIH es el causante de una enfermedad crónica transmisible, al producir un debilitamiento del sistema inmunitario del huésped. El advenimiento de la terapia antirretroviral abrió nuevas perspectivas en el manejo de esta infección. Lamentablemente, estudios demuestran que entre las personas bajo esta terapia existe una tendencia de abandonarla o cambiarla; las reacciones adversas constituyen la primera causa de esta situación. En este sentido, se hace necesario fortalecer las acciones de promoción de salud desde el nivel primario de atención, donde el profesional de enfermería juega un papel fundamental en el equipo básico de trabajo. Todo lo anterior motivó a los autores a realizar una revisión bibliográfica con el objetivo de analizar la Teoría del Modelo de Promoción de Salud de Nola Pender y la Teoría de los Síntomas Desagradables de Elizabeth Lenz, como referentes para la atención de los pacientes portadores de VIH, sometidos a terapia antirretroviral.

Palabras clave: VIH, teorías de rango medio, terapia antirretroviral.

ABSTRACT

The HIV virus is the cause of chronic transmittable disease; it produces weakened of immune system of the host. The advent of antiretroviral therapy has opened new perspectives to the management of this infection.

Unfortunately, studies show that among people under this therapy there is a tendency to abandon or change it; adverse reactions are the primary cause of this situation. In this regard, it is necessary to strengthen health promotion actions since the primary care level, where the professional in nursing plays a key role in the basic work team. All this motivated the authors to conduct a literature review with the aim of analyzing the Theory of Model Health Promotion of Nola Pender and The theory Unpleasant Symptoms of Elizabeth Lenz, as references for the care of patients with HIV on antiretroviral therapy.

Keywords: HIV, midrange theories, antiretroviral therapy.

INTRODUCCIÓN

El manejo adecuado de las enfermedades infecciosas ha desempeñado un papel importante en la vida de las personas y el bienestar de las naciones. Algunas han desaparecido; pero en otras, los agentes etiológicos han mutado y nuevas enfermedades han surgido. En la Edad Antigua fue la lepra, en la Edad Media la peste negra y en el siglo XXI: el SIDA. La causa de esta última es la infección por el virus filtrable VIH,⁽¹⁾ enfermedad crónica transmisible con un conjunto de síntomas y signos provocados por el debilitamiento del sistema inmunitario que favorece la aparición de infecciones oportunistas o tumores,

inevitablemente mortales.⁽²⁾ En Cuba, la primera persona infectada con el VIH se detectó a finales de 1985.⁽¹⁾ El Programa Nacional de Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA, se inició desde 1986, con el objetivo fundamental de evitar que el proceso de la infección-enfermedad se convirtiera en un importante problema de salud para la población cubana.

Desde esa fecha se concibió la modalidad de tratamiento sanatorial, en 1993 el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) perfeccionó el mencionado programa, mediante la creación del llamado Sistema de Atención Ambulatoria (SAA), cuyo reglamento se estableció en la Resolución No. 101 del MINSAP del 2 de julio de 1997.⁽³⁾ El advenimiento de la terapia antirretroviral abrió nuevas perspectivas al manejo de dicha infección. Entre las personas que están recibiendo terapia contra el VIH, existe una tendencia cada vez más frecuente de abandonarla o cambiarla. Las reacciones adversas constituyen la primera causa de cambio de tratamiento, seguidas de la mala adherencia al tratamiento antirretroviral. Las causas de estos cambios y abandonos de las terapias suelen estar relacionadas con los efectos secundarios, la fatiga del tratamiento, la fase de la infección por VIH en que se encuentra el paciente, y factores relativos a su estilo de vida.⁽⁴⁾

De esta forma, se hace muy necesario fortalecer las acciones de promoción, desde el nivel primario de salud, así como capacitar oportunamente a pacientes y familiares para ejercer un mayor control sobre su salud y su calidad de vida.

En este sentido, el profesional de Enfermería juega un rol fundamental en el equipo básico de trabajo en la Atención Primaria de Salud, pues asiste a las personas donde viven, ayudándolas, enseñándolas, o sustituyéndolas en el cuidado de sí mismas cuando no tiene el conocimiento, la voluntad o la fuerza necesaria y requieren de atenciones profesionales.⁽⁵⁾ Su avance conceptual ha tenido como principal objetivo demostrar que esta, más que una ocupación basada

en la experiencia práctica y en los conocimientos adquiridos empíricamente a través de la repetición continuada de las acciones, es una disciplina con un ser, un saber y un que-hacer propios.⁽⁶⁾ La construcción de teorías de rango medio ha generado resultados importantes durante la aplicación en la práctica. Se caracterizan por su enfoque en una dimensión particular de la realidad, tienen un número limitado de conceptos, y son de gran utilidad para comprender y estudiar los fenómenos derivados de la práctica.⁽⁷⁾

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se propuso el objetivo de analizar la Teoría del Modelo de Promoción de Salud de Nola Pender (Anexo I) y la de Los Síntomas Desagradables de Elizabeth Lenz (Anexo II), (ambas teorías de rango medio) como referentes para la atención de los pacientes portadores de VIH, sometidos a terapia antirretroviral.

DESARROLLO

Nola Pender, autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma de cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud. El MPS expone de manera amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. Expone cómo las características y experiencias individuales; así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud.⁽⁸⁾

Al decir de los autores, en el caso particular de un paciente portador de VIH, bajo tratamiento antirretroviral, al valorar estos conceptos se aprecia que las características y experiencias individuales tienen diversas influencias en la forma de asimilar el tratamiento, para lograr la adherencia al mismo. Se precisa evaluar bajo qué condiciones esa persona contrajo el virus,

qué actitud asumió al saber su diagnóstico, el grado de escolaridad, la edad, el rol que ocupa socialmente. Si posee alguna enfermedad crónica de base, si cuenta con el apoyo de su familia, etc. Estos aspectos son condicionantes en la conducta promotora de salud en los pacientes.

La terapia antirretroviral exige de estos una conducta positiva, del apoyo de la familia y la comunidad, y un conocimiento previo sobre las ventajas que representa la adherencia a ella. Lograr la adherencia puede marcar la diferencia para estas personas entre la vida o la muerte. Una vez lograda, se está en condiciones de plantear que se ha logrado una conducta promotora de salud, mejorando así la calidad de vida de estos pacientes.

Los diversos componentes enunciados en el modelo se relacionan e influyen en la adopción de un compromiso para un plan de acción, concepto ubicado en la tercera columna del modelo y que constituye el precedente para el resultado final deseado, es decir, para la conducta promotora de la salud.⁽⁸⁾

Otra visión que merece un análisis más profundo sobre el tema es la Teoría de los Síntomas Desagradables (TOUS) de Elizabeth Lenz. La aparición de síntomas desagradables como reacciones adversas de la terapia antirretroviral motiva modificaciones negativas en la conducta del paciente y favorece la no adherencia al tratamiento.

La Teoría de los Síntomas Desagradables fue propuesta como medio para integrar la información existente acerca de una variedad de manifestaciones de la enfermedad. Esta teoría emerge de manera espontánea de la práctica de Enfermería por inducción, a partir de reflexiones del mundo real. El contenido teórico considera el síntoma como una experiencia individual subjetiva, sin embargo, no lo hace de manera aislada, por el contrario, toma en cuenta el contexto familiar y social, junto con los factores situacionales que pueden influir en los síntomas.⁽⁹⁾

Los autores de la presente investigación coinciden con los criterios de investigadores como la Dr. C Espinosa Venegas,⁽⁹⁾ quien ha realizado estudios sobre la aplicación de teorías de rango medio en el cuidado enfermero; y ha reafirmado el papel enriquecedor que el estudio y aplicación de estas teorías brindan al accionar holístico de Enfermería en el cuidado del paciente infectado con VIH.

La versión revisada de la Teoría de los Síntomas Desagradables reconoce la complejidad de la experiencia en cuanto a la sintomatología; asumiendo la existencia de diversos factores influyentes en la misma, que a su vez, inciden en el resultado, o sea, el rendimiento terapéutico en cuanto a lo fisiológico, psicológico y los factores situacionales.⁽¹⁰⁾

Se puede establecer entonces, que la adherencia al tratamiento antirretroviral y el consecuente rendimiento del mismo en los pacientes portadores de VIH, pueden verse condicionados por los síntomas experimentados por ellos, debido a la complejidad de esta terapia y a la generación de efectos secundarios negativos, los cuales varían de una persona a otra, e incluso en la misma persona, según los factores situacionales.

CONCLUSIONES

- En ambas teorías se pueden observar aspectos coincidentes que derivan hacia la necesidad de tener en cuenta los elementos biológicos, psicológicos y socioculturales como predictores de la conducta promotora de salud en los pacientes infectados con VIH.
- La adecuada adherencia al tratamiento antirretroviral en el paciente portador de VIH dependerá en gran medida del manejo de los síntomas desagradables que se manifiesten, lo que constituye un elemento generador de su calidad de vida.

Conflictos de intereses: los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Declaración de contribución: los tres autores participaron en la búsqueda, análisis y

procesamiento de la información científica; así como en la escritura del artículo de revisión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- Acosta Alegría M, Morales Gómez A, Gutiérrez Pérez MA. Epidemia de VIH/sida. Su comportamiento municipio La Habana Vieja períodos 1997- 2002 y 2003-2008. Rev haban cienc méd. [Internet]. 2012 [Citado: 4 de ene de 2014]; 11(2): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2012000200014&script=sci_arttext.

2- Achiong Alemañy M, Achiong Estupiñán F J. Intervención educativa en VIH/SIDA a adolescentes del Instituto Preuniversitario Vocacional de Ciencias Exactas “Carlos Marx”, de Matanzas. Rev Cubana Hig Epidemiol. [Internet]. 2011 [Citado: 29 ene 2014]; 49(3): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032011000300003&script=sci_arttext.

3- Roque Vargas R, Pileta Zamora N, Guerra Cuba D, Mustelier Téllez H. El trabajo comunitario como instrumento de humanización en las personas con VIH/sida. Rev Cubana Enfermer. [Internet]. 2009 [Citado: 29 enero 2014]; 25. (3-4): [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192009000200008&script=sci_arttext.

4- Hernández Requejo D, Pérez Ávila Jorge. Causas de cambio de tratamiento en un grupo de pacientes VIH/SIDA cubanos. Rev Cubana Invest Bioméd. . [Internet]. 2010 [Citado: 16 feb 2014]; 29 (2). [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002010000200007.

5- Cáceres Diéguez A. Superación profesional de posgrado en la atención primaria de salud. Una estrategia didáctica para la modificación de comportamientos y conductas a Favor de los estilos de vida saludables. Tesis presentada en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. [Citado 2 marzo 2014]. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/>.

6- Cabal Victoria E, Mildred Guarnizo T. Nursing as a discipline. Revista Colombiana de Enfermería. [Internet]. 2012 [Citado 26 feb 2014]; 6. [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4031437.pdf>.

7- Moreno Fergusson ME. Metodologías para la aplicación del conocimiento teórico de enfermería. Aquichán [Internet]. 2012 [Citado 26 feb 2014]; 12 (2). [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2469/html>.

8- Aristizábal HGP, Blanco BDM, Sánchez RA, Ostiguín MRM. El Modelo de Promoción de Salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Enfermería Universitaria [Internet]. 2011 [Citado 2 marzo 2014]; 8 (4). [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114c.pdf>.

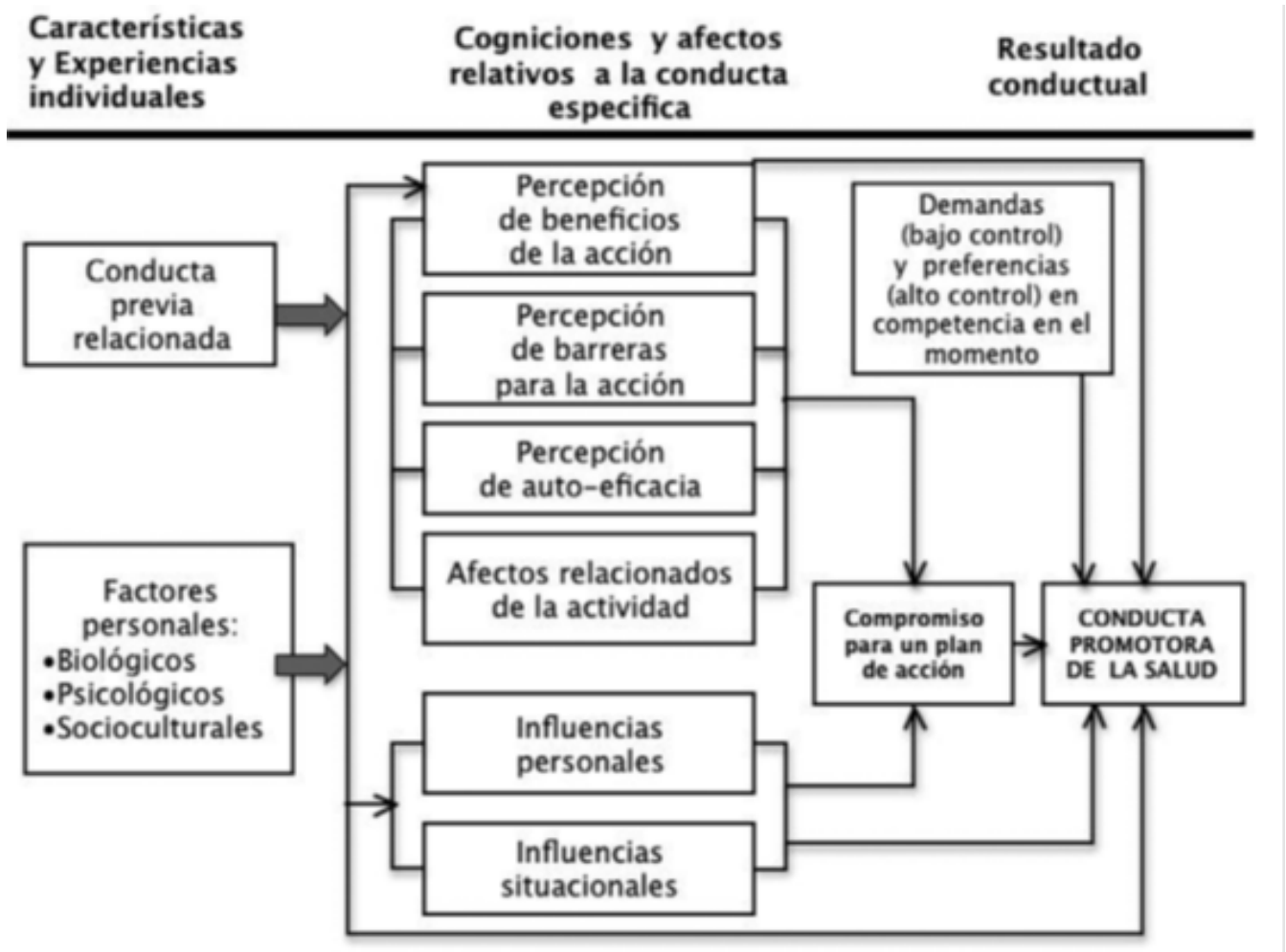
9- Espinoza Venegas M, Valenzuela Suazo S. Análisis de la Teoría de los Síntomas Desagradables en el Cuidado de la Enfermería Paliativa Oncológica. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2011 [Citado 16 oct 2014]; 27 (2). [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192011000200006&script=sci_arttext.

10- Lenz E, Pugh L. Theory of Unpeasant Symptoms. En: Smith M, Liehr P. Middle Range Theory for Nursing. Second ed. New York; 2008. pp. 159.

ANEXOS

Anexo 1

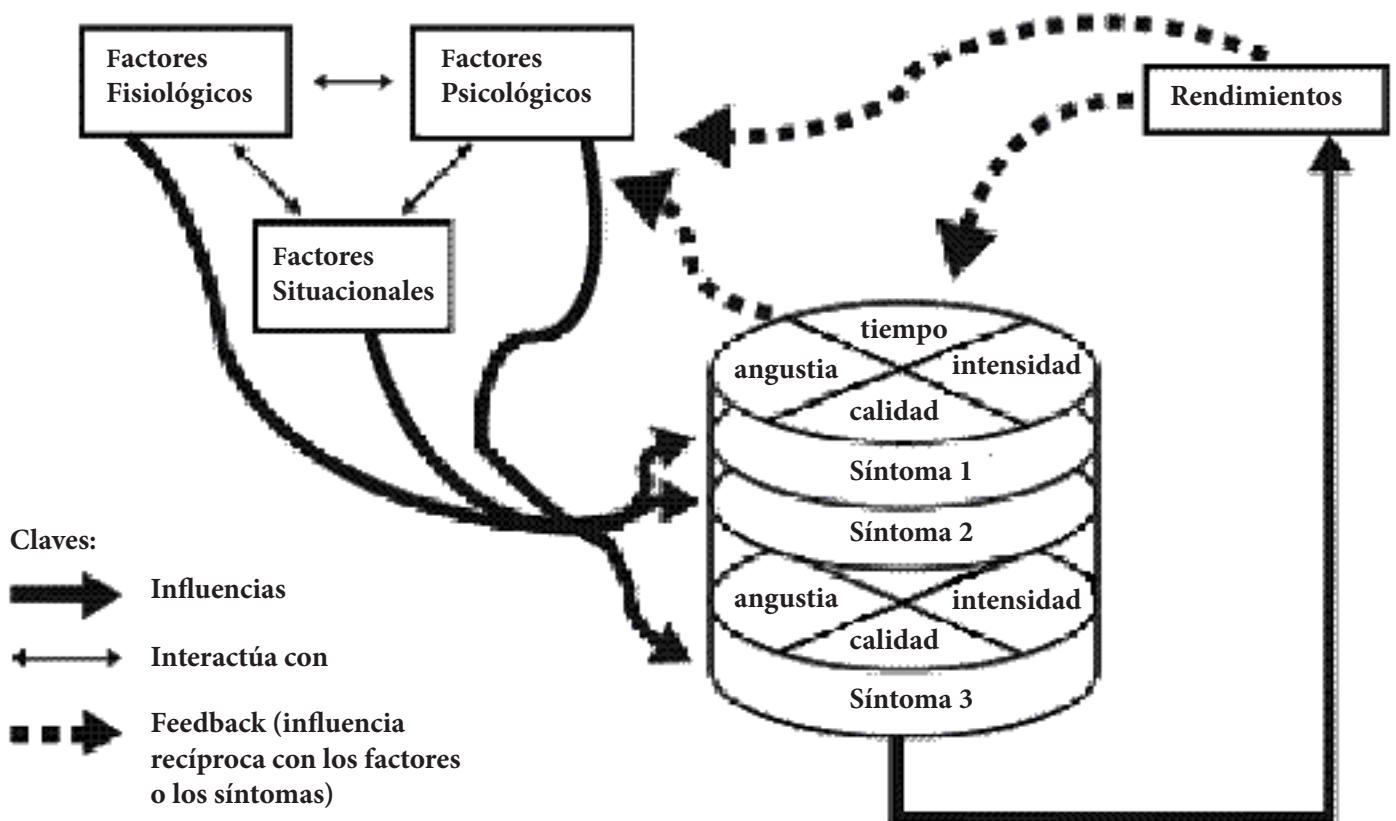
Figura 1. Modelo de promoción de salud (revisado).



Fuente: Modelo de promoción de la Salud de Pender 1996. En: Cid PH, Merino JE, Stiepovich JB21.

Anexo 2.

Figura 2. Teoría de los Síntomas Desagradables.



Fuente: Lenz E, Pugh L. Theory of Unpleasant Symptoms. In: Smith M, Liehr P. Middle Range Theory for Nursing. Second ed. NY: 2008. pág. 83 (Traducido al español).

Recibido: 2 de febrero de 2015
 Aceptado: 23 de marzo de 2015

