

**Morbilidad derivada del olvido de gases en actos quirúrgicos.**

**Diagnósticos de enfermería identificados en pacientes con cáncer.**

**Perfil y sobrecarga del cuidado primario del paciente adulto mayor con afecciones neurológicas.**

**Principios y valores que guían el ejercicio del personal de enfermería.**

**Seguridad y calidad en el cuidado de enfermería del paciente oncológico.**

**Caso CONAMED Enfermería.**

**Recomendaciones para pacientes en la ministración de medicamentos por vía oral.**



**La Enfermera Humanista: ciencia, filosofía, arte y técnica.  
Garantía de seguridad de los pacientes**

# Contenido

# Contents

<b>Editorial</b>	
<b>La enfermera humanista: ciencia, filosofía, arte y técnica. Garantía en la seguridad de los pacientes.</b>	
RUBIO-DOMINGUEZ SEVERINO.	3
<b>Artículos originales</b>	
<b>Morbilidad derivada del olvido de gasas en actos quirúrgicos.</b>	
CAMPOS-CASTOLO E. MAHUINA.	5
<b>Diagnósticos de enfermería identificados en pacientes con cáncer.</b>	
GALLEGOS-ALVARADO MÓNICA.	12
<b>Perfil y sobrecarga del cuidado primario del paciente adulto mayor con afecciones neurológicas.</b>	
COMPEAN-GONZÁLEZ JUAN MANUEL	17
<b>Artículos de revisión</b>	
<b>Principios y valores que guían el ejercicio del personal de enfermería.</b>	
RUBIO-DOMINGUEZ SEVERINO.	22
<b>Seguridad y calidad en el cuidado de enfermería del paciente oncológico.</b>	
GALLEGOS-ALVARADO MÓNICA.	27
<b>Caso CONAMED</b>	
<b>Enfermería.</b>	
CORDOBA-ÁVILA MIGUEL ÁNGEL.	31
<b>Recomendaciones</b>	
<b>Recomendaciones para pacientes en la ministración de medicamentos por vía oral.</b>	
JIMÉNEZ-SÁNCHEZ JUANA, FAJARDO-DOLCI GERMÁN E.	38
<b>Editorial</b>	
<b>Editorial. The humanistic nurse: science, philosophy, art and technique. Guarantee in the patient safety.</b>	
RUBIO-DOMINGUEZ SEVERINO.	3
<b>Original research</b>	
<b>Morbidity derived from gauze forgetfulness in surgical acts.</b>	
CAMPOS-CASTOLO E. MAHUINA.	5
<b>Identified diagnoses by nurses in patient with cancer.</b>	
GALLEGOS-ALVARADO MÓNICA.	12
<b>Profile and overcharge of the primary care providers of the major adult patient with neurological affections.</b>	
COMPEAN-GONZÁLEZ JUAN MANUEL.	17
<b>Review articles</b>	
<b>Principles and values that guides the nursing personnel practice.</b>	
RUBIO-DOMINGUEZ SEVERINO.	22
<b>Security and quality in the care of nursing of the oncological patient.</b>	
GALLEGOS-ALVARADO MÓNICA.	27
<b>CONAMED Case.</b>	
<b>Nursing.</b>	
CORDOBA-ÁVILA MIGUEL ÁNGEL.	31
<b>Recommendations</b>	
<b>Recommendations to patients for the oral drugs administration.</b>	
JIMÉNEZ-SÁNCHEZ JUANA, FAJARDO-DOLCI GERMÁN E.	38

**Editor**

Dr. Germán Fajardo Dolci

**Editor adjunto**

Dr. Javier Rodríguez Suárez

**Editor asociado**

Dr. Luis Velásquez Jones

**Consejo editorial**

Dr. José Meljem Moctezuma

Lic. Jesús Antonio Zavala Villavicencio

Dr. Francisco Hernández Torres

Dr. Rafael Gutiérrez Vega

Dr. Heberto Arboleya Casanova

Dr. Héctor Aguirre Gas

Lic. Bertha Hernández Valdés

Lic. Esther Vicente González

Lic. Jorge Bazán Zamudio

**Comité editorial**

Dr. Francisco Higuera Ramírez

Dr. José Narro Robles

Dr. Romeo S. Rodríguez

Dr. J. Juan Ortega Cerda

Dr. José Luis Ramírez Arias

Dr. Tomás Barrientos

**Procedimiento editorial**

Dra. Esther Mahuina Campos C.

Lic. Miguel Angel Cordoba Avila

Lic. Araceli Zaldivar Abad

**Diseño y producción**

L. D. G. Mónica Sánchez Blanco

**Consejo de la Comisión Nacional  
de Arbitraje Médico**

Antrop. Raquel Bialik de Shkurovich

Dr. Antonio Carrasco Rojas

Dr. Emilio García Procel

Dr. Vicente Quirarte Castañeda

Dr. Guillermo Soberón Acevedo

Dr. Gabriel Cortés Gallo

Lic. Antonio López de Silanés

**Atención y asesoría**

**CONAMED**

**5420-7000**

**Lada sin costo:**

**01 800 711 0658**

**Correo electrónico: [revista@conamed.gob.mx](mailto:revista@conamed.gob.mx)**

**Registrada en: Periódica. Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias  
(<http://dgb.unam.mx/periodica.html>)**

**Latindex. Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de  
América Latina, el Caribe, España y Portugal  
([www.latindex.org](http://www.latindex.org))**

**Índice Mexicano de Revistas Biomédicas Latinoamericanas  
([www.imbiomed.com.mx](http://www.imbiomed.com.mx))**

*Revista CONAMED* es el órgano de difusión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con domicilio en Mitla 250, Esq. Eugenia, Col. Narvarte, C. P. 03020, Delegación Benito Juárez, México, Distrito Federal. Tels: 5420-7103 y 5420-7032. Fax: 5420-7109. Correo electrónico: [revista@conamed.gob.mx](mailto:revista@conamed.gob.mx) Página web: [www.conamed.gob.mx](http://www.conamed.gob.mx) Publicación trimestral, Vol. 13, Suplemento 1 2008. Distribución gratuita. Elaborada por la Dirección General de Difusión e Investigación. Editor responsable: Dr. Germán Fajardo Dolci. Impresión: ACRECOM S.A. de C.V., Braga # 3 Col. San Ángel Tetepilco, C. P. 09440, Del. Iztapalapa, México, D. F. Tiraje: 1,000 ejemplares. Distribución autorizada por SEPOMEX PP-DF-025 1098. Certificado de Licitud de Título número: 9969. Certificado de Licitud de Contenido número: 6970. Distribución a suscriptores: Dirección General de Administración. Reserva de derechos al uso exclusivo del título, número: 04-2004-090909324900-102. Los artículos firmados son responsabilidad del autor, las opiniones expresadas en dichos artículos son responsabilidad de sus autores y no necesariamente son endosados por la CONAMED. Se permite la reproducción parcial o total del material publicado citando la fuente.

## La Enfermera Humanista: ciencia, filosofía, arte y técnica. Garantía en la seguridad de los pacientes.

### *The Humanistic Nurse: science, philosophy, art, and technique. Guarantee in the Patient safety.*

Agradezco la invitación que me hizo la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, para realizar el editorial de su Revista CONAMED, lo cual me anima desde el punto de vista profesional por lo que sabemos representa la Enfermería para el Comisionado Nacional, consideración que honra al gremio más numeroso que tiene el Sistema Nacional de Salud. Es también importante para quienes promovemos el desarrollo de nuestra profesión, que la CONAMED en su primer suplemento de 2008 haya dispuesto analizar temas de importancia que orientan decisiones en la actividad cotidiana del profesional y que contribuyen con nuestro objetivo sobre la seguridad de los pacientes, responsabilidad específica a la que debemos otorgar mayor atención.

En este suplemento, que también inicia una nueva época en la revista CONAMED en cuanto a formato y contenido, se presentan trabajos relacionados con la calidad del cuidado, plan de atención en el paciente oncológico, diagnósticos de enfermería especializados en este tipo de pacientes, la carga de trabajo para un cuidador primario del paciente neurológico, y por último, el caso CONAMED que orienta la reflexión sobre la caída de pacientes y su prevención, basado en la práctica diaria de enfermería.

No hay duda sobre la relación que guarda la calidad de la educación y la calidad de la atención; se influyen mutuamente en una metodología que incluye el aprendizaje asesorado en la práctica real, y es la primera garantía de interés público sobre la que tenemos que avanzar, a pesar del esfuerzo de profesionalización que se ha extendido en nuestro país. En este sentido, nos preocupa que un gran número de enfermeras que estudian la carrera egresen de planes académicos insuficientes y de escuelas de dudosa calidad. La tendencia es clara, se encuentra en riesgo la garantía de idoneidad del personal de enfermería; la situación nos obliga a acciones de formación complementaria en la vida del trabajo, a promover el carácter humanista de nuestra profesión, y a organizar los sistemas de trabajo en que participarán enfermeras de alto nivel académico con egresadas de bajo perfil, por ejemplo de programas bivalentes, que en diez años constituirán 70% de la fuerza laboral en las instituciones de servicios de salud. Enfermeras sin formación en Historia de Enfermería, Ética Profesional, Filosofía de Enfermería y por consiguiente con carencias sobre valores y virtudes humanas necesarias para la actividad profesional. Con escasa educación en Ciencias Básicas e insuficiente dominio sobre el rol específico de la enfermera profesional de la era moderna. En síntesis a la escasez de enfermería en el gran volumen de enfermeras.

El cáncer es una realidad dolorosa, afectando a pacientes de cualquier edad, sexo o condición social. Constituye la segunda causa de muerte en nuestro país después de la diabetes. Puesto que los índices de curación superan el 60%, el cáncer ha dejado de ser una enfermedad irremediable para convertirse en una enfermedad de alto riesgo de morbilidad. A pesar de este pronóstico más favorable, el diagnóstico de cáncer manifiesta una auténtica crisis, que produce un

corte súbito en la vida, no sólo del paciente, sino de toda la familia afectada, por lo que debe ser considerada como una enfermedad familiar. La esencia de la enfermería es el cuidado integral del ser humano, familia o comunidad, siendo el núcleo de atención las respuestas humanas identificadas a través de diagnósticos de enfermería y sus respectivos planes de cuidado. En este suplemento se muestra que el diagnosticar de enfermería es percibido como una práctica compleja ya que implica habilidades y conocimientos teóricos por el profesional de enfermería para garantizar cuidados de calidad, brindados al individuo, familia y comunidad, como es el caso de la enfermería oncológica, que ha venido ejerciendo roles avanzados y focalizados en las respuestas fisiopatológicas dejando de lado las respuestas humanas, las cuales son de suma importancia en el proporcionar cuidados de calidad con alto sentido crítico y reflexivo a este tipo de pacientes, que necesitan un sistema de atención de cuidados prolongados ante cambiantes necesidades en cada etapa de la enfermedad y que demandan conocimientos y atributos especializados del equipo de enfermería.

La enfermería basada en la evidencia en el área oncológica nos da la autoridad para cambiar la realidad de la atención en base a argumentos sólidos y bien informados para ofrecer seguridad y proporcionar cuidados de calidad a nuestros pacientes. Es un medio para difundir los cambios en la enfermería, con el fin de mejorar la práctica diaria y el cuidado de las personas a las que atendemos diariamente con padecimientos oncológicos; es quizás ese instrumento que estábamos esperando para cambiar algunos problemas de nuestra práctica, sobre todo los relacionados con la investigación y el uso de la misma, para mejorar la calidad de la atención a los pacientes oncológicos.

El profesional de enfermería tiene la responsabilidad de cuidar de la salud de otros, por ello, la enfermería, tiene por delante una extraordinaria tarea educativa en la sociedad: enseñar y a la vez cuidar, a que el paciente y familia acepten la enfermedad y ayudar en el proceso de morir según la situación que se presente. La ciencia, la técnica y el arte se unen en la práctica cotidiana de la disciplina enfermera; dentro de las nuevas tendencias educativas, estos valores casi olvidados son las capacidades indispensables que debe tener un profesional de enfermería, para ayudar, dar seguridad, confianza y cuidar en las distintas etapas de la vida. En México, las estadísticas sobre el cuidador primario reve-

lan que existen padecimientos en número cada vez mayor, como las enfermedades neurológicas, las cuales representan un alto impacto sobre el cuidador primario y por lo tanto el aumento en el número de cuidadores del paciente adulto con este padecimiento, que tiene la necesidad de que un profesional de enfermería capacite a este cuidador. En esta edición se presenta cuál es la función del cuidador primario y las necesidades del mismo para la promoción de la autonomía personal de su paciente. El profesional de enfermería y el cuidador primario estarán implicados en el cuidado de un enfermo que será sometido a tratamientos durante largo tiempo, de ahí la importancia que guarda el capítulo correspondiente. Es necesario que el profesional de enfermería considere y presente propuestas de trabajo para la consecución y formación de cuidados primarios; que sin duda plantea un amplio campo de acción para estudiosos sobre el tema. Se incrementa el número de personas con problemas neurológicos, y actualmente debemos reflexionar sobre las respuestas que estamos ofreciendo a una necesidad que hasta ahora considero se viene cubriendo inadecuadamente en el paciente neurológico.

En este primer suplemento del 2008 de la revista de la CONAMED dedicado al profesional de enfermería, a unos días de la ceremonia oficial en la que se reconocieron el esfuerzo cotidiano y disposición humanista de más de 200 000 personas que desempeñan esta delicada labor en nuestro país, apreciamos la dedicación que han puesto articulistas y equipo editorial para lograr un material interesante, bien presentado y fundamentado, que seguramente logrará difundir conceptos y herramientas que refuerzan criterios, valores y conocimientos adquiridos en la educación profesional y en la experiencia clínica, lo que constituye el ámbito de la investigación para el desarrollo de las Ciencias de Enfermería, producción intelectual que hace mucha falta para guiar e inspirar las transformaciones necesarias en los servicios, teniendo como meta, siempre inalcanzable, lograr la atención que merecen las personas a nuestro cuidado.

Lic. Severino Rubio-Domínguez  
Director de la Escuela Nacional  
de Enfermería y Obstetricia,  
Universidad Nacional Autónoma de México.

# Morbilidad derivada del olvido de gasas en actos quirúrgicos

## *Morbidity derived from gauze forgetfulness in surgical acts*

Dra. E. Mahuina Campos-Castolo<sup>1</sup>, Dr. Luis E. Hernández-Gamboa<sup>2</sup>, Dr. Arturo Revuelta-Herrera<sup>3</sup>, LEO. Rebeca Victoria-Ochoa<sup>4</sup>, Lic. Alejandría Villa-de la Vega<sup>5</sup>

### Resumen

*Introducción.* Los textilomas son iatrogenias quirúrgicas cuya incidencia real se desconoce, pues no se reporta habitualmente. Sus complicaciones pueden llevar a lesiones graves a los pacientes, incluso la muerte.

*Material y métodos.* Se revisaron las quejas relacionadas a textilomas que fueron atendidas en CONAMED de enero de 2001 a junio de 2007. Se describen variables sociodemográficas, diagnósticos y complicaciones presentadas en los casos.

*Resultados.* Se identificaron 15 casos; la edad promedio de los pacientes fue 36.6 años; 53.3% mujeres; 66.7% atendidos en el Distrito Federal, 46.7% en instituciones privadas; 80% en cirugía abdominal o ginecológica. Los daños más graves fueron lesión irreversible a órganos intraabdominales 33.3% y muerte 13.3%.

*Conclusiones.* Los textilomas son eventos adversos prevenibles, responsabilidad conjunta de cirujanos, instrumentistas y circulantes como parte del equipo quirúrgico. *Rev CONAMED. 2008; 13 Supl 1: 5-11.*

*Palabras clave:* textiloma, óblito, eventos adversos, seguridad del paciente, iatrogenia.

### Abstract

*Introduction.* Textiloma is a surgical iatrogenia whose real incidence is not known, because it is not reported habitually. Their complications can take serious injuries to the patients, even the death.

*Material and methods.* We reviewed the complaints attended in CONAMED of January of 2001 June of 2007 which were related to textilomas, sociodemographic variables, diagnoses and complications displayed in the cases are described.

*Results.* Fifteen cases were identified; the age average of the patients was 36,6 years; 53,3% women; 66,7% occurs in the Distrito Federal, 46,7% in private institutions; 80% in abdominal or gynecological surgery. The most serious damages were irreversible injury to intraabdominal organs 33,3% and death 13,3%.

*Conclusions.* Textilomas are prevenibles adverse events, joint responsibility of surgeons, instrumentalist and circulating like part the surgical team.

*Key words.* Textiloma, gossypibomas, adverse events, patient safety, iatrogenia.

<sup>1</sup>Subdirección de Investigación, Comisión Nacional de Arbitraje Médica; <sup>2</sup>Coordinación de Asesores de la Subsecretaría de Innovación y Calidad; <sup>3</sup>Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud; <sup>4</sup>Unidad de Tuberculosis, Instituto Nacional de Salud Pública; <sup>5</sup>Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

Correspondencia. Dra. E. Mahuina Campos Castolo, Subdirectora de Investigación, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Mitla 250, Piso 8, Col. Vértiz Narvarte, Del. Benito Juárez, México, D.F., 03020. mahuina@conamed.gob.mx.

## Introducción

Los textilomas intraabdominales son una iatrogenia del personal médico en actos quirúrgicos; sus complicaciones comprometen la salud de los pacientes, generando eventos adversos de gravedad diversa, incluso a ocasionar la muerte si no se detecta y atiende con oportunidad. El estudio del olvido de compresas en actos quirúrgicos tiene implicaciones éticas y legales, por lo que sus causas son difíciles de documentar y estudiar. Si bien es cierto que los médicos cirujanos son la máxima autoridad en el procedimiento quirúrgico; el conteo de las gasas es una actividad propia del equipo de enfermeras, en particular la instrumentista y la circulante; no obstante, un error de esta naturaleza recae en la persona del cirujano en términos legales.

Textiloma u oblito es un cuerpo extraño dejado accidentalmente en el abdomen durante una intervención quirúrgica sin efecto terapéutico: gasas, compresas de distinta variedad y tamaño, tubos de drenaje de aspiración o instrumental, etc.

A nivel internacional se ha estimado una frecuencia de olvido de gasas en 1 de cada 1000 a 1500 cirugías.<sup>1</sup> En México, como en todo el mundo, se desconoce la incidencia real de este evento, pues es un incidente poco reportado, probablemente por razones médico-legales, ya que implica responsabilidad objetiva de los profesionales quirúrgicos implicados.<sup>1-3</sup>

Los casos que llegan a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) son una pequeña porción de los eventos<sup>3</sup> y representan la "punta del iceberg", ya que en innumerables ocasiones estos errores se ocultan por el equipo médico, argumentando otras causas a las complicaciones, por lo cual las demandas no se realizan. Aguirre y colaboradores<sup>1</sup> practicaron una encuesta anónima a 93 cirujanos y encontraron que 32% reconocieron haber dejado una compresa en cavidad abdominal durante alguna de sus cirugías, 80% afirmaron haber manejado alguna vez un textiloma y 94% reconocieron conocer algún colega que había incurrido en este error técnico. El mismo autor determinó el grado de responsabilidad del equipo médico, a criterio de los cirujanos encuestados y encontró que, para los cirujanos que habían olvidado gasas la responsabilidad recaía en ellos, mientras que para los cirujanos que no habían olvidado gasas la responsabilidad era de la instrumentista; sin embargo, las diferencias no fueron estadísticamente significativas por lo que se puede concluir que el sentir de los cirujanos es que la responsabilidad es compartida de la instrumentista y el médico cirujano. El artículo de Aguirre concluye que debería ser responsabilidad del médico cuando la cuenta de gasas es incompleta y éste se niegue a revisar la cavidad abdominal y no agote los medios diagnósticos disponibles, mientras que si el conteo por la

instrumentista fue completo y hubo olvido de gasa o compresa la responsabilidad debería recaer en la instrumentista.<sup>1</sup>

Entre las causas principales del olvido de compresas en la cavidad abdominal se menciona el cambio en la exposición del campo quirúrgico, que facilita el ocultamiento de cuerpos extraños; los cambios del personal de enfermería durante el acto quirúrgico, lo que interfiere con el conteo de gasas y compresas; el que se practique una cirugía de urgencia; que la cirugía se practique en la noche o la madrugada; que la cirugía sea prolongada; que la cirugía curse con una gran hemorragia; que el paciente esté muy grave y que la técnica empleada por el cirujano sea más complicada.<sup>2-3</sup>

El olvido de compresas es un problema serio y puede generar complicaciones graves e incluso muertes, en una proporción epidemiológicamente elevada al no diagnosticarse de manera oportuna. El presente proyecto se origina por la necesidad de conocer cuáles son las complicaciones de salud que presentan los pacientes en los cuales ocurrió el olvido de gasas y/o compresas en la cavidad abdominal y comparar la frecuencia con los escasos reportes encontrados en la literatura internacional.

## Material y métodos

Para determinar las principales complicaciones de salud que tiene el olvido de gasas y/o compresas en la cavidad abdominal, se realizó un estudio transversal retrospectivo mediante la revisión de las quejas por esta causa, atendidas en CONAMED de enero de 2001 a junio de 2007. Se elaboró un cuestionario que permitió concentrar la información requerida, para obtener ésta de manera homogénea, sistemática y completa de cada uno de los expedientes.

Criterios de inclusión: todo expediente con motivo de quejas de textiloma y que esté técnicamente completo.

Criterios de exclusión: todo expediente con motivo de quejas de textiloma y que no esté técnicamente completo.

Criterio de eliminación: todo expediente con motivo de quejas de textiloma y que esté técnicamente completo pero que se haya extraviado.

El tamaño de muestra estuvo determinado por el número de quejas sometidas a la CONAMED del año 2001 al 2007 a nivel nacional.

El análisis de la información se realizó en los programas de cómputo Excel y SPSS. En un análisis simple se describen las variables sociodemográficas de los pacientes y de los médicos tratantes, así como las complicaciones presentadas.

## Resultados

De enero de 2001 a junio de 2007 se presentaron 15 demandas por textiloma en eventos quirúrgicos. La población afectada tuvo un promedio de 36.6 años, con una desviación estándar de 11.83 y límites de edad entre 24 a 60 años.

Por sexo: 53.3% de los casos fueron mujeres con promedio de edad de 32.4 años y desviación estándar de 6.98 años. Los hombres representaron 46.7% de los casos, con promedio de 36.6 años de edad y desviación estándar de 11.83 años.

La muestra estuvo integrada por 10 casos del Distrito Federal, tres del Estado de México y dos de otras entidades

federativas. En cuanto a la institución donde se presentó la iatrogenia, la mayoría fue atendida en instituciones privadas (46.7%), seguido por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con 33.3% y otros tres casos de SSGDF e ISSSTE (20%).

El tipo de cirugía donde se presentó el olvido de gasas o apósitos fue predominantemente en cirugía abdominal y ginecológica, que representaron cada una 40% del total de casos analizados. La cirugía oncológica aportó 6.7% y 13.3% de los expedientes no indicaban la cirugía realizada. Una tercera parte de los casos estuvieron relacionados con pacientes embarazadas, seguida de pacientes con apendicitis 13.3%; en 13.3% de los expedientes no figuraba un diagnóstico preoperatorio (Fig. 1).

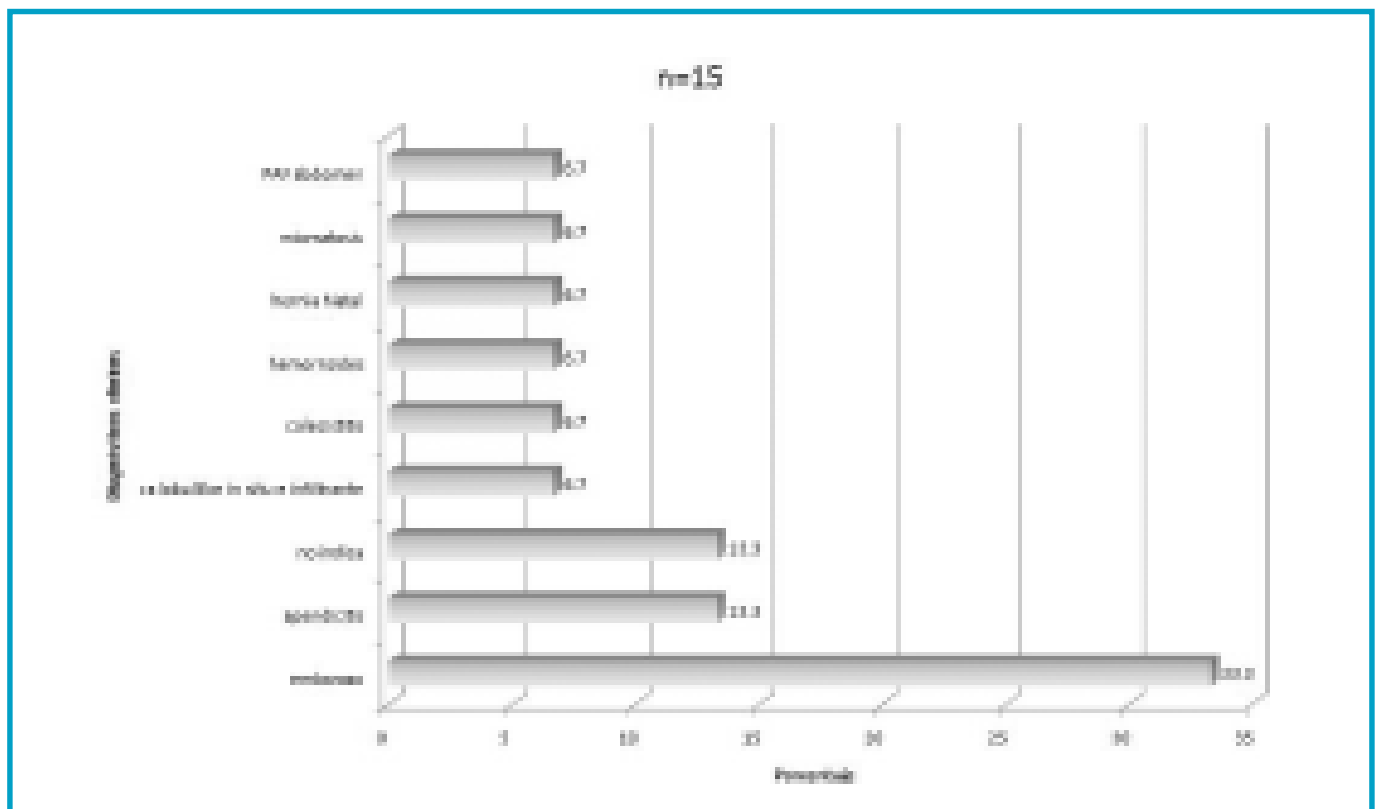


Figura 1. Diagnóstico preoperatorio.

Las complicaciones identificadas en los expedientes fueron infecciosas 53.3% y lesión a intestino 26.7%. Otras complicaciones se grafican en la Figura 2.

Las regiones anatómicas más afectadas por los textilomas fueron la cavidad abdominal 46.7% y la cavidad pélvica y órganos genitales femeninos 33.3% (Fig. 3).

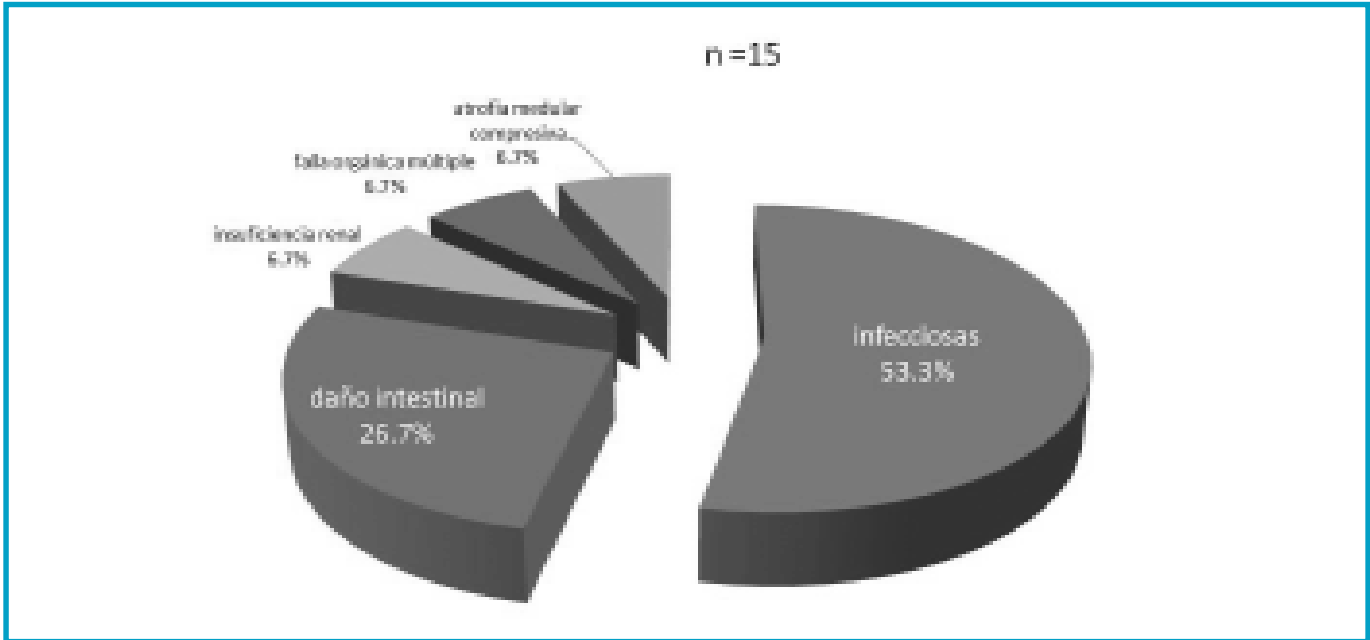


Figura 2. Complicaciones

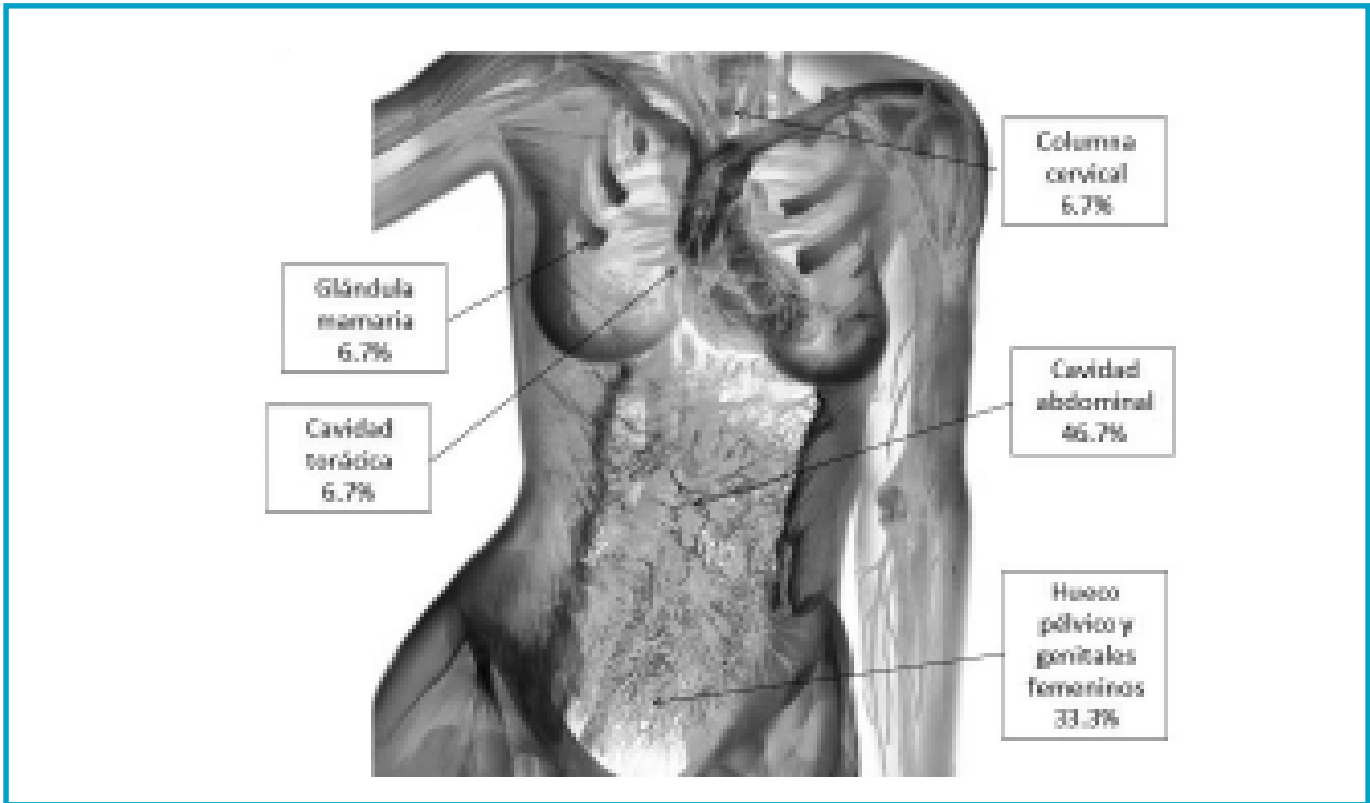


Figura 3. Ubicación anatómica de los textilomas. Figura modificada de Drechsler Werner. Der Glaserne Mensch. Presentación electrónica distribuida por PowerPoints.Org. Acceso 13-12-2007.

Las secuelas más graves incluyeron dos defunciones que representan el 13.3% y cuadriplejía por lesión medular 6.7%.

La secuela más frecuente fue daño irreversible a diversos órganos intraabdominales 33.3%. Cuadro 1.

Cuadro 1. Secuelas de los textilomas.

SECUELAS	NÚMERO	PORCENTAJE
Daño a órganos intraabdominales	5	33.3
Infecciones	4	26.7
Molestias inespecíficas	3	20.0
Muerte	2	13.3
Cuadriplejía	1	6.7
TOTAL	15	100

## Discusión

La mayoría de los textilomas se presentan en cirugías ginecológicas y abdominales y como secuela pueden llegar a causar la muerte y como letalidad alcanzó el 13%.

Es importante resaltar que el textiloma es 100% prevenible siguiendo los procedimientos establecidos y que desde el punto de vista médico-legal no hay duda de que es el instrumentista a quien corresponde el recuento y control del material.

La incidencia es muy variada, dependiendo de la serie de casos analizada y la ocurrencia es de 1 en cada 1000 a 1500 intervenciones quirúrgicas.<sup>1</sup> La incidencia de muerte se ha reportado entre 8 y 40%, por lo cual en los resultados obtenidos en este estudio la letalidad de 13% se inserta dentro de los reportes internacionales.<sup>1-3</sup>

Dentro de la morbilidad reportada por la literatura internacional es de obstrucción intestinal (58.3%), absceso intraabdominal (16.7%), peritonitis (16.7%).<sup>1-5</sup> Existen reportes donde hasta 80% de los casos presentan erosión de la pared intestinal e infecciones en 18.8%,<sup>6</sup> mientras que en nuestro estudio las lesiones intestinales representaron el 26.7% y en general se produjeron daños irreversibles a diversos órganos en un tercio de los casos.

El textiloma es una complicación cuya frecuencia real se desconoce, por circunstancias intrínsecas al acto quirúrgico y probablemente por las repercusiones legales que conlleva.<sup>4,6</sup> Su diagnóstico no es fácil, se basa en la clínica y en la imagenología. El tratamiento es la extracción quirúrgica, cuando se realiza antes de los 15 días (extracción precoz) es técnicamente fácil y tiene mejores resultados. En casos cró-

nicos se produce un proceso adherencial que involucra órganos vecinos, tornando la cirugía más compleja que puede requerir incluso resecciones viscerales, las cuales se asocian con una morbilidad y mortalidad mayores.<sup>6-7</sup>

Este estudio representa un primer acercamiento al problema desde la perspectiva de los casos que no se resolvieron en las unidades médicas de origen y fueron causantes de una inconformidad ante la CONAMED. En un futuro, se vislumbra conveniente analizar, dentro del marco de las acciones por la seguridad de los pacientes,<sup>8</sup> las complicaciones presentadas y las posibles causas y responsabilidades, así como los factores contribuyentes.

En una siguiente etapa, en un estudio prospectivo en el seno de las propias instituciones, se podría realizar un análisis bivariado, correlacionando el número y tipo de complicaciones con las siguientes variables: a) sexo y edad del paciente y tipo de cirugía y tiempo de duración de la cirugía; b) si el cirujano preguntó por la cuenta de gases; c) si contó la instrumentista las gases; d) rotación de personal durante la cirugía y e) cambio de campos durante la cirugía.

En una tercera etapa sería muy conveniente y útil realizar otros estudios observacionales con un modelo de análisis multivariado para determinar la responsabilidad del médico y la instrumentista y de esa manera generar acciones que promuevan la mejora de los procesos para garantizar la seguridad de los pacientes que son sometidos a procedimientos quirúrgicos.

En el Anexo se indican algunas acciones dirigidas a prevenir los textilomas.

## Referencias

1. Aguirre Córdova JF, Chávez Vázquez G, Huitrón Aguilar GA. Textilomas intra-abdominales. Frecuencia y actitudes en el cirujano mexicano. *Cirujano General*. 2004; 26: 203-7.
2. Jebbin JM, Adotey NJ. Gossypiboma: a report of 2 cases. *Niger J Med*. 2006; 15:87-8.
3. Lupi JL, Divito JL, Leoncio Poggi CF. Oblitos quirúrgicos. Aspectos médico legales y éticos. *Reseña jurisprudencial. Cuadernos de Medicina Forense*. 2003; 2: 43-58.
4. Perrier PJ, Berro G [Internet]. El oblito. Aspectos quirúrgicos y médico-legales. [Acceso 25 enero 2007]. Disponible en: [www.mednet.org.uy/dml/bibliografia/nacional/oblito\\_trabajo\\_conferencia.pdf](http://www.mednet.org.uy/dml/bibliografia/nacional/oblito_trabajo_conferencia.pdf).
5. Lauwers MD, et al. Intraperitoneal gossypibomas: The need to count sponges. *World J Surg*. 2000; 24: 521-7.
6. Díaz Plasencia J, Tantaleán Ramella E, Balmaceda Fraselle T, Honorio Horna CE, Barandiarán Dejo MA et al. Cuerpo extraño en abdomen: a propósito de un caso. *Rev Gastroenterol Perú*. 2001. 21(3). [Acceso 21 abril 2007]. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/gastro/Vol\\_21N3/cuerpo.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/gastro/Vol_21N3/cuerpo.htm).
7. Núñez Huerta E, Saravia Villanueva C. Obstrucción intestinal por oblito quirúrgico. *Rev Med Hered*. 2004; 15: 55-60.
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Calidad de la atención: seguridad del paciente. 55ª Asamblea Médica Mundial, 5-12-2001. [Acceso 25 julio 2007]. Disponible en: [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA55/sa5513.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/sa5513.pdf).

## Anexo

### Cómo prevenir los textilomas

Es indudable que todas las medidas que se tomen para evitarlos van a ser bienvenidas, sabiendo que no existe ningún método cien por ciento seguro y esta falibilidad obliga a todo el personal de salud involucrado a cumplir y verificar todos los métodos de control que se precisen.

Las siguientes son algunas recomendaciones, adaptadas de las medidas propuestas por Perrier y Berro,<sup>4</sup> para la prevención de los textilomas y que involucran el actuar de los diferentes integrantes del equipo quirúrgico y de las salas de operaciones.

#### El instrumentista

- a) Contar cuidadosamente todo el material que coloca en la mesa de instrumental para la operación, especialmente los textiles que se van a utilizar, durante la apertura de los paquetes de gasas y compresas al inicio de la cirugía y cada vez que recibe un nuevo paquete.
- b) Mantener un número constante y conocido por paquete, que en general es de 4 compresas y 10 gasas, pero que puede variar para cada institución.
- c) Desechar las gasas y compresas sobrantes, al igual que los paquetes incompletos.
- d) Mantener una mesa de instrumentos prolija durante toda la intervención para facilitar los recuentos y evitar las pérdidas de material.
- e) Realizar recuentos intermedios durante la intervención, sobre todo si ésta es larga o se usan muchos textiles, en la medida que la situación quirúrgica y general del paciente lo permitan. El cirujano debe ser consciente de la importancia de estos recuentos y no molestarse por las interrupciones que puedan determinar, en la medida

que buscan un beneficio para todos.

- f) Llevar conteos independientes de las gasas y compresas que los cirujanos le dicen van dejando dentro del campo operatorio, y que le debe ser devuelto.
- g) Proceder al recuento de todo el material antes del cierre del campo quirúrgico.
- h) Repetir el conteo final por lo menos una vez.
- i) Informar al cirujano el resultado del conteo.
- j) Realizar un recuento final de todo el material y del instrumental, una vez terminada la cirugía.

#### El cirujano

- a) Mantener el campo operatorio lo más prolijo posible, de acuerdo con las circunstancias.
- b) Minimizar el uso de gasas y compresas sueltas en el campo operatorio.
- c) Utilizar los textiles de mayor tamaño posible y referidos con pinzas, si se requiere dejar transitoriamente el material en la zona operatoria, ya sea para separar o proteger o para realizar la hemostasia por compresión.
- d) Informar inmediatamente al resto del equipo quirúrgico cuando deje materiales en la zona operatoria, indicando dónde deja el material y cuántas unidades usa. Eso facilitará la atención de todos, facilitará su extracción y si fuere necesario su búsqueda en caso de faltantes al finalizar.
- e) Avisar al equipo quirúrgico cuando retira ese material que había dejado, diciendo qué tipo es y cuántas unidades retira, para mantener el conteo controlado de los mismos.
- f) Esperar a que el instrumentista le comunique el resultado y número de conteos realizados antes de proceder a cerrar el campo operatorio.
- g) Tener en cuenta lo que le informa al instrumentista y si es necesario proceder a la búsqueda del material faltante

- aunque "le parezca estar seguro" de que no haya nada dentro del paciente.
- h) Documentar *siempre* el resultado del conteo final en el dictado de operación y en la nota posquirúrgica, aunque éste haya sido correcto y especialmente si no lo fue. Si la cuenta fue incompleta, debe señalarlo explícitamente, indicando además todas las maniobras realizadas para la búsqueda del material faltante y los resultados de las mismas.
  - j) Evitar exponer al paciente a nuevos riesgos durante la búsqueda del material faltante, teniendo en cuenta su situación clínica en ese momento, de acuerdo a la valoración del anestesiólogo.
- c) Controlar todo el material utilizado por el anestesiólogo y otros integrantes del equipo quirúrgico para evitar que se confunda o mezcle con los textiles de la mesa del instrumentista y asegurarse que una vez usado, vaya al lugar asignado para el recuento final del material utilizado en la operación.
  - d) Disponer de un lugar adecuado para la recolección del material utilizado que se va descartando.
  - e) Extender cada textil uno por uno para evitar que los mismos queden adheridos y mezclados entre sí y agruparlos en pilas de unidades constantes y conocidas (por ejemplo 10 unidades) para facilitar sus conteos.
  - f) Retirar rápidamente todo material o instrumental que accidentalmente caiga al piso, evitando que se "pierda" o se pegue a los zapatos de los integrantes del equipo o de otras personas o equipos o instrumentos que salgan de la sala donde se está operando.
  - g) Realizar cuidadosamente todos los conteos que le soliciten el instrumentista y comunicarle los resultados de los mismos para que los coteje con el material que tiene en la mesa de instrumental.

### El enfermero circulante de sala de operaciones

- a) Entregar las gasas y compresas al instrumentista y asegurarse que sean contadas y que el conteo sea correcto.
- b) Anotar en un lugar visible y adecuado todo el material que entregó y su cuenta.



**Visítanos en**  
**www.conamed.gob.mx**

# Diagnósticos de enfermería identificados en pacientes con cáncer

## *Identified diagnoses by nurses in patients with cancer*

M. C. E. Mónica Gallegos-Alvarado<sup>1</sup>  
M. C. E. Martha Lilia Parra-Domínguez<sup>2</sup>

### Resumen

**Introducción.** La esencia de la enfermería es el cuidado integral del ser humano, siendo el núcleo de atención las respuestas humanas identificadas a través de diagnósticos de enfermería (DE) y sus respectivos planes de cuidado. La fase de diagnosticar es percibida como compleja ya que implica habilidades y conocimientos teóricos por parte del profesional de enfermería para garantizar cuidados de calidad, brindados al individuo, familia y comunidad, como es el caso de la comunidad oncológica en la que enfermería ha venido ejerciendo roles avanzados y focalizados en las respuestas fisiopatológicas dejando de lado las respuestas humanas.

**Material y métodos.** El presente estudio de tipo descriptivo, exploratorio, cuantitativo, trasversal y prolectivo, identificó los DE presentados por pacientes con cáncer ingresados en el servicio de hospitalización en el Centro Estatal de Cancerología de Durango, Durango. Los datos fueron obtenidos en el periodo de febrero a junio de 2007, a través de un instrumento ex profeso aplicado a 50 pacientes; el análisis de los datos se realizó con frecuencias y porcentajes.

**Resultados.** Los DE identificados según la taxonomía II de la NANDA, muestra una gran variedad de respuestas humanas afectas con predominio de temor, conocimientos deficientes, patrón respiratorio ineficaz, desesperanza, ansiedad ante la muerte y otros.

**Conclusiones.** Retomar los diagnósticos más frecuentes de los pacientes con cáncer dan la pauta a que el profesional realice trabajo propio, interviniendo oportunamente para dar solución a los mismos, como lo demuestra la revisión sistemática realizada en el 2004 sobre intervenciones no invasivas para la mejoría del bienestar y calidad de vida de los pacientes con cáncer. Se identificaron DE presentados en los pacientes con cáncer, mediante una valoración estructurada y dando la pauta al establecimiento de intervenciones de enfermería encaminadas a la mejoría de las respuestas humanas, facilitando una comprensión efectiva para brindar un cuidado oportuno e integral. *Rev CONAMED. 2008; 13: Supl. 1: 12-16.*

**Palabras clave:** Diagnóstico de enfermería, paciente con cáncer, cuidado de enfermería, respuestas humanas, plan de cuidado.

### Abstract

**Introduction.** The essence of the infirmery is the integral care of the human being, being the attention nucleus the identified human answers through infirmery diagnoses (ID) and its respective plans of care. The phase to diagnose is perceived like complex since it implies theoretical abilities and knowledge on the part of the infirmery professional to guarantee well-taken care of quality, offered the individual, family and community, as it is the case of the oncologic community in which infirmery has come exerting rolls advanced and focused in the physiopathologics answers leaving from side the human answers.

**Material and methods.** The present study of descriptive, exploratory, quantitative, transversal and prolectivo type, identify those ED presented/displayed by patients with cancer entered in the service of in center State hospitalization of Cancerologia of Durango, Dgo. The data were collected in the period of February to June of 2007, through an instrument specifically applied to 50 patients; the analysis of the data is made with frequencies and percentage.

**Results.** Those ID identified according to taxonomy II of the NANDA, show a great variety of human answers with predominance of fear, deficient knowledge, ineffective respiratory pattern, hopelessness, anxiety before the death and others.

**Conclusions.** To retake the frequent diagnoses but of the patients with cancer they set the standard to that the professional makes own work, taking part opportunely to give solution such, as it demonstrates the systematic revision to it made in 2004 on nonirvasive interventions for the improvement of the well-being and quality of life of the patients with cancer. They were identified ID presented/displayed in the patients with cancer, by means of a structured valuation and setting the standard to the plantation of interventions of infirmery directed to the improvement of the human answers, facilitating an effective understanding to offer an oportune and integral care.

**Keywords:** Nursing diagnosis, Patients with cancer, nursing care, human answer, care plan.

<sup>1</sup> Docente de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Juárez del Estado de Durango. Enfermera Operativa en el Centro Estatal de Cancerología. <sup>2</sup>Docente de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Juárez del Estado de Durango.

Correspondencia: Mónica Gallegos Alvarado, Calle Mina Magistral del oro 217, Fracc. Acereros, C.P. 34030, Durango, Dgo. Tels: (01) 6181287287, (01)6181170619, FAX 6188171197. Correo electrónico: monikg91@ Hotmail.com

## Introducción

El término "Diagnóstico enfermero" se comenzó a utilizar en los años de 1950 en los Estados Unidos. Este término realmente surgió en la literatura en 1950 con McManus y en 1960 pasó a ser un componente más del proceso de enfermería. La expresión diagnóstico en enfermería surge con el advenimiento de la enfermería moderna, cuando Florence Nightingale y sus colegas diagnosticaron problemas de salud en los soldados de la guerra de Crimea.

La esencia de la enfermería es el cuidado integral del ser humano, siendo el núcleo de actualización las necesidades humanas y las metas de nuestros cuidados la autonomía y el bienestar, siempre a través de los diagnósticos de enfermería y sus respectivos planes de cuidados.

Un diagnóstico de enfermería es una respuesta que describe la necesidad humana (estado de salud real o potencialmente alterado) de un individuo o grupo, que el enfermero puede identificar legalmente ya que proporciona la base para seleccionar las intervenciones de enfermería destinadas a conseguir resultados de los que es responsable el profesional de enfermería; dichas intervenciones tratan de mantener el estado de salud, reducir o prevenir las alteraciones.<sup>1,2</sup>

De manera que el uso de los diagnósticos revisados y aprobados por la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), permite contar con un lenguaje universal para la base del quehacer profesional. Esta organización comenzó con las comunicaciones orales y escritas de profesionales de la enfermería en 1973, a la fecha ha evolucionado para desarrollar un vocabulario diagnóstico enfermero formalizado y codificado; contando actualmente con aprobación de la Taxonomía II revisada dentro de un marco multiaxial.

La aplicación del conocimiento en la práctica asistencial enfermera, es el proceso de atención de enfermería (PAE); este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistematizada.

El proceso de enfermería es la dinámica de las acciones sistemáticas e interrelacionadas, cuidando la asistencia al ser humano y que se caracteriza por la interrelación y el dinamismo de sus distintas fases.<sup>3</sup> Es decir, es un sistema de planificación de la ejecución de los cuidados de enfermería compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.<sup>3</sup> Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí.

En la práctica diaria se muestra que en ocasiones el enfermero carece de una serie de conocimientos específicos relacionados con el cuidado de enfermería que le permitirán conocer y desarrollar mejores métodos para solucionar problemas y, consecuentemente, lograr mejores resultados con la puesta en práctica del PAE.<sup>4</sup>

En un estudio realizado con enfermeros en el 2002 se identificaron las dificultades presentadas en cuanto a la implementación del PAE, revelando que todos reconocían al PAE como herramienta importante para la planificación de la asistencia, pero 9.6% de los enfermeros no lo realizaba; las fases del PAE en las que los enfermeros encontraron mayor dificultad fueron: diagnóstico de enfermería con 43.1%, la valoración inicial 19.6%, no encontrando dificultad alguna en las otras fases en 23.5%.<sup>5</sup>

Hoy en día la realidad no es diferente; la fase de diagnosticar en el proceso de enfermería es percibida como una tarea difícil por exigir, del enfermero, habilidades y conocimientos teóricos y prácticos profundos, para garantizar cuidados de calidad, centralizados en el paciente, la familia o en la comunidad.

Uno de los contextos que parece haber alcanzado niveles importantes de efectividad es la atención médica oncológica; no ocurre así con el cuidado integral de la persona enferma de cáncer, observando así una de las mayores fuentes de confusión relativa a los cuidados, sobre todo en los entornos de la atención especializada, encontrándose el enfoque de la atención enfermera al paciente oncológico a un adecuado manejo de ciertas situaciones fisiopatológicas.<sup>6</sup>

Si bien es cierto, la enfermería en oncología ha venido ejercitando roles avanzados muy focalizados en las respuestas del sistema y de las patologías, pero no tanto en las respuestas globales de la persona y su familia; así cuando se pretende describir la práctica enfermera en estos contextos, suele ser una descripción de tareas.<sup>7,9</sup>

Conocer la incidencia y prevaencia de diagnósticos de enfermería en pacientes con cáncer, aparece pues, una cuestión previa al desarrollo de estrategias e intervenciones.

En el presente estudio se trató de identificar los diagnósticos de enfermería como respuestas humanas de los pacientes con cáncer ingresados a la unidad de hospitalización del Centro Estatal de Cancerología de Durango, ya que la incidencia de cáncer en el mundo se incrementa conforme aumentan las expectativas de vida del ser humano, de acuerdo a las recientes estimaciones de la Agencia Internacional para la Investigación y de la Organización Mundial de la Salud; aproximadamente 9 millones de nuevos casos de cáncer son detectados por año en todo el mundo y más de 50% de los casos ocurren en los países en vías de desarrollo y las enfermeras juegan un papel importante en la prestación de cuidados de alta calidad para estos pacientes; su labor debe ser entrelazada a lo largo del proceso de la enfermedad y tratamiento ofrecido para disminución, recuperación o mantenimiento de su salud.

La importancia del presente estudio considera la necesidad de elaborar diagnósticos enfermeros dirigidos a pacientes con cáncer para implementar acciones futuras adecuadas a las condiciones biosociales y culturales de dichos pacientes.

## Material y métodos

Se realizó un rastreo bibliográfico en las principales bases de datos nacionales e internacionales en busca de trabajos similares como referencia encontrando muy pocos estudios. Los descriptores utilizados fueron fundamentalmente «diagnóstico», «enfermería», «oncología» (co), «cáncer», «respuesta humana». El presente trabajo es un estudio de cáncer, descriptivo, exploratorio, con una población estudiada que consistió de 50 pacientes con diagnóstico médico de cáncer de diferente descripción histopatológica y de calificación, elegido voluntariamente por alumnos de licenciatura. Los criterios de inclusión fueron haber ingresado al servicio de hospitalización por alguna situación de salud, en los meses de febrero-junio de 2007 en el Centro Estatal de Cancerología (institución gubernamental de la ciudad de Durango, Durango, México); no se consideró el tiempo de ingreso y no se tuvieron en cuenta los límites de edad y sexo.

El instrumento utilizado en la recolección de datos contó de un formulario estructurado, que contenía preguntas abiertas y cerradas, abordando los patrones funcionales de Margory Gordon, relleno a través de una entrevista y el examen físico realizado durante la hospitalización en el servicio, estableciendo la relación vinculante entre los datos obtenidos de esta valoración y el juicio clínico para determinar el diagnóstico de enfermería. La recolección de datos corrió a cargo de estudiantes de la licenciatura de enfermería de la Facultad de Enfermería y Obstetricia bajo la supervisión del investigador determinando los diagnósticos de forma conjunta.

Con anterioridad, se realizó una preprueba con 10 pacientes para detectar las necesidades alteradas y el instrumento fue modificado llegándose a una forma de validación intermedia posibilitando identificar tales diagnósticos.

Tras la recolección de datos, fueron organizados para poder establecer el perfil del paciente que nos permitiera identificar las respuestas humanas de los pacientes, siguiendo la taxonomía II de la NANDA, versión 2005-2006.

## Resultados

Del total de pacientes entrevistados y analizados 62% (31) eran mujeres y 38% (19) hombres; en relación a la edad en los diferentes intervalos de edades encontramos de 15 a 30 años 24% (12), de 31 a 45 años 30% (15) y de 46 a 60 años 36% (18); en el intervalo de edad que caracteriza la edad adulta-anciana de 61 a 75 y 75 y más años 10% (5). En lo que atañe al estado civil, 70% eran casados, 26% solteros y 4% divorciados.

En relación actividad profesional 46% (23) dedicados a las labores del hogar, 18% de los pacientes desempleados, 12% estudiantes y 8% jubilados; el otro 16% dedicado a otras actividades como campesino, chofer, carpintero, vendedor y costura.

En cuanto a las respuestas encontradas se detectaron 24 diagnósticos que tenían una marcada presencia del total de respuestas humanas identificadas y es en este perfil en donde nos enfocaremos para el análisis a la discusión (Cuadro 1).

Cuadro 1. Diagnósticos de enfermería en pacientes con padecimientos oncológicos del Centro Estatal de Cancerología, Durango, Durango 2007.

Diagnósticos de enfermería	Frecuencia	Porcentaje
Temor y conocimientos deficientes	36	72
Patrón respiratorio ineficaz y dolor crónico	30	60
Desesperanza y ansiedad ante la muerte	28	56
Náuseas e hipertermia	22	44
Riesgo de infección y exceso de volumen de líquidos	22	44
Trastorno de la imagen corporal y riesgo de baja autoestima situacional	20	40
Desequilibrio nutricional por defecto, riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos, disposición para aumentar el bienestar espiritual	19	38
Protección inespecífica e intolerancia a la actividad	15	30
Deterioro de la eliminación intestinal y urinaria	12	24
Deterioro de la integridad cutánea y tisular	10	20
Limpieza ineficaz de las vías aéreas	9	18
Riesgo de violencia dirigida a otros	7	14

Los diagnósticos de enfermería de mayor prevalencia en los pacientes con cáncer hospitalizados fueron: temor y conocimientos deficientes presentados por 36 pacientes (72%), el patrón respiratorio ineficaz y dolor crónico aparecieron en 30 pacientes (60%), seguido de desesperanza y ansiedad ante la muerte en 28 pacientes (56%); después se encontró la presencia de náuseas, hipertermia, riesgo de infección y exceso de volumen de líquidos en 22 pacientes (44%), seguido por el trastorno de la imagen corporal y el riesgo de baja autoestima situacional en 20 pacientes (40%); se presentó también desequilibrio nutricional por defecto, riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos y disposición para aumentar el bienestar espiritual 19 pacientes (38%); encontramos protección inespecífica e intolerancia a la actividad 15 pacientes (30%), deterioro de la eliminación intestinal, riesgo de violencia dirigida a otros, limpieza ineficaz de vías aéreas y deterioro de la integridad cutánea y tisular.

## Discusión

Ser profesional de enfermería, hoy y en el futuro, no implica solamente el conocimiento de una serie de técnicas y habilidades, sino que supone cada vez más un saber cuidar a las personas, esto es, comprender las respuestas humanas del paciente, sus motivaciones, sus deseos, sus sentimientos, sus emociones, etc.; dicho aspecto se toma en cuenta para el desarrollo de esta investigación que tuvo como objetivo conocer y entender los diagnósticos de enfermería como respuesta humana de los pacientes con cáncer. En el estudio se identificaron diagnósticos de enfermería en pacientes con cáncer; se encontró que el mayor porcentaje de los pacientes presentaba temor y conocimientos deficientes; para entenderlo tendremos que reflexionar en el ambiente de una unidad oncológica, pues se puede observar que el tipo específico de cáncer y el tratamiento necesario supone desafíos únicos para el paciente los cuales debe afrontar e influyen en la respuesta del paciente. El significado y las implicaciones del diagnóstico evolucionan con el tiempo y la experiencia, pero la adaptación y la incertidumbre siguen siendo desafíos recurrentes; una adecuada preparación y un buen conocimiento teórico de las enfermeras que tienen contacto con los pacientes oncológicos mejorará sensiblemente no sólo la asistencia ofrecida al paciente, sino también la calidad y cantidad de la información que pueda proporcionar la enfermera para tratar la incertidumbre, la culpa, el temor, la ansiedad y la desesperanza. Aunque los temores pueden estar bien fundados, disminuyen cuando se entabla una relación de co-

municación efectiva de enfermera-paciente. Siguiendo con los diagnósticos identificados en el percentil 50 o más encontramos que presentan patrón respiratorio ineficaz, dolor crónico, desesperanza y ansiedad ante la muerte, náuseas, hipertermia y riesgo de infección y seguidos por el trastorno de la imagen corporal, riesgo de baja autoestima situacional y disposición para mejorar el bienestar espiritual.

Lo anterior es similar a lo expuesto en Seattle por la *International Association for the Study of Pain* (IA) durante el primer simposium sobre dolor, en donde se menciona que el dolor es un síntoma frecuente en los enfermos terminales, sobre todo con neoplasias y su prevalencia aumenta a medida que progresa la enfermedad. El 60 a 80% de los pacientes tienen dolor de moderado a grave y 35% tienen dolor de grave a muy grave en las etapas finales de la enfermedad y al ser una experiencia desagradable se incluyen un conjunto de sentimientos entre los que destacan el sufrimiento, la ansiedad, la depresión y experiencia subjetiva que integran una serie de pensamientos, sensaciones y conductas que modulan el dolor. Otro aspecto mencionado es la incidencia de los síntomas respiratorios ya que tienen una prevalencia relativamente alta y son síntomas que suelen asociarse a una ansiedad importante para el paciente y la familia.

Para concluir retomaremos algunos aspectos importantes de intervenciones no invasivas para la mejoría del bienestar y la calidad de vida de los pacientes con cáncer de pulmón, las cuales son citadas en la revisión sistemática Cochrane, para dar solución a los diagnósticos de enfermería de mayor prevalencia en este estudio.

En conclusión, no hay duda que cualquier persona que sufre una enfermedad crónica obliga a una modificación en su estilo de vida; además desde el punto de vista psicopatológico el diagnóstico de cáncer repercute en aspectos cognoscitivos y emocionales del paciente. Las enfermeras se benefician de una valoración o base de datos estructurados con los que puedan determinar el grado de afección para determinar los diagnósticos de enfermería, tomando en cuenta la capacidad del paciente y su familia para realizar un plan de cuidados adecuados que les permita afrontar la situación de salud. El presente estudio permitió identificar los diagnósticos de enfermería mayormente presentados por los pacientes con cáncer por medio de una valoración estructurada para tal objeto y permitiendo lograr proporcionar intervenciones de enfermería encaminadas a la mejoría de dichos problemas con la finalidad de desarrollar una comprensión de las intervenciones más efectivas para los pacientes con cáncer y para trabajar en el desarrollo de una atención integral y efectiva.

## Referencias

1. Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
2. Da Silva P, De Oliveira L. Respuestas humanas identificadas en pacientes con infarto agudo al miocardio ingresados en la unidad de Terapia Intensiva. *Enferm Cardiol*. 2005; 36: 22-27.
3. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
4. Sampaio LAB, Pellizzetti N. Método científico-instrumento básico da enfermeira. En: Cianciarullo TI, editor. Instrumentos básicos para o cuidar: um desa.o para a qualidade de assistência. São Paulo: Atheneu; 1996.
5. Thomaz VA, Guidardello EB. Sistematização da assistência de enfermagem: problemas identificados pelo enfermeiro. *Nursing*. 2002; 54: 28-34.
6. Morales Asencio JM. La contribución de la enfermería a la atención sanitaria especializada y a las situaciones de urgencia y emergencia. *Hipatia 2002* (en prensa).
7. Medina Moya JL, Sandín Esteban MP. Epistemología y enfermería (II): paradigmas de la investigación enfermera. *Enf Clín*. 1995; 5: 32-44.
8. Im E, Meleis AI. Situation-specific theories: philosophical roots, properties, and approach. *ANS Adv Nurs Sci*. 1999; 22: 11-24.
9. Thorne S, Canam C, Dahinten S, Hall W, Henderson A, Kirkham SR. Nursing's metaparadigm concepts: disimpacting the debates. *J Adv Nursing*. 1998; 27: 1257-1268.
10. Shirley E. Otto, *Enfermería Oncológica*. Harcourt Brace (Morby) 3ra. Ed. 1999, Madrid, España. 799-816.
11. Weisman AD, Worden WJ. The emotional impact of recurrent cancer. *Psychosoc Oncol*. 1986. Vol.43
12. Herrera Gómez A. Manual de oncología. Procedimientos medicoquirúrgicos 2a ed. Mc Graw Hill-Interamericana. México: 2003.
13. Ortiz LE, Montes N. Respuesta del paciente oncológico. Publicación oficial de la Asociación Nacional de Enfermeras en Colombia (ANEC). Ed. 60 Sección Científicas. Bogotá: 2004.
14. Solal L, Thompson E, Subirana MC, Pascual A. Intervenciones no-invasivas para la mejoría del bienestar y la calidad de vida de los pacientes con cáncer de pulmón (Revisión Cochrane Traducida) En: *La Biblioteca plus*, 2006 Número 1, Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <http://www.update-software.com>.

# Perfil y sobrecarga del cuidador primario del paciente adulto mayor con afecciones neurológicas

## *Profile and overcharge of the primary care providers of the major adult patient with neurological affections*

Juan Manuel Compean-González<sup>1</sup>, Julieta Silerio-Vázquez<sup>1</sup>,  
Rocío Castillo-Díaz<sup>2</sup>, Martha Lilia Parra-Domínguez<sup>2</sup>

### Resumen

*Introducción.* En México las estadísticas sobre el cuidador primario revelan que existen padecimientos en número cada vez mayor, como las enfermedades neurológicas, las cuales representan un alto impacto sobre el cuidador primario y por lo tanto el aumento en el número de cuidadores del paciente adulto con este padecimiento. Los objetivos del presente trabajo fueron identificar las características del perfil sociodemográfico del cuidador primario del paciente adulto mayor con afecciones neurológicas, así como, identificar la sobrecarga que afecta la salud del cuidador primario de estos pacientes.

*Material y métodos.* El estudio fue descriptivo transversal. Para la realización del estudio se entrevistaron a 43 cuidadores primarios del Instituto Mexicano del Seguro Social (Clínica número 1 Lic. Ignacio García Téllez), utilizando los instrumentos Margaritas y Zarit.

*Resultados.* En el presente estudio predominaron las cuidadoras primarias del género femenino, con edad promedio de 41 a 60 años y en su mayoría presentaron una intensa sobrecarga emocional.

*Conclusiones.* El perfil sociodemográfico del cuidador primario del paciente adulto mayor se ve afectado en todo momento. *Rev CONAMED. 2008; 13 Supl 1: 17-21.*

*Palabras clave:* Perfil del cuidador primario; sobrecarga; afecciones neurológicas.

### Abstract

*Introduction.* In Mexico the statistics about the primary caretakers reveal that in big magnitudes sufferings exist as neurological diseases. Which represent a high impact on the primary keeper and therefore the increase in the number of caretakers of the adult patient with this suffering. The investigation objectives are to identify the characteristics of the profile sociodemographic the primary caretakers of the adult major patient with neurological affections, as well as to identify the overcharge that affects the health of the primary caretakers of the adult major patient with neurological affections.

*Material and methods.* Cross-sectional descriptive study. For the accomplishment of the study were interviewed 43 primary caretakers of the Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) clinical number 1 Lic. Ignacio García Téllez. Using the instruments Margaritas and Zarit.

*Results.* In the present study predominated the primary caretakers of the feminine genre, with age from 41 to 60 years and in the main they presented an intense emotional overcharge.

*Conclusions.* The socio-demographic profile of the patients primary caregiver older are affected at all times.

*Key words:* Profile, primary caretakers; overcharge; neurological affections.

<sup>1</sup>Pasante de Licenciatura en Enfermería; <sup>2</sup>Maestra en Ciencias de Enfermería, Profesor de tiempo completo de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Juárez del Estado de Durango, Durango.

Correspondencia: Autor responsable: Juan Manuel Compean González, dirección: Avenida tres culturas # 136, fraccionamiento Huizache 2, código postal 34160, Durango, Dgo. México.

Correo electrónico: rossi72@latinmail.com

## Introducción

En México las estadísticas sobre el cuidador primario revelan que existen padecimientos, en número cada vez mayor, como las enfermedades neurológicas, las cuales representan un alto impacto sobre el cuidador primario y por lo tanto el aumento en el número de cuidadores del paciente adulto con este padecimiento. El paciente con afecciones neurológicas, implica cada día más cuidados ya que es un paciente crónico y su padecimiento es de larga duración, de la misma forma que el proceso de la enfermedad es tan debilitante para el paciente, como para el cuidador.<sup>1,2</sup>

Por tal motivo la labor que el cuidador establece implica la ocupación de la mayor parte del tiempo; así mismo, el cuidador primario involucrado dentro de la atención brindada al enfermo se ve afectado socialmente ya que poco a poco va perdiendo el contacto con su entorno. La importancia de este estudio de investigación se ve reflejada en que cada día el adulto mayor va requiriendo mayores cuidados, predominando en los cuidadores el género femenino. De la misma manera las expectativas de vida van en aumento, así como el cuidador primario del paciente va perdiendo contacto con su entorno social. Los objetivos de este estudio fueron identificar las características del perfil sociodemográfico del cuidador primario del paciente adulto mayor con afecciones neurológicas. Así mismo, identificar la sobrecarga que afecta la salud del cuidador primario del paciente adulto mayor con afecciones neurológicas.

## Material y métodos

En este estudio descriptivo, se entrevistó a 43 cuidadores de pacientes con afecciones neurológicas que fueron el to-

tal de la población obtenida de los registros del Hospital General Regional de Zona Núm. 1 "Lic. Ignacio García Téllez" del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Se utilizaron los instrumentos Margaritas y Zarit<sup>1</sup> para medir el perfil sociodemográfico del cuidador y la sobrecarga percibida, respectivamente. El instrumento empleado fue una escala de tipo likert denominada Zarit, del cual se conoció la ponderación de la carga emocional que representa en el cuidador primario el manejo del paciente, este instrumento consta de 22 preguntas, con el que se empleó un tiempo aproximado de 7 minutos. Con una  $\alpha$  de 0.91 se realizó una valoración tomando en cuenta a partir de una puntuación de 22-41 se considera No sobrecarga, de 42 – 51 sobrecarga y de 52 a 95 una intensa sobrecarga. Tomando una puntuación máxima de 95 puntos por ítem.

Cada instrumento fue aplicado por los investigadores del estudio; se obtuvieron estadísticas descriptivas, utilizando frecuencias y porcentajes mediante el paquete estadístico SPSS para Windows versión 11.0.

## Resultados

Se encontró que el perfil del cuidador primario se caracterizó por una prevalencia del género femenino con 98% (Fig. 1); en cuanto al estado civil predominaron los cuidadores solteros con 53.5%; el parentesco de los cuidadores en relación con el paciente, fue en su mayoría hijos con 53.5%; el grado de estudios que con más frecuencia se presentó fue de primaria y profesional, abarcando 25.6%, respectivamente; el grupo de edades predominante fue de 41 a 60 años con un porcentaje de 32.5%, así como el 55.8% no realizaba actividades laborales fuera de su hogar. De la misma forma se encontró que el estado de salud de los cuidadores

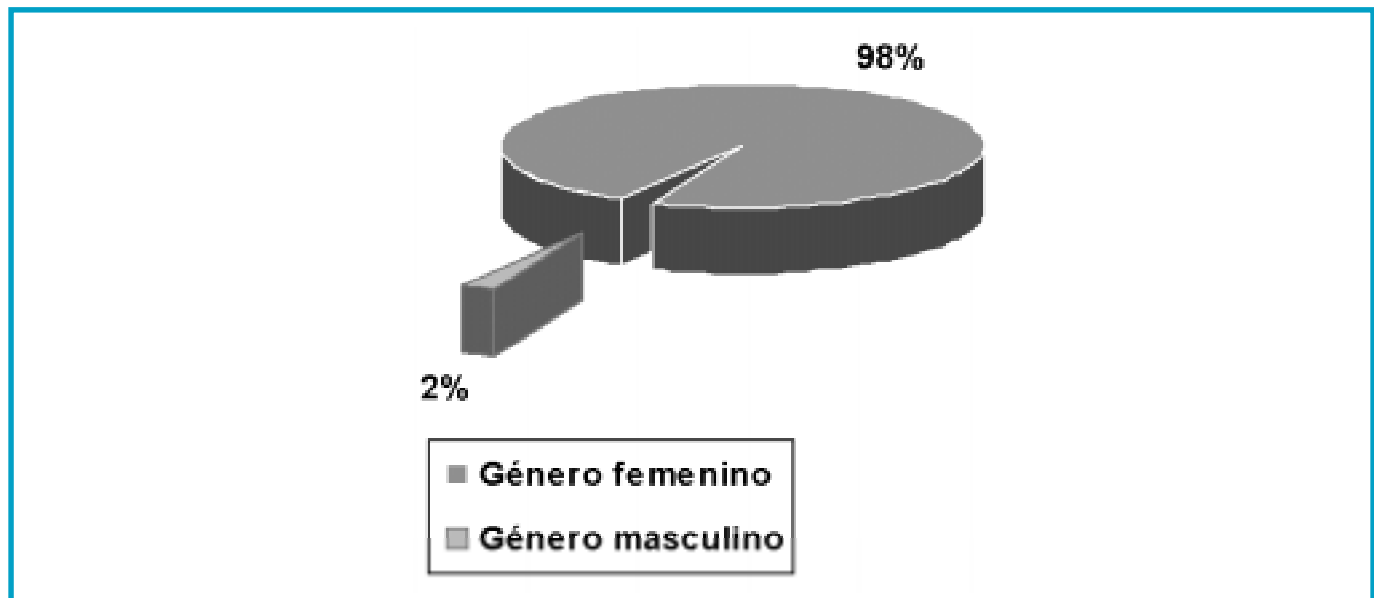


Figura 1. Cuidados primarios según género.

primarios variaba entre regular y bueno, con un porcentaje de 42%, respectivamente (Fig. 2). Las enfermedades que se presentaron con mayor frecuencia fueron las crónico-degenerativas, con un porcentaje de 37.5%; de éstas en 55.8% se llevaba a cabo algún tratamiento farmacológico. Se observó un porcentaje bajo de cuidadores primarios que consumen tabaco, con un total de 20.9%, de la misma

manera que en cuidadores que ingieren bebidas alcohólicas con un porcentaje total de 16.3%.

Se observó que 51.2% había presentado cambios de carácter a partir del cuidado del paciente, con problemas de insomnio en 48.8%. El tiempo dedicado para el cuidado del paciente adulto mayor se ubicó en un porcentaje de 56% los que dedicaban al paciente entre 12 a 24 horas del

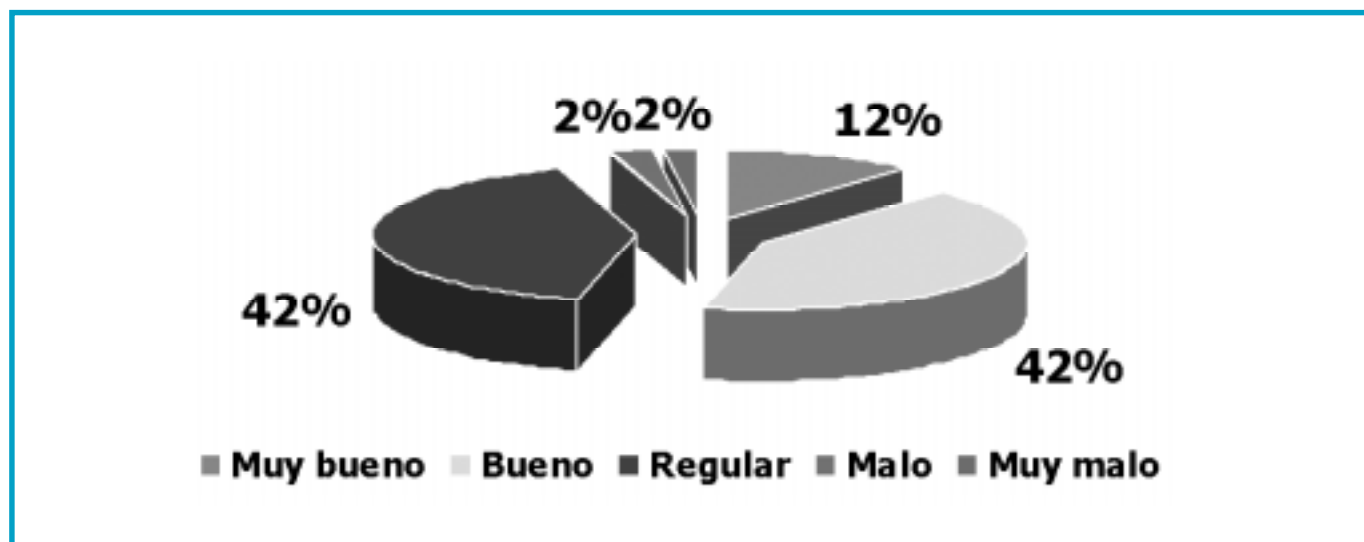


Figura 2. Estado de salud del cuidador primario.

día (Fig. 3); 72.1% no tomaban periodos vacacionales. De no ser cuidadores primarios, 74.4% manifestó que se dedicaría a trabajar, y 81.4% seguiría con sus actividades rutinarias, como trabajar, actividades de rol; así mismo, se encontró que 97.7% son cuidadores por motivos familiares. Se detec-

tó que 60.5% pide ayuda a otras personas para el cuidado del paciente, destacando que 58.1% son familiares; se encontró a 39.5% como cuidadores únicos, con un parentesco predominante de hijos del paciente con un total de 37.2%. Por último se obtuvo proporción de 82% en la eva-

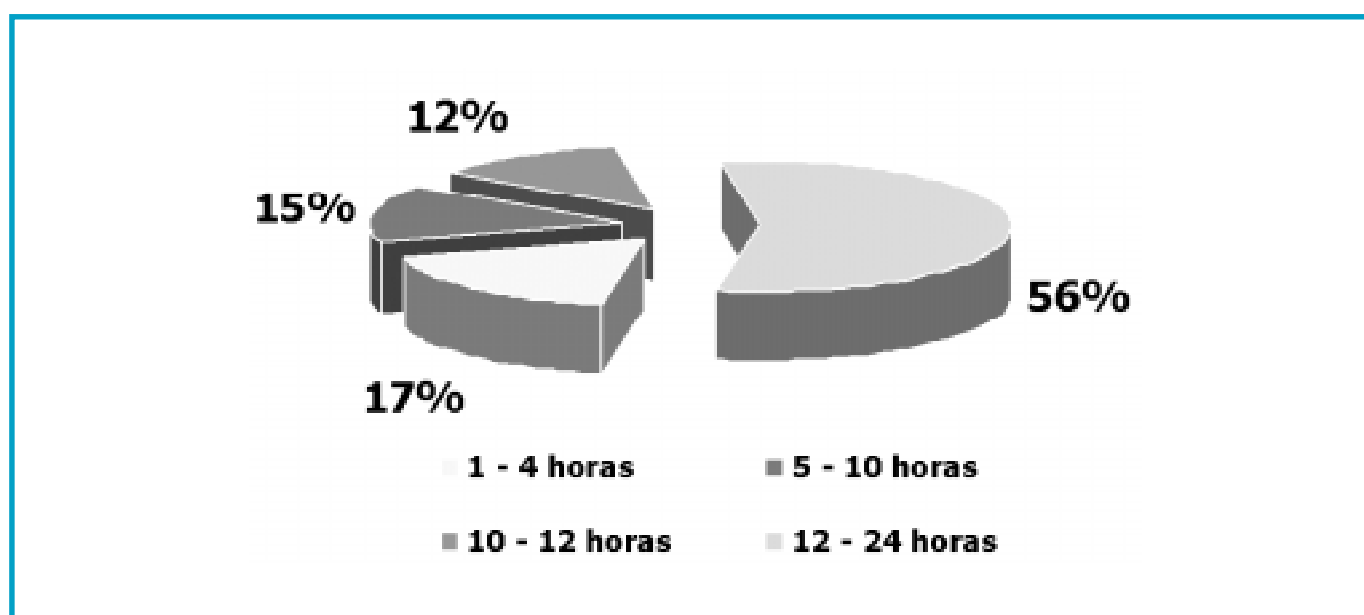


Figura 3. Tiempo dedicado para el cuidado del paciente.

luación de la escala de sobrecarga, detectando una intensa sobrecarga en el cuidador primario; es importante señalar

que el otro 18% de los cuidadores primarios también presentaron sobrecarga (Fig. 4).

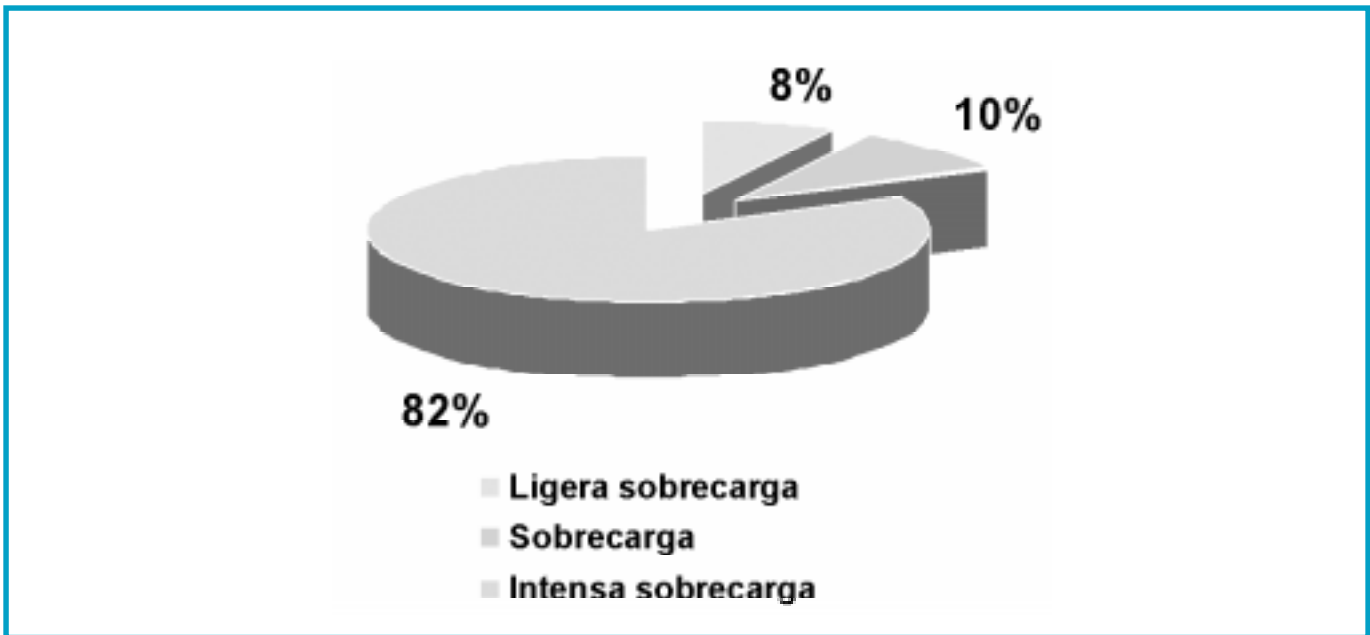


Figura 4. Sobrecarga en el cuidador primario.

### Discusión

El presente estudio de investigación permitió conocer el perfil del cuidador primario así como la sobrecarga que representa el cuidado del adulto mayor con afecciones neurológicas en 43 cuidadores primarios, obteniendo los datos de pacientes registrados en un hospital de segundo nivel de atención del estado de Durango.

En lo que respecta al primer objetivo del estudio se encontró que dentro del estudio del perfil sociodemográfico del cuidador primario se detectó que el género predominante es el femenino; esto puede deberse a razones culturales; así mismo, el género masculino es el encargado de realizar el trabajo fuera del hogar, reduciendo el tiempo de estancia en casa, por ende el cuidado de estas personas. De acuerdo al estado civil se encontró que en su mayoría son solteras (os); esto puede deberse a que el estado civil juega un importante papel, ya que el cuidar a un paciente con dichas características toma mucho tiempo y no permite llevar a cabo una vida marital plena.

Respecto a la escolaridad se encontró una similitud porcentual entre el número de cuidadores con estudios básicos y el total de cuidadores con estudios profesionales lo cual se relaciona con lo encontrado por otros autores, los cuales hacen referencia sobre un predominio en la educación primaria. Esto puede relacionarse con los niveles culturales y sociales de este país ya que los países en vías de desarrollo no cuentan aún con una educación mas completa. Con relación a la edad se encontró un predominio de

edades que oscila entre 41 y 60 años de edad, esto concuerda con lo descrito por Gálvez y colaboradores<sup>3</sup> quienes encontraron un promedio de 53 años; esto puede ser causado porque en los niveles sociales este grupo de edad corresponde a una disminución en las actividades laborales del cuidador.

Referente al perfil físico del cuidador primario se detectaron por igual los estados de salud, tanto bueno como regular, en un mismo porcentaje, lo cual concuerda con lo investigado por Badía y colaboradores<sup>4</sup> quienes encontraron un predominio de enfermedades de tipo crónico-degenerativas en cuidadores primarios. Esto se puede relacionar con las condiciones de salud presentes en el país, así como, los índices de morbilidad predominantes en México, que presentan un incremento en las enfermedades de tipo crónicas y degenerativas.

Un alto porcentaje lleva a cabo algún tipo de tratamiento farmacológico, de acuerdo a lo encontrado por algunos autores en el que hacen referencia de un porcentaje predominante que ingiere fármacos; lo anterior resalta la importancia de llevar a cabo un tratamiento adecuado para el manejo de las enfermedades presentes en el cuidador primario.<sup>4</sup>

Como lo menciona el resultado referente al perfil emocional del cuidador primario, el tiempo dedicado del cuidador al paciente con afecciones neurológicas corresponde a concentrarse por jornadas que abarcan desde la mitad del día hasta el día completo; sobre esto hacen referencia Pedrozo y colaboradores<sup>5</sup> mencionando que el tiempo de

dicado para el cuidado del paciente corresponde a jornadas de la mayor parte del día. Esto está de acuerdo con las características presentadas por el paciente, ya que el manejo de los mismos ocupa grandes lapsos de tiempo durante el día. La mayor parte de los cuidadores no toman periodos de descanso, ya que de acuerdo con Pedrozo y colaboradores<sup>5</sup> el cuidador termina aislándose de la sociedad.

Tomando en cuenta los resultados sobre las razones de ser cuidadores primarios, la mayoría mencionó que es debido a razones familiares por las que realizan dicha actividad; esto se encuentra en relación con lo observado por González y colaboradores,<sup>6</sup> quienes hacen mención que una parte es relacionada por afecto hacia el cuidador, en tanto otra parte lo realizan por obligación. Es así que se puede relacionar a que la mayoría de los cuidadores son familiares cercanos al paciente, por lo cual sienten un compromiso, así como también influyen los lazos afectivos con el paciente.

Con respecto a las redes de apoyo del cuidador, sólo una pequeña parte son cuidadores únicos; la mayoría de los cuidadores solicitan ayuda a otras personas, predominando entre estos los familiares; sobre este aspecto Galvez y colaboradores<sup>3</sup> refieren que la mayoría de los cuidadores primarios solicita ayuda a otras personas siendo estos de la familia. Esto tiene relación con la situación del cuidador y del mismo paciente, ya que entre la familia se tiene más conocimiento sobre el cuidado de la persona y son quienes conocen de manera correcta las características del paciente.<sup>7</sup>

En el apartado de medición de la sobrecarga del cuidador primario se encontró una intensa sobrecarga en éste, con las ya mencionadas características; a este respecto, Paleo y colaboradores<sup>7,8</sup> hacen referencia de que a mayor tiempo realizando las actividades de cuidador, mayor es la sobrecarga, empleando como instrumento la escala de Zarit; esto

tiene una relación estrecha con el tiempo de cuidado ya que el cuidador va perdiendo sus funciones en el rol personal para tomar funciones de cuidador primario, dando como resultado una sobrecarga emocional del mismo.<sup>9</sup>

De lo descrito anteriormente puede llegarse a la conclusión de que el perfil sociodemográfico del cuidador primario del paciente adulto mayor se ve afectado en todo momento, ya que físicamente se encontró que el género predominante fue el género femenino, encontrando cuidadores primarios solteros, con escolaridad baja, en el que de acuerdo con las características que presentó cada uno de los cuidadores existe un perfil físico alterado por las características ya mencionadas.

Lo anterior es debido a que el cuidador, dentro de las labores que realiza cotidianamente para el cuidado del enfermo, pierde su entorno social, su identidad física y sus funciones dentro de un rol, encaminándolo a un desgaste físico importante; así mismo, la sobrecarga emocional que presenta el cuidador primario en su mayoría fue intensa debido a las características del cuidado del paciente con afecciones neurológicas, el tiempo que conlleva mantener al paciente, las implicaciones familiares, ya que casi en su totalidad los cuidadores primarios son familiares, por lo tanto llevan a cabo labores por este compromiso.

Enfermería juega un papel muy importante en la labor del cuidado; una de las bases de la profesión se enfoca al cuidado;<sup>10,11</sup> sin embargo, existe un desconocimiento de tipo social en el que se da poco valor a esta disciplina, no se toman en cuenta las bases científicas que tiene el personal de enfermería, así como no se ha dado un reconocimiento social que permita el desarrollo de la enfermería en forma particular para lograr que un día sean los profesionales de enfermería los cuidadores primarios.

## Referencias

1. Zarit, SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feeling of burden. *Gerontologist*, 1980; 649-655.
2. Andrade, Cepeda, Pérez, Bárcena, Méndez, Blanco. Perfil de los cuidadores informales de adultos mayores hospitalizados. *Desarrollo Científico de Enfermería*. 2005; 13: 301-3.
3. Gálvez, Mora, Ras, Vidal, Vila, Córcoles. Perfil del cuidador principal y valoración del nivel de ansiedad y depresión. *Atención Primaria*. 2003; 33: 338-339.
4. Badia, Llach, Lara, Suriñach, Roset, Gamisans, et al. Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. *Atención Primaria*. 2004; 34: 171-7.
5. Pedroso, Ibáñez, Padrón A, Álvarez L, Bringas ML, Díaz, de la Fé. El cuidador: su papel protagónico en el manejo de las demencias. *Revista Mexicana Neurociencias*. 2005; 6: 162-4.
6. González, Ortiz, Terán, Trujillo, Ponce, Rosas, Sánchez, Escobar. Salud del cuidador y sus redes de apoyo en una clínica de medicina familiar de la ciudad de México. *Archivos Medicina Familiar*. 2003; 5: 4-52.
7. Paleo, Díaz, Rodríguez. ¿Por qué cuidar a los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer? *Revista electrónica de geriatría y gerontología (geriatrianet.com)*. 2005; 7: 3-9.
8. Paleo, Díaz, Falcón, Rodríguez, Rodríguez, Paleo. 2005. Sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia de Alzheimer. *Revista Electrónica de Geriatría*, 2007. 8 (2). pp. 1-9.
9. Pérez, Trullen, Abanto, Ald, Labarta, Mancho. El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo (demencia). *Atención Primaria*. 1996; 18: 194-202.
10. Flórez Lozano, et al. El síndrome del cuidador. *Jano*. 2000; 1345: 46-50.
11. Almeida, de Jara, et al. Manual de la Enfermería. Salud mental y Psiquiatría. MMV. Cultural; 2005. p. 425-7.



# Principios y valores que guían el ejercicio del personal de enfermería

## *Principles and values that guide the nursing personnel practice*

Lic. Severino Rubio-Domínguez<sup>1</sup>

### Resumen

El trabajo propone los valores éticos, estéticos y sociales, que como virtudes humanas, puedan ejercerse en la profesión de Enfermería. Partiendo de que los errores, equivocaciones y las iatrogenias que suceden en Enfermería, dependen de su capacidad técnica, de la visión de su función profesional, pero sobre todo, de su identidad con los valores que se han heredado de quienes han construido la Disciplina Científica y Humanista del siglo XXI. *Rev CONAMED. 2008; 13 Supl. 1: 22-26.*

*Palabras clave:* Valores éticos, estéticos y sociales; virtudes; profesión de enfermería.

### Abstract

This article proposes the ethical, aesthetic and social values that Nursing profession can perform as human virtues. Taking into consideration that mistakes occurs in Nursing depend on their technical capability, identity, vision of their professional development, but mainly, it depends on the identity with the values that have been inherited of whom have built the Scientific and Humanistic discipline of the twenty-first century.

*Key words:* Ethical values, esthetic and social values; virtues; nursing profession.

---

<sup>1</sup> Director de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México.

*Si el cuidado a la salud es una empresa humana, cuyo valor esencial es de índole moral, orientado hacia el bien, entonces las prácticas de cuidados de salud deberán ser estudiadas y orientadas no sólo por las ciencias naturales, sino por las ciencias humanas aplicadas.<sup>1</sup>*

La educación profesional de enfermería desarrolla valores que tienen que ver con el respeto por los derechos humanos, a la dignidad humana, a la muerte, la vida, las creencias, las ideas y el medio ambiente, cualidades que se integran al código personal como resultado de la intencionalidad académica planeada, así como de la ideología que se consolida después del número de horas de práctica que se realizan en situación real con las instituciones y las profesionistas de enfermería de los servicios, atributos que se fortalecen con la diversidad de actividades de formación complementaria y extracurricular. Recordemos que la docencia es una actividad organizada, sistemática e intencional en la que intervienen profesores, servicios al estudiante, materiales y medios didácticos, experiencias supervisadas y el compromiso del propio alumno en relación con su perfil de egreso.

En la época actual, sin embargo, nos encontramos en transición hacia el ideal de interés público de lograr que toda persona que ejerce la profesión de enfermería, lo haga a partir de una educación sólida reconocida institucionalmente y garantizada por el estado con el título y licencia profesional. El certificado de estudios ya no es suficiente para autorizar el ingreso a la vida del trabajo, en parte debido a que la transición se ha prolongado si consideramos que las Escuelas de tradición y jerarquía han emigrado a la educación de nivel superior, subsistema que es insuficiente para producir el número y nivel de especialización necesarios en la práctica de enfermería para nuestra sociedad moderna. En contraste, tenemos un subsistema de educación media que crece desordenadamente capacitando enfermeras para asumir funciones de enorme complejidad en lo técnico y tecnológico, y en relación interhumana, con los pacientes y su familia, pues la calidad tiene una dimensión técnica y otra humana, la cual no se suple del todo con disposición humanitaria, como se ha comprobado en nuestra propia historia de cien años como profesión.

Nuevamente, nuestra preocupación por asegurar calidad en la atención de enfermería nos remite a la circunstancia de velar por la idoneidad de las personas que ejercen esta delicada tarea, si consideramos que más de la mitad de las plazas de trabajo profesionales en el sistema de salud recaen en la fuerza de trabajo de enfermería. Nuestra preocupación es genuina y sobre bases muy reales, y es nuestra obligación compartir con los lectores de la Revista CONAMED esta enorme preocupación.

No dejamos de reconocer que la certificación de las y los profesionales de enfermería, así como, la acreditación de

sus programas académicos, contribuyen con este propósito de exigencias para la calidad; el primero está por establecerse y esperamos que se consolide pronto; el segundo tiene trayectoria, es muy confiable, pero sólo ha logrado cobertura en el subsector de las instituciones educativas de enfermería de gran prestigio, que por fortuna también tenemos en nuestro país. Escuelas y Facultades de donde egresan profesionistas de gran nivel, pero que con frecuencia se incorporan a la práctica profesional a desempeñar el mismo puesto al que ingresan enfermeras provenientes del subsector en cuestionamiento. Mucho falta por hacer para lograr la estructura piramidal, en un contexto además, de déficit de enfermeras profesionales.

Sabemos que los errores, equivocaciones y las iatrogenias que suceden en enfermería, dependen de la capacidad técnica, pero mucho más, de la identidad, con la visión amplia de la función profesional, que necesitan las personas y la sociedad a la que servimos, de la concentración en nuestro quehacer cotidiano, de la sobrecarga de tareas, pero también de la identidad con los valores que hemos heredado de quienes han hecho un gran esfuerzo para construir nuestra Disciplina Científica y Humanista que tenemos en el siglo XXI, valores que se constituyen en la guía del ser profesional, de aplicación obligatoria responsable y a partir de los cuales construimos nuestra personalidad como resultado de un esfuerzo ético al que nos comprometimos en la ceremonia de graduación.

Enfermería es una actividad formal de gran valor para la sociedad moderna, requiere de un sistema educativo de alto nivel, para ofrecer profesionistas del más alto nivel que se integren a su gremio de acuerdo con la evolución alcanzada y deseable que la sociedad necesita. Sin embargo, las posibilidades de un servicio con estándares de excelencia que se encuentra en la mente de nuestros líderes profesionales e intelectuales, contrasta con la percepción antigua de quienes integran personas habilitadas a desempeñar un rol limitado y que puede ser de alto riesgo para la vida y la salud de las personas que se confían a nuestro cuidado. Lamentablemente vemos que puede ser creciente la capacitación de enfermeras con insuficiente formación, si consideramos que actualmente hay más de 350 Escuelas de Enfermería que no tienen reconocimiento de calidad aceptable y que nos anticipa un fenómeno de escasez de Enfermería en un gran número de enfermeras egresadas de este sector del sistema educativo nacional.

No hay duda, en la época contemporánea Enfermería se ha desarrollado como una profesión a la altura de las exigencias de su tiempo, se ha transformado como una práctica sumamente especializada y que tiene claramente definido su rol social y responsabilidad específica frente a las personas que sirve, en las Instituciones donde desempeña su función y con las diferentes profesiones y disciplinas de las Ciencias de la Salud, con quienes comparte su máxima principal, lograr que las personas alcancen un estado ópti-

mo de salud y capacidad de vida, enfrentar la enfermedad y el sufrimiento y promover las mejores condiciones de la existencia humana.

En su evolución milenaria, el cuidado a los enfermos se transformó, de una práctica que se realizó por humanidad, actividad humanitaria después, hasta que en los últimos cien años por influencia del movimiento Nightingale, se consolidó como una profesión basada en principios humanistas, los que se pueden identificar en la obra de sus pensadoras más clásicas como Henderson, Benner, Watson, Orem, Rogers y Peplau, entre otras, que han dado a la Enfermería el marco filosófico para guiar el servicio que necesita la sociedad mundial.<sup>2</sup>

En nuestro país ciertamente encontramos un gran avance en los niveles y contenidos de la formación profesional, en el sector de las 60 Instituciones de Nivel Superior, donde se educan las enfermeras que egresan con Licenciatura, Especialidad, Maestría y Doctorado, pero también un gran rezago en el sector de educación técnica que ahora en su mayoría con formación bivalente del bachillerato, se caracteriza por impartir una educación escasa y deficiente de enfermería, en tanto que se encuentra centrada en las técnicas y para un rol de colaboradora en servicios hospitalarios.

La crisis de valores en la sociedad y la superficialidad sobre lo humano que caracteriza el ambiente de los tiempos modernos, llega a invadir el terreno de las profesiones establecidas a proteger y a procurar la salud, pero también en la medida que se afecta en la vida real el cumplimiento con el código de valores, la sociedad les exige mayor apego a actitudes éticas y humanitarias.

Así, en México, tenemos Enfermeras de alto nivel y en contraste de muy bajo perfil, lo que obliga a un esfuerzo de planificación y replanteamiento de las formas de educación y contratación, de los profesiogramas, y para precisar las responsabilidades que puede asumir una enfermera, de acuerdo con el tipo de formación, técnica o profesional, que recibió en la escuela. Pero si consideramos que los valores más esenciales de la Enfermería Profesional se adquieren en el eje de formación metodológica y disciplinar que sólo conservan y desarrollan ahora las instituciones de nivel superior, conviene reflexionar sobre la necesidad de una campaña preventiva de carácter anticipatorio a la deshumanización de un gran número de enfermeras que provienen de una educación insuficiente y ausente en Epistemología de Enfermería, Filosofía de Enfermería, Historia de Enfermería, Ética y Legislación en Enfermería, contenidos imprescindibles para asegurar la mística de profundo interés por lo humano y las condiciones de la vida humana, así como para entender la verdadera complejidad del cuidado.

Enfermería como profesión humanística también se realiza en apego estricto a valores, que se han fortalecido desde la ética universal, desde su propia historia, pero más recien-

temente por la contribución específica de sus teorías y método universal de la enfermería profesional, que han puesto de relieve la necesidad de vivir valores éticos, estéticos y sociales, que como virtudes humanas puedan ejercerse en nuestra profesión, tales como: *honestidad, veracidad, responsabilidad, justicia, autoestima, afecto, amabilidad, disciplina, colaboración, compromiso, creatividad, dinamismo, discreción, disposición, ecuanimidad, iniciativa, lealtad, observación, paciencia, percepción, pulcritud, reflexión, servicio y solidaridad*; las que se constituyen en atributos de egreso de una formación profesional sólida, más que en requisitos de ingreso a la vida del trabajo. Por consiguiente, lo anterior se constituye en metas de alumnos y profesores y en referentes de colaboración de las enfermeras profesionales que tienen relación tutorial con jóvenes estudiantes en su práctica cotidiana.

En ejercicio de autoanálisis, conviene reflexionar, sobre cuáles valores específicos se encuentran vulnerados por las circunstancias de la práctica profesional, valores que se pueden redescubrir y vivir de un modo especial por las enfermeras, como resultado de profundas reflexiones éticas y filosóficas sobre lo que entendemos y aceptamos para nuestra profesión, y lo que nuestra sociedad espera de nosotros como profesionistas expertos en compasión, de procurar y velar al humano.<sup>3</sup>

Cada uno de nosotros puede contestar a este tipo de preguntas, desde distintas perspectivas. Así, algunos lo harían basándose en reacción emotiva, resultado de experiencias positivas vividas en el ejercicio profesional, de tal forma que no necesita más explicaciones. La vida misma se lo demuestra. Sin embargo, puede llegar un momento en la vida en que nos preguntemos o requiramos una aclaración racional, a consideraciones que nos permitan juzgar la validez o la fundamentación de lo que queremos ser y llegar a ser, como personas humanas. Fernando Savater en su obra "El Valor de educar" menciona que no es suficiente nacer humano, hay que ser humano, así la Enfermería, es una oportunidad de práctica para acercarse a lo humano y para llegar a ser humano.<sup>4</sup>

Los Principios formales que influyen en la conciencia de la Enfermera Profesional, entendidos como verdades universales y razones fundamentales que derivan de la noción misma del bien, son una suerte de intuición o hábito que contiene los preceptos de la ley natural, de que "*el bien ha de hacerse y el mal de evitarse*", principio imperativo que recibe el nombre de *sindéresis*. El principio *antropico* nos señala que es legítimo todo lo que contribuye al bien auténtico de la persona a nuestro cuidado. Por su parte el principio de *virtud*, nos indica que el bien posible, es obligatorio realizarlo, no es optativo.<sup>5</sup>

En cuanto al principio *Imperativo categórico* que nos indica actuar como cualquier otro pudiera hacerlo válidamente en mi lugar y en mi circunstancia, comprende la utilización del sentido común, de razonamiento lógico y de la

experiencia. Debiera ser un principio que guíe el actuar cotidiano; lamentablemente no es así.

Al hablar de valores tenemos presente la belleza, la justicia, la bondad, la utilidad, etcétera y sus polos negativos, la fealdad, la injusticia, la maldad, la inutilidad, etcétera. Nos referiremos primero al valor que atribuimos a las cosas y posteriormente al valor de la conducta humana, en especial a la conducta moral.

Los valores son cualidades dotadas de contenido que se depositan en bienes, por tanto los valores no son, sino que valen. Son bipolares, siempre tienen un contrario positivo y negativo.

El valor y el deber de realizarlo están enlazados; nuestra preferencia de un valor sobre otro se debe a que los valores son captados por nuestra intuición emocional ya jerarquizados. La voluntad de realizar un valor moral superior en lugar de uno inferior, constituye el *Bien moral*, cuando estamos en este plano en que la persona hace suyos los valores, los practica y se esfuerza por desarrollarlos, nos encontramos con personas, enfermeras, ejemplo de virtudes morales. Por supuesto que las hay, son modelos de inspiración y con frecuencia son quienes gozan del reconocimiento y aprecio de sus colegas, pacientes y familiares. Tienen autoridad profesional y académica en las instituciones.

Hay dos virtudes dentro de todas las demás, que son de reforzar en la cultura de nuestra profesión, me refiero a la *prudencia* y a la *fortaleza*, sin ellas no hay otra virtud posible (*elegir el Bien constituye la prudencia; no abandonarlo, a pesar de los obstáculos de las pasiones y la soberbia, constituyen respectivamente, la fortaleza, la templanza y la justicia*). Sobre esta base podemos desarrollar las llamadas virtudes cardinales.<sup>6</sup>

Se debe reconocer que la madurez humana es consecuencia del desarrollo armónico de las virtudes humanas; esta madurez se manifiesta sobre todo, en cierta estabilidad de ánimo, en la capacidad de tomar decisiones ponderadas y en el modo recto de juzgar los acontecimientos de las personas.

Con el propósito de animar a nuestros lectores a integrarse a la cruzada por la humanización de la Enfermería de México, desde el fortalecimiento de nuestros valores más esenciales, sugiero ejercitar de manera razonada, en nuestro quehacer cotidiano en la vida laboral, profesional y personal, las siguientes virtudes:

La virtud de la *prudencia* que facilita la reflexión adecuada antes de enjuiciar cada situación y la consecuencia de tomar la decisión acertada, pondera las consecuencias favorables y desfavorables para uno mismo y para los demás, antes de tomar una decisión, y luego actúa o deja de actuar de acuerdo conforme a lo decidido.<sup>6</sup>

La *fortaleza*, resistiendo las influencias nocivas, soportando incluso circunstancias que se viven como desagradables, lo que implica una entrega con valentía, influir positivamente y vencer las dificultades.<sup>6</sup>

La *justicia*, asumiendo la necesidad de un esfuerzo para dar a los demás lo que es debido de acuerdo a nuestra función social y responsabilidad profesional y en respeto a sus derechos. El acto justo comprende tres aspectos: Alteridad, Derecho estricto e Igualdad. La Alteridad significa, ponerse en el lugar del otro, como lo afirma Virginia Henderson. El Derecho estricto es la entrega inexcusable de algo debido. La Igualdad es dar lo que es adecuado a todos sin distinción, entre lo que se debe ofrecer y lo que se entrega.<sup>6</sup>

La *responsabilidad*, que es asumir las consecuencias de nuestros actos intencionados o no, resultado de las decisiones que tome, deje de tomar o acepte.<sup>6</sup>

El *respeto*, que se traduce en actuar o dejar actuar, procurando no perjudicar ni a sí mismo ni a los demás, de acuerdo a sus derechos, su condición y sus circunstancias.<sup>6</sup>

La *lealtad*, que implica aceptar los vínculos explícitos o implícitos en adhesión a otros -amigos, jefes, familia, pacientes, instituciones, gremio, de tal modo que refuerza con carácter y protege con devoción, el significado y la trascendencia de los vínculos, y a lo largo del tiempo los valores que ambos representan.<sup>6</sup>

La *laboriosidad*, disposición conciente para cumplir diligentemente las tareas profesionales que nos corresponden, aunque no se encuentren precisadas en un contrato laboral porque se comprenden en nuestro contrato social con la humanidad. Nos implica cumplir con gusto actividades necesarias para lograr el cumplimiento de su trabajo y de los demás deberes inherentes al rol profesional.<sup>6</sup>

La *paciencia*, es decir, soportar las circunstancias con serenidad.<sup>6</sup>

La *sociabilidad*, atributo imprescindible para llegar a ser enfermera, en tanto se aprovecha y se crean cauces adecuados para relacionarse con distintas personas y grupos, consiguiendo comunicarse bien, a partir del interés y preocupación que mostramos por lo que son, por lo que dicen, por lo que hacen, por lo que piensan y por lo que sienten.<sup>6</sup>

Les invito a redescubrir la filosofía de nuestra profesión, a repensar y reconceptualizar Enfermería como Arte y Ciencia Humanística, a profesores, alumnos y enfermeras profesionales en general, en tanto que nos corresponde preservar la mística y acrecentar el valor de nuestra profesión.

El cuidado de Enfermería ha sido identificado como objeto de estudio y eje del ejercicio profesional, siendo éste intencional, interpersonal e intransferible, como lo plantea Colliere cuando expresa: "El cuidado humano en Enfermería no es por tanto una simple emoción, preocupación, o un deseo bondadoso. Cuidar es el ideal moral de Enfermería, el fin es protección, engrandecimiento y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano implica valores, deseos y compromiso de cuidar, conocimiento y acciones de cuidado".<sup>1</sup> La dinámica del cuidado de Enfermería se orienta a la vida humana integral, respetando los derechos y sentimientos de la persona que se cuida.<sup>7</sup>



A menudo el cuidado es invisible, cuidar o preocuparse de alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza, acompañarle en su camino, estando presente, son acciones invisibles. La enfermera invita a la persona a tomar conciencia de sus elecciones de salud, a actuar y a llevar a cabo las actividades ligadas a la salud, por tanto el papel de las enfermeras consiste en hacer posible la acción personal.<sup>8</sup>

Tenemos el privilegio de vivir en un periodo único de la humanidad, cuando los avances científicos y tecnológicos

en Biología Molecular, Ingeniería Genética, Telecomunicaciones, y en Nuevos Materiales, por ejemplo, nos han permitido adquirir nuevos y fascinantes poderes sobre la vida, y al mismo tiempo entrar a un mundo fértil en nuevos conceptos de las ciencias para la vida y de vida moral para las ciencias, que exigen y promueven un cambio en los paradigmas de las profesiones, fenómeno que se encuentra presente e influye en el avance de la Enfermería, como Arte y Ciencia y su inserción en la práctica multidisciplinaria del cuidado a la salud.

## Referencias

1. Colliere MF. Promover la vida. Barcelona: Interamericana-Mc Graw Hill; 1982.
2. Marriner T. Modelos y teorías en Enfermería. Madrid: Elsevier Mosby; 2006.
3. González J. El Ethos, destino del hombre. México: Fondo de Cultura Económica; 1996. p. 15-7.
4. Savater F. El valor de educar. México: Instituto de Estudios Educativos y Sindicales de América; 1997.
5. Rodríguez C. Ética Profesional y legislación. México: Ed. SUA-ENEO; 2005.
6. Isaacs D. La Educación de las virtudes humanas y su evaluación. Navarra: Universidad de Navarra; 2003. p. 65, 134, 152, 237, 256, 276, 296, 332, 395.
7. Grupo de Cuidado. Dimensiones del Cuidado. Colombia: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 1998. p. 8-15.
8. Kerouac S. El Pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 2005. p. 42-6.





HAZ TU SERVICIO SOCIAL  
 EN INVESTIGACIÓN EN CONAMED



La Comisión Nacional de Arbitraje Médico, de la más cordial Bienvenida a estudiantes del área de salud y afines de la Universidad Nacional Autónoma de México que estén interesados en realizar su Servicio Social con actividades de investigación, analizando el origen de las quejas, para generar soluciones y propuestas que propicien una mejor atención médica a la población mexicana.

Ofrecemos:

- Flexibilidad de horario.
- Ambiente cordial e interprofesional que favorece la aplicación de los conocimientos y el enriquecimiento multidisciplinario.
- Inscripción gratuita a los programas educativos que imparte CONAMED.
- Desarrollo de competencias cognitivas: pensamiento crítico, trabajo colaborativo, análisis bibliográfico.
- Reconocimiento de la participación en proyectos de investigación (publicaciones).
- En algunas facultades es una OPCIÓN PARA TITULACIÓN.

Para mayor información, ponte en contacto con nosotros. ¡No te pierdas esta gran oportunidad!



Dr. Héctor Aguirre Gas, Director de Investigación.  
5420-7030. [haguirregas@conamed.gob.mx](mailto:haguirregas@conamed.gob.mx)

Dra. Esther Mahuina Campos Castola.  
5420-7143. [mahuina@conamed.gob.mx](mailto:mahuina@conamed.gob.mx)

# Seguridad y calidad en el cuidado de enfermería del paciente oncológico

## *Security and quality in the care of nursing of the oncological patient*

M. C. E. Mónica Gallegos-Alvarado<sup>1</sup>

### Resumen

Aunque actualmente los pacientes diagnosticados con cáncer tienen mayores posibilidades de sobrevivir e incluso de curación, existe aún una proporción considerable de pacientes que no logran este objetivo. En esos casos, la terapia se dirige al *control*, es decir, al periodo libre de enfermedad más prolongado posible. Esta terapia es un arma de doble filo para el paciente y su familia: por un lado está la esperanza de desafiar las probabilidades y por otro el temor a la recurrencia. Las estadísticas pueden predecir una experiencia de vida de acuerdo con el diagnóstico, la patología y el estadio de la enfermedad, pero pueden pasar por alto la respuesta del paciente. La enfermera en oncología no es puramente técnica, pues la experiencia física y psicosocial de cada individuo es única e impredecible, por lo cual se requiere una gran interacción enfermera-paciente. *Rev CONAMED. 2008; 13 Supl 1: 27-30.*

*Palabras clave:* seguridad del paciente, cuidado de enfermería, paciente oncológico, calidad del cuidado de enfermería.

### Abstract

Although this moment the patients diagnosed with cancer have greater possibilities of overlife and even of definitive treatment, a considerable proportion of patients still exists who do not obtain this objective. In those cases, the therapy goes to the control, that is to say, the free period of possible prolonged disease more. This therapy is a weapon of double edge for the patient and his family: in one side is the hope to defy the probabilities and by the another one is the fear to the recurrence. The statistics can predict a experience of life in agreement with the diagnosis, the pathology and the stage of the disease, but they can ignore the answer of the patient. The oncological nurse is not purely technical, because the physical and psycho-social experience of each individual is only and unpredictable, thus requires a nurse-patient great interaction.

*Keywords:* patients safety, nurse care, oncological patient, nurse care quality.

---

<sup>1</sup>Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Juárez del Estado de Durango. Enfermera Operativa en el Centro Estatal de Cancerología..

Correspondencia: M.C.E. Mónica Gallegos Alvarado. Calle Mina Magistral del oro 217, Fracc. Acereros, C.P. 34030, Durango, Dgo. Tels: (01)6181287287, (01)6181170619, FAX 6188171197. Correo electrónico: monikg91@ Hotmail.com

La incidencia de cáncer en el mundo se incrementa conforme aumentan las expectativas de vida del ser humano debido a la mejoría de la calidad, de acuerdo a las recientes estimaciones de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer y de la Organización Mundial de la Salud; aproximadamente 9 millones de nuevos casos de cáncer son detectados por año en todo el mundo y más de 50% de los casos ocurren en los países en vías de desarrollo, que para el año 2015 este número se incrementará alrededor de 15 millones de casos de los cuales dos terceras partes ocurrirán en los países en vías de desarrollo.<sup>1</sup>

El cáncer engloba una familia compleja de enfermedades cuya característica principal es la alteración del control de la proliferación celular. De acuerdo con las estadísticas oficiales, las neoplasias malignas ahora constituyen la segunda causa de muerte en población mexicana superando los 50 000 casos en el año 2000.<sup>2</sup> Lo anterior refleja la gravedad del problema más aún cuando el objetivo nacional es elevar los niveles de salud de la población mexicana; esto nos lleva a buscar y mejorar acciones de promoción, prevención, tratamiento y mantenimiento del estado de salud en enfermedades cancerosas.

La transformación maligna de las células es el resultado de un proceso muy complejo, que ocurre en varias etapas, y en él intervienen factores múltiples en su origen y mecanismo; relacionado a esta complejidad su tratamiento es complicado y diverso, con resultados variables. Así que los objetivos del tratamiento del cáncer es la curación de la enfermedad, aumentar la supervivencia, mejorar la calidad de vida y aliviar los síntomas.<sup>3,4</sup> Las enfermeras juegan un papel importante en la prestación de cuidados de alta calidad para pacientes con cáncer; su labor debe ser entrelazada a lo largo del desarrollo de la enfermedad y tratamiento ofrecido para disminución, recuperación o mantenimiento del estado de salud. Ahora más que nunca el derecho del paciente con cáncer y su familia es recibir cuidados de enfermería competente y consciente ya que durante todo el proceso lo que dicen y hacen las enfermeras influye de gran manera en la calidad de vida de estas personas.

A través del desarrollo de la práctica en el ámbito de la oncología se ha podido observar que el tipo específico de cáncer y el tratamiento necesario suponen desafíos únicos para el paciente los cuales debe afrontar y que influyen en la respuesta; los cambios físicos visibles acentúan el impacto personal y social. También surgen grandes diferencias en la respuesta que dependen del grado de alteración del cumplimiento diario del tratamiento. El significado y las implicaciones del diagnóstico evolucionan con el tiempo y la experiencia, pero la adaptación y la incertidumbre siguen siendo desafíos recurrentes. Al principio, la persona y su familia experimentan el choque de un diagnóstico inesperado o el dolor de tener que confirmar sus peores temores. A partir de ese momento el significado del cáncer para cada persona va evolucionando.

Los estudios de numerosos pacientes con cáncer han producido información relacionada con el impacto psico-social; entre los aspectos más preocupantes para los pacientes y las familias se agrupan en siete áreas de inquietud predominantes; estas son: *Preocupación sobre la salud, Concepto de sí mismo, Trabajo y finanzas, familiares y allegados, Religión o espiritualidad, Amigos y compañeros, Inquietud existencial.*

Justo después de la revelación de un diagnóstico de cáncer, cada persona define un camino único que se caracteriza por las respuestas físicas y psicosociales individuales a una situación de incertidumbre; la preocupación principal es la lucha entre la vida y la muerte. La familia y los amigos también comparten estas primeras preocupaciones y experimentan una reacción aguda de duelo ante el diagnóstico mismo y ante la incertidumbre del resultado. Estas reacciones como respuesta a la enfermedad crónica pueden visualizarse desde el marco conceptual de la teoría de las relaciones interpersonales de Peplau.<sup>5</sup> El texto y la filosofía de la Teoría de las relaciones interpersonales enfermera-paciente son claros, y hablan el lenguaje que las enfermeras quieren y necesitan; estos pueden ser utilizados en cualquier ámbito proporcionando al paciente cuidados más seguros.

Merecen seria consideración los cuidados brindados en los servicios de oncología, ya que resulta valioso reconocer, clarificar y construir una comprensión de lo que sucede cuando una enfermera se relaciona con un paciente pues son etapas importantes del cuidado. La enfermería como ciencia se encuentra en una posición singular para identificar y estudiar el alcance, ámbito e intensidad de los problemas humanos recurrentes que surgen en la vida cotidiana.<sup>5</sup>

Las necesidades humanas se expresan en una conducta que tiene por meta la seguridad o satisfacción de necesidades, deseos y anhelos. Se requiere de tiempo para llegar a conocer al paciente como persona, a fin de permitir el posterior desarrollo de la personalidad como una "Fuerza social", que ayuda a las personas a identificar lo que desean y a sentirse libres y capaces de luchar junto a otros en la consecución de metas que producen satisfacción y posibilidad de progreso. La paulatina identificación de las necesidades sólo es posible cuando Enfermera y Paciente se comunican en la relación interpersonal.<sup>6</sup>

La enfermera ayuda mejor al paciente cuando tiene claridad sobre su personalidad, su ética profesional aún más importante; la enfermera ayuda mejor al paciente cuando está consciente de sus deseos y lo ayuda a expresarlos y clarificarlos. También están aquellas en posición idónea para identificar y estudiar los grados de afección y habilidad que despliegan las personas al enfrentarse a las dificultades y para desarrollar con los pacientes el tipo de nuevas experiencias necesarias para el perfeccionamiento de sus habilidades.<sup>5</sup>

El primer objetivo para la enfermera es promover y establecer una relación terapéutica significativa, en forma tal que pueda otorgarse una atención individualizada ya que la interacción efectiva requiere un interés en la personalidad del paciente como de la enfermera. Esto conduce inevitablemente no sólo hacia la salud, sino, a través de la relación, hacia un mayor conocimiento de sí mismo y de los demás, contribuyendo al mejoramiento de la salud, a la calidad de vida, identificando y determinando comportamientos y factores que influyen para el desarrollo de habilidades.<sup>7</sup>

Peplau<sup>5</sup> se valió de las ideas de la ciencia conductual y de lo que se ha dado en denominar Modelo psicológico para elaborar su teoría de las relaciones interpersonales. Los elementos tomados del modelo psicológico: "Permiten a la enfermera apartarse un poco de una orientación centrada en la patología y pasar a una visión que permita explorar e incorporar el significado psicológico de los hechos, sentimientos y conductas en las intervenciones de enfermería. Ofrece a la enfermera la oportunidad de enseñar al paciente como experimentar sus sensaciones y averiguar con ello el modo de asimilarlos".

La respuesta al diagnóstico de una enfermedad crónica siempre tiene implicaciones psicológicas y sociales complejas; el reconocimiento de este hecho ha dado lugar a que los cuidadores profesionales establezcan objetivos de atención concomitantes: el control de la enfermedad y la calidad de vida; esta última ha evolucionado a la par con la comprensión y el tratamiento médico del cáncer, convirtiendo a los aspectos psicosociales en oncología en un campo de estudio y práctica., una base teórica creciente que proporciona el camino para la intervención.<sup>3</sup>

En la actualidad, en el campo de las ciencias de la salud, al igual que en la medicina, resulta realmente imprescindible un conocimiento y una preparación en el ámbito de la psicología, sociología y de la antropología; esta nueva orientación, lleva a considerar la enfermería práctica desde el punto de vista más amplio: "El paciente deja de ser el mero portador de un órgano enfermo; debe ser captado como persona en su totalidad y tratado como tal". En fin, la medicina práctica debe comprenderse y practicarse a la luz de los factores psicológicos, si no desea correr el riesgo de que el tratamiento se convierta en una técnica estéril. En otras palabras, la comprensión psicológica del paciente y deseo de penetrar hasta los problemas emocionales del paciente, deberían formar parte del arsenal terapéutico del médico y enfermera.<sup>8</sup>

Un aspecto importante de recordar es que, por medio del diencéfalo y el sistema vegetativo, los factores neuróticos inconscientes ejercen sobre la fisiología del organismo una influencia que puede manifestarse en disfunciones y alteraciones orgánicas. Según los neurofisiólogos, toda situación de estrés conduce a una activación del hipotálamo que pone en marcha inmediatamente los mecanismos de protección

y de defensa por vía motora, visceral y neurohumoral, a la vez que dirige señales hacia la corteza cerebral, de modo que la emoción puede ser percibida.<sup>9,10</sup>

Está claro, que desde nuestra perspectiva, en correspondencia con la de otros autores, la Medicina y la Psicología, no pueden estar basadas en un empirismo clínico; algunos científicos, como Freud, Krehl y Von Bergman, entre otros, introdujeron una dimensión muy relevante en el quehacer diario de la labor de enfermería, cual es el factor biográfico o psicológico, dejando en claro que: "No hay enfermedades sino enfermos". Actualmente, todo médico y/o enfermera, sea cual fuere la especialidad a la que se dedique, ha de sentirse de alguna manera psicólogo, si no quiere que su labor finalmente, sea realmente estéril. El médico y/o enfermera que no lleve aspectos de psicología en su bagaje científico, tendrá siempre una visión miope y astigmática de su profesión, porque olvidará que el hombre es un complejo indivisible de alma y cuerpo y que uno y otro sufren siempre.<sup>8</sup>

La deshumanización del hospital y su asistencia, puede ser en parte consecuencia de que, entre el enfermo y la enfermera, existe una barrera intelectual y efectiva que comporta el desconocimiento del enfermo en todos los aspectos de su personalidad. La enfermera, unas veces por miedo, otras por falta de formación psicológica adecuada, puede refundirse en los cuidados físicos del paciente, evitando en gran manera el encuentro interpersonal global.

La esencia de la enfermería como profesión, habrá de ser necesariamente cuidar al hombre no sólo por lo que tiene, sino por lo que es. Pero esto no ha sido siempre así ni lo será en todas sus consecuencias, en tanto no se concientise al personal de salud, al mismo tiempo que se puedan potenciar estos conocimientos.

Es conocido que el personal de enfermería proporciona enseñanza, actuando cada vez más en todos los ambientes, desarrollando sus acciones en los diversos niveles, en los que las dimensiones psicosociales, resultan ser fundamentales para el logro del deseo de la Organización Mundial de la Salud, es decir "salud para todos". En fin, la meta es preparar a la enfermera con el objeto de que pueda comprender, sentir y asumir las necesidades psíquicas del enfermo oncológico, no como función de lujo, sino como instrumento terapéutico que ha de jugar un papel muy significativo en la seguridad y calidad del cuidado, así como, en la recuperación del paciente, colaborando simultáneamente en el desarrollo de la humanización de las relaciones hospitalarias.

Hoy la psicología también la ha integrado en los diversos niveles de la Medicina y de Enfermería y es precisamente porque las variables conductuales pueden afectar a la salud de diversas formas, cognitivas, hábitos psicológicos perniciosos, factores psicosociales, factores emocionales, rasgos de personalidad, entre muchas otras. Queda pues claro, que la perspectiva humanista se inserta cada vez más en la

Medicina y en la Enfermería, como un instrumento valioso en la ayuda, tratamiento y cuidado del paciente, incorporándose plenamente a los programas de investigación, de forma interdisciplinaria, tratando de vislumbrar la relación existente entre el psiquismo y la enfermedad, poniendo al descubierto la importancia de los procesos de comunicación y de asistencia psicológica.<sup>8</sup>

A la vista de estos hechos, ser profesional de enfermería hoy y en el futuro, no implica solamente el conocimiento

de una serie de técnicas y habilidades, sino que supone cada vez más un saber cuidar a las personas, esto es, comprender las necesidades humanas del enfermo, sus motivaciones, sus sentimientos, sus emociones, etc. Una buena enfermera, deberá tener una potente capacidad empática, pues la utilización de la psicología ha de permitirle desarrollar profundamente su profesión, traduciéndolo a cuidados de enfermería más seguros y de calidad redundando en última instancia, en la satisfacción y bienestar de los enfermos.

## Referencias

1. Gaona E. Cáncer, radiación y seguridad radiológica. México: Edilibros; 1999. p. 1-2.
2. American Cancer Society. Cancer. Facts and figures. Atlanta: American Cancer Society; 1996.
3. Otto SE. Enfermería oncológica. 3ª ed. Madrid: Harcourt Brace (Mosby); 1999. p. 799-816.
4. Trucker SM, Canobbio MM, Paquette M, Vargo E. Normas de cuidados del paciente. 6ta. ed. Madrid: Harcourt/Océano; 1999. p. 965-974.
5. Peplau HE. Relaciones interpersonales en enfermería. Barcelona: Salvat Editores; 1990. p. 4-23.
6. Howard-Simpson. Modelo de Peplau. Aplicación práctica. 2ª. ed. Barcelona: Masson-Salvat; 1992.
7. Marriner TA. Modelos y teorías de enfermería. 3ª ed. Madrid: Mosby; 1994.
8. Flores JA. La comunicación y comprensión del enfermo oncológico. Oviedo: Universidad de Oviedo; 2004. p. 11-23.
9. Bard P. A diencephalic mechanism for the expression of rage with special reference to the sympathetic nervous system. Am J Physiol. 1928; 84: 490-515.
10. Bonanni Rey RA, Cardinali DP. Evaluación clínica de la función autonómica. Prensa Médica Arg. 1991; 78: 67-73.

## Síntesis de la queja

Se presume mala práctica relacionada con negligencia o falta de cuidado a la paciente, pues durante su hospitalización, presentó caída con traumatismo en ojo derecho y lesión esclerar grave.

## Pretensiones

Que la Institución demandada otorgue una indemnización a la paciente, ya que ella se sostenía económicamente, haciendo productos manuales. Que la Institución de Salud proporcione atención médica rehabilitatoria que requiera, con el máximo nivel de atención.

## Resumen clínico

### 1 de julio 2003

Paciente femenino de 84 años, la cual sufre caída de su plano de sustentación presentando contusión sobre cadera izquierda.

Ingresa al servicio de Urgencias. Es valorada, encontrándose reactiva, consciente, con palidez de tegumentos, buena hidratación, muñeca izquierda con aumento de volumen y rotada, miembro pélvico izquierdo con acortamiento y rotación externa, hipertrofia del mismo. Ambos miembros lesionados con crepitación ósea y limitación de arcos de movilidad. Estudios de rayos X reportan solución de continuidad ósea transtrocantérica, trazos oblicuos completos, así también solución de continuidad ósea a nivel de metáfisis distal del radio, trazo completo transverso impactado.

En la nota de Enfermería del turno matutino, se menciona que la paciente se encuentra poco cooperadora, desorientada y quejumbrosa. En el turno nocturno se menciona a una paciente senil con Glasgow de 15.

## Diagnóstico

Fractura transtrocantérica de fémur izquierdo. Fractura metafisaria distal de radio izquierdo.

### 3 de julio 2003

La paciente es ingresada al servicio de Geriatria y Ortopedia, se proporcionan cuidados preoperatorios y tratamiento farmacológico para el dolor e inflamación, así como la inmovilización de las extremidades lesionadas. La nota de Enfermería del turno vespertino a las 16 horas menciona, "paciente en delirium e inquietud con desorientación temporoespacial, cooperadora, hemodinámicamente estable". Posteriormente a las 17 horas la enfermera realiza sujeción gentil. El turno nocturno de Enfermería reporta: "paciente alterada, con delirio e inquietud, se reporta a médico de guardia, el cual hace caso omiso. La enfermera al realizar el cambio de turno menciona en su nota de Enfermería "continúa paciente desorientada, grosera e irritable".

### 4 de julio 2003

16:00 horas. Ingresa paciente a quirófano para la realización de reducción abierta y fijación interna con clavo-placa DHS (*Dynamic hip screw*). Manipulación externa de fractura de muñeca. Se proporciona anestesia con bloqueo mixto (peridural y subaracnoideo), sedación con midazolam 1 mg más fentanil 50 mg, tiempo quirúrgico de 2 horas con 40 minutos, sangrado aproximado de 240 mL. Volumen urinario por hora de 100 mL. Se coloca aparato de yeso braquial y cojín abductor. En sala de recuperación, la enfermera quirúrgica reporta: paciente consciente, inquieta, signos vitales dentro de los parámetros normales, venoclisis permeable, llenado capilar adecuado de ambos miembros operados, heridas quirúrgicas limpias.

Nota de Enfermería en sala de recuperación 16:30 horas: Recibo paciente senil, bajo efectos de bloqueo, inquieta, con venoclisis en miembro superior derecho permeable, herida quirúrgica limpia y seca con drenovac a succión, aparato de yeso en brazo izquierdo, se proporcionan cuidados generales de

# CASO CONAMED Enfermería

## CONAMED Case Nursing

Lic. Miguel Ángel Córdoba Ávila  
Dirección de Investigación  
CONAMED

Enfermería. Sube paciente a piso por alta de anestesiología.

23:30 horas. La paciente es egresada del área de recuperación posquirúrgica al servicio de Geriatria y Ortopedia. La enfermera de piso recibe a la paciente consciente, inquieta, signos vitales dentro de los parámetros normales, venoclisis permeable en miembro superior derecho, aparato de yeso braquipalmar en muñeca izquierda, drenovac a succión cerrada en herida quirúrgica de cadera izquierda, heridas quirúrgicas limpias y secas, revisa circulación distal de miembros operados, se asegura de dejar cómoda a la paciente. Posteriormente, busca al médico de guardia de Ortopedia en su oficina para comunicarle el ingreso de la paciente. Después realiza una llamada al departamento de informes para la localización de los familiares de la paciente que reingresó; a continuación, acude al llamado de la paciente de la cama contigua a la que le había ingresado, la cual le gritó pidiendo ayuda, ya que la paciente se había caído; la encuentran en el piso en decúbito ventral, la enfermera pide apoyo de camillero y médico de guardia para subir a la paciente a su cama, se observa traumatismo en ojo derecho, con ligero sangrado, dolor en ojo, así como drenovac y venoclisis desconectados. El médico de guardia realiza exploración sin encontrar alteraciones aparentes sobre las cirugías. Se solicita interconsulta a Oftalmología, la cual diagnóstica laceración de esclera y traumatismo grave del globo ocular; se realiza procedimiento quirúrgico con anestesia general balanceada.

Diagnóstico quirúrgico: Reparación de herida esclerar.

### 5 de julio 2003

Nota de Enfermería: paciente somnolienta, parche ocular en ojo derecho, aparato de yeso en brazo izquierdo, se administran medicamentos indicados durante el turno.

### 6 de julio 2003

Nota de Enfermería en sala de Geriatria y Ortopedia: paciente femenina senil, orientada, palidez de tegumentos, parche ocular en ojo derecho, gotas administradas por familiar, se brindan cuidados generales de Enfermería.

### 10 de julio 2003

Nota de evolución, Ortopedia: Herida quirúrgica sin infección, ni dehiscencias, se egresa por parte del servicio, cita en consulta externa en 10 días.

Diagnósticos de alta: P.O.P. Fx de cadera RAFI con DHS.

Fx de radio distal.

Delirium remitido.

Deterioro cognitivo.

Trauma ocular derecho (Sutura de herida esclera).

### 25 de julio 2003

Nota servicio Oftalmología: paciente con dolor ocular y periorbitario, por lo que al revisarla y no percibir luz en ojo derecho, se decide la evisceración, la cual se realiza sin complicación, con anestesia general y en sala de quirófano, se coloca un implante de MEDPOR y conformador.

### Análisis del caso

El presente análisis está basado en los datos obtenidos del expediente. Con el objetivo de saber:

- Si el equipo multidisciplinario de salud del servicio de Geriatria y Ortopedia atendió sus obligaciones de medios.
- Si el personal de Enfermería realizó un plan de cuidados, específico e individualizado de la persona con el fin de identificar y satisfacer cada una de las necesidades básicas de la paciente.

El objeto del presente, es el de apreciar elementos periciales acerca del

cumplimiento o incumplimiento por el personal de salud, de las obligaciones inherentes al servicio de Enfermería. De igual modo, coadyuvar desde el ángulo clínico a esclarecer hechos para mejorar la práctica diaria del profesional de Enfermería.

El velar por la seguridad de nuestros pacientes y prevenir los eventos adversos es una obligación no renunciante. Es un componente crítico en la gestión de calidad asistencial en instituciones de salud. El no dañar como primera regla, es también un principio rector en el acto quirúrgico (durante el perioperatorio). La seguridad de nuestros enfermos pasa por la minimización del riesgo de presentar un evento adverso.

Los eventos adversos pueden ocurrir debido a la conjunción de múltiples fenómenos, como procesos mal desarrollados, tecnologías mal aplicadas o interacciones humanas fallidas. El error es una de las causas de eventos adversos, pero daño y error no siempre van ligados. Sin embargo, es aquí, en los errores, donde cabe aplicar todas las medidas y esfuerzos en la prevención, ya que los errores son prevenibles.

El profesional de Enfermería como principal integrante del grupo multidisciplinario es el que *realiza la oportuna identificación del riesgo* para prevenir daños, disminuir la morbilidad y bajar los costos hospitalarios

Existen varios reportes, en la literatura especializada, que refieren que las caídas suelen ocurrir en los pacientes hospitalizados, con una frecuencia que oscila entre 13% y 32%. En las unidades de salud, las caídas se presentan hasta en 47% de los pacientes. Otros reportes señalan una frecuencia de hasta 133 eventos en cinco meses.<sup>1</sup>

Los pacientes que sufren caídas, han padecido lesiones físicas (70% de las caídas generan lesiones, de las que 1% a 10% corresponden a fracturas). Por tanto, el paciente hospitalizado que se cae, aumenta significativamente su morbilidad y los costos de los sistemas de salud, además de ser blanco de futuras intervenciones.<sup>2</sup>

Refiere la literatura que las medidas para reducir las caídas en los hospitales han recibido poca atención, por ello es necesario implantar un programa interdisciplinario de prevención de caídas, a fin de reducir su incidencia en los hospitales, atendiendo a las particularidades propias, tanto de los pacientes como de la unidad hospitalaria.

Las obligaciones del personal de salud se dividen en obligaciones de medios, de seguridad. Al área de Enfermería le competen las obligaciones de medios y de seguridad. Las obligaciones de medios, se definen como el compromiso de poner todos los recursos y la diligencia necesarios en el ejercicio profesional, aplicando el saber y el proceder, a través de una conducta prudente y diligente. Estas acciones y actitudes son siempre exigibles a los profesionales de salud. Las obligaciones de seguridad, son dirigidas al deber de evitar accidentes y se refieren a que el personal de salud debe hacer uso correcto de los aparatos y equipo, así como, colaborar para mantenerlos en buenas condiciones de manera que se pueda ofrecer la mayor seguridad a los usuarios de los servicios de salud.<sup>3</sup>

En un reporte de la literatura se señaló que de 17 caídas, 7%, se produjeron incluso cuando el paciente tenía instauradas medidas de protección, lo que lleva a plantear si las medidas aplicadas eran las adecuadas o no.<sup>4</sup>

El ingreso hospitalario plantea una serie de riesgos que no se limitan sólo a las infecciones nosocomiales, sino que se extienden a la interacción del paciente con el medio. Durante su paso por las instalaciones del hospital le pueden suceder incidentes imprevistos que originan lesiones y entre estos incidentes destacan por su morbilidad y secuelas, las caídas, que tradicionalmente se han utilizado como indicador de calidad de los cuidados, no sólo del personal de Enfermería sino del personal médico.

La estancia de un paciente en el hospital supone siempre un riesgo, independientemente de la entidad patológica por la que se ingresa. El paciente hace uso de las instalaciones del hospi-

tal, se traslada o es trasladado de un sitio a otro en camilla u otros medios; se desplaza por el hospital y es sometido a procedimientos y técnicas curativas o de exploración y/o intervenciones quirúrgicas. La interrelación del paciente con el medio hospitalario origina riesgos, entre ellos podríamos mencionar caídas en el baño, caídas desde la cama, lesiones al pasar al paciente de una camilla a otra, lesiones que se pueden producir al realizar alguna exploración, etc.

Dentro del amplio rango de los riesgos del medio hospitalario, las caídas constituyen un evento relativamente frecuente en todos los hospitales del mundo y pueden tener consecuencias importantes tanto a nivel individual como de la institución, siendo uno de los indicadores más usados para la medición de la calidad de los cuidados de Enfermería. Los estudios indican que las dos terceras partes de las caídas se pueden prevenir.<sup>5</sup>

Resulta necesario establecer la magnitud del problema al que se enfrentan los profesionales de la salud (directivos, administrativos, médicos, enfermería y personal paramédico) e implantar estrategias, puesto que el estudio detallado de los accidentes/ incidentes y de las circunstancias que los rodean permitirán identificar los pacientes que están en riesgo y poner en marcha medidas que minimicen y/o eviten los incidentes.

También es necesario identificar accidentes/incidentes originados por caídas de los pacientes hospitalizados, conocer las circunstancias en que se producen, identificar los factores relacionados con las mismas y examinar las consecuencias de los incidentes para implementar medidas de solución.

En cada paciente que sufre una caída intrahospitalaria, es deseable que se registren los siguientes datos, a fin de prevenir nuevos eventos:

- a) Información sobre el paciente: edad, sexo, fecha de ingreso, servicio en el que estaba ingresado.
- b) Datos sobre el incidente: fecha en que se produjo, hora, servicio en

el que se produce, lugar físico concreto (habitación, servicio, pasillo, otros), situación del paciente (solo, acompañado por un familiar, acompañado por personal de salud), iluminación que existía en el momento del incidente (luz natural, iluminación eléctrica general, pilotos, oscuridad).

- c) Tipo de incidente: caída en reposo (desde la cama, camilla, silla o sillón, silla de ruedas) y caída en bipedestación (deambulando, al levantarse, al acostarse, al sentarse, en el servicio o cuando se encuentre en la regadera).
- d) Condiciones estructurales que puedan influir en el incidente: ausencia de barandales en la cama, suelo resbaladizo, falta de agarraderas.
- e) Estado general del paciente en el momento de sufrir el incidente: nivel de conciencia (orientado, confuso, inconciente, agitado), nivel de movilidad (independiente, apoyo mecánico, ayuda parcial, ayuda total), patologías que puedan influir en el incidente (inestabilidad motora, problemas de visión), fármacos administrados (psicofármacos, diuréticos, hipotensores).
- f) Causa del incidente, tal como la identifica el paciente si está consciente o los profesionales en caso contrario (mareo, desconocimiento del entorno, resbalón, movimiento en la cama).
- g) Consecuencias del incidente: sin lesiones, excoriaciones, hematomas, heridas abiertas, fracturas. A excepción del primer ítem, los demás nos harían incluir el incidente en la categoría de accidente según la definición expuesta.
- h) Zona(s) afectada(s), en caso de que la respuesta a la variable anterior haya sido positiva, se identifica la localización anatómica de la lesión.<sup>6</sup>

Destaca también que muchos de los incidentes se producen en pacientes conscientes y orientados; este hecho puede llevarnos a pensar que las mayores medidas preventivas que se to-

man en el caso de pacientes agitados son eficaces. Sin embargo, en las personas que están clasificadas como orientadas y con movilidad independiente se produce un buen número de incidentes; esto debe llevar a ser más precavidos en estos casos, especialmente cuando se trata de personas de edad avanzada.

Se ha reportado que las fracturas sobre el total de caídas registradas varían entre 8% y 10%; en este sentido hay que tener en cuenta que esta complicación se presenta en población anciana y por tanto, con mayor riesgo de sufrir fracturas como consecuencia de la caída que la población general.

Las caídas son un riesgo real que acontece en el medio hospitalario y constituyen un indicador de calidad asistencial. La Organización Mundial de la Salud define el término caída como "la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo hacia el suelo en contra de su voluntad".<sup>4</sup>

Las caídas en las personas mayores representan una causa importante de morbi-mortalidad. Más de 70% de las muertes por este motivo suceden en sujetos mayores de 65 años. Los accidentes son la sexta causa de muerte en personas mayores de 65 años y las caídas son la principal causa de muerte por accidente; además, la mortalidad por caídas aumenta con la edad.<sup>4</sup>

Las causas que provocan las caídas son múltiples y pueden ser agrupadas en factores intrínsecos y extrínsecos. Entre los primeros se encuentran los cambios propios de la edad, alteraciones de la marcha y movilidad, trastornos del equilibrio, pobre estado de salud, trastornos emocionales y efectos de la medicación.

Entre los factores extrínsecos cabe destacar, ambientes desconocidos, calzado inadecuado, arquitectónicas de la unidad hospitalaria, del equipo y mobiliario, de elementos de uso personal, de proceso, escasa iluminación. Con la edad disminuye la influencia de los factores extrínsecos aumentando los intrínsecos (edad, factores fisiológicos del

envejecimiento, enfermedades que favorecen las caídas, consumo de fármacos, etc.).

En la bibliografía consultada, aparece descrita una relación directa entre el número de factores crónicos presentes en el sujeto y el riesgo de caídas.

Si bien, la mayoría de las caídas no provocan daños graves, sí producen dolor y sufrimiento en el paciente, aumentando en algunos casos la estancia hospitalaria y, consecuentemente, el gasto de la Institución de salud y de la familia.

Tomando en cuenta las recomendaciones que realizó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico<sup>7</sup> en lo referente a la prevención de caídas se mencionan las medidas de seguridad que debe implementar la enfermera en el cuidado que le brinda al paciente.

#### Medidas de seguridad relacionadas con el personal de Enfermería

- a) Detectar los riesgos de caída: físico, mental o farmacológico. Registrar el riesgo de caída en el reporte de Enfermería.
- b) Explicar al paciente y su familiar la razón del uso de barandales para evitar la renuencia a utilizarlos.
- c) Comprobar que el timbre funcione y esté al alcance del paciente.
- d) Orientar sobre el uso del banco de altura y el mobiliario de la unidad.
- e) Acudir rápidamente al llamado del paciente, especialmente en caso de pacientes que necesitan ayuda para ir al sanitario.
- f) Acompañar al paciente hasta el baño, no dejarlo solo. Y regresarlo a su cama.
- g) Mantener al alcance del paciente los objetos de uso personal, además tener disponible para su uso el cómodo y el orinal.

- h) Proporcionar educación al paciente y su familia sobre medidas de seguridad.
- i) Orientar al paciente para que se levante de la cama o de la silla lentamente para evitar el mareo relacionado con la hipotensión postural.
- j) Retroalimentar a los estudiantes de Enfermería sobre estas medidas de seguridad, darles a conocer el protocolo de prevención de caídas, durante el curso de orientación a la Institución.

Si se llevan a cabo estas medidas se podrán prevenir consecuencias serias tanto físicas, como psíquicas y sociales; en las primeras se pueden ubicar las fracturas, la incapacidad física y en algunas ocasiones la muerte.<sup>7</sup>

#### Análisis

Existen recomendaciones, que no se llevaron a cabo por el personal de Enfermería y se analizan a continuación:

1. *Contar con un protocolo para evaluar el riesgo de caída en todos los pacientes desde su ingreso y durante su hospitalización.* La enfermera desconocía este protocolo.
2. *Valorar y registrar los factores de riesgo potencial de caída en el paciente durante su estancia hospitalaria lo que implica identificar las condiciones físicas, mentales y emocionales del paciente.* Lo cual no realizó la enfermera quirúrgica, al omitir en la entrega a la enfermera de piso y en la hoja de registros de Enfermería, las condiciones físicas y mentales en las que se encontraba la paciente.
3. *Establecer el plan de cuidados y las intervenciones de Enfermería correspondientes con la valoración del riesgo real o potencial de caída*

*del paciente.* La enfermera de piso no realizó una valoración adecuada de la paciente, ya que no implementó un plan de cuidados con diagnósticos potenciales o de riesgo de caída en la paciente.

4. *Utilizar los aditamentos de seguridad dispuestos para la prevención de caídas.* No se utilizaron los aditamentos de seguridad necesarios para evitar la caída de la paciente.
5. *Reportar las fallas, descomposturas o falta de equipo o material dispuesto para la seguridad del paciente al jefe inmediato o a quien corresponda de acuerdo al protocolo establecido en la institución o unidad.* No se encuentra documentado en los registros de Enfermería la falta de equipo o mobiliario para proporcionarle medidas de seguridad a la paciente.
6. *Dar continuidad a las medidas de seguridad adoptadas o establecidas en el protocolo y hacer los ajustes necesarios.* La enfermera del área de quirófano no menciona las medidas de seguridad en la sala de recuperación a la enfermera de piso y tampoco las documenta en sus registros por lo que el riesgo o accidente de caída pudo haber sucedido desde el área de quirófano.
7. *Documentar todos los hechos o acciones relacionados con la prevención o los incidentes o accidentes que se hubieran presentado durante la estancia hospitalaria del paciente.* En los registros de Enfermería no se encuentra documentada la caída de la paciente ni su estado físico, psicológico postraumatismo, lo cual evidencia un error en la falta de dar constancia de las condiciones en que se encuentra la paciente.

Es importante señalar que el punto número cuatro de estas recomendacio-

nes menciona: Informar sistemáticamente al paciente y/o familiar, sobre el riesgo y las acciones para disminuir el riesgo de caídas. Esto no se realizó ya que la paciente se encontraba sola en sala de Geriatria. La bibliografía consultada menciona que la presencia del acompañante no es una garantía como para descuidar otro tipo de medidas (barandales, sujeción gentil, posición cómoda, etc.).<sup>6</sup>

La mayoría de las caídas se producen en los tres primeros días del ingreso; esto puede ser atribuido a que es el momento en que la patología causante del ingreso suele estar en su fase más aguda y, además, el medio resulta aún desconocido; tales factores pueden combinarse para originar más caídas. Por lo cual analizando el caso, la paciente se encontraba en su tercer día de hospitalización en el momento de la caída e ingresa a la sala de Geriatria y Ortopedia; por lo cual desconocía el área física donde se encontraba aunado al dolor en la herida quirúrgica y somnolencia postanestésica; debido a la sedación proporcionada en el acto quirúrgico; era necesario realizar las medidas de seguridad con el fin de evitar un accidente.

Es importante mencionar acerca de la nota de Enfermería, que dentro de la normatividad Mexicana, es parte de un expediente clínico que es considerado un documento legal, y que tiene su fundamento en la Norma Oficial mexicana NOM-168-SSA1-1998.

Se define el registro de Enfermería como: el conjunto informativo relativo a cada paciente de la prestación del cuidado, proporcionado por el profesional de salud correspondiente, así como por los auxiliares; es decir se han de recoger los datos de carácter de salud de cada paciente. Además, en la hoja de Enfermería se hace constar los acontecimientos que han ocurrido en la jornada laboral, independientemente de las explicaciones verbales dadas al médico durante la visita. Cabe resaltar la aplicación de que cuanto más extensa sea, mejor; ya que en caso de algún problema legal o de tipo adm-

nistrativo, ésta constituirá un auténtico medio de prueba y defensa para el profesional de enfermería.

Es importante registrar los signos y síntomas en la hoja de Enfermería, ya que son datos relevantes que nos orientan a identificar necesidades de atención. Además, la hoja de Enfermería es un documento legal que avala la calidad y continuidad de los cuidados, mejora la comunicación, evita errores y posibles duplicidades que pueden producirse en el cuidado hacia los pacientes.

Se mencionan a continuación, algunas acotaciones importantes para el personal de Enfermería de acuerdo a la valoración, según la teoría de necesidades de Virginia Henderson y que debió redactar y/o realizar.

### Evitar los peligros del entorno

La paciente era muy dependiente a su ingreso y durante su estancia hospitalaria, debido a su patología de base y edad, manifestó gran necesidad de atención de Enfermería. Cualquier movimiento pudo presentar un evento adverso. Ella se encontraba al momento del ingreso postquirúrgico con un déficit de autocuidado, ya que el familiar no se encontraba junto a la paciente. En ninguna nota de Enfermería se menciona la estancia del familiar con la paciente. Además de que la fractura en fémur hace más limitada la movilidad de la paciente, lo cual genera que tenga interacciones dependientes de la gente que la rodea.

Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada. Descansar y dormir.

Un paciente postoperado manifiesta dolor y se relaciona con su incapacidad física, así también por su estado postquirúrgico y lo manifiesta por irritabilidad, queja, inmovilidad, rigidez de miembros y presenta acciones conductivas para la movilidad en cama, con el fin de evitar el dolor, mejorando su posición en la cama.

Al ser movilizada de la camilla de traslado a la cama de hospitalización, se le

causó dolor en el sitio quirúrgico, debido al movimiento de ser cambiada de cama sólo por un camillero, sin tener la ayuda de alguien más para su traslado, ya que la movilización de este tipo de pacientes operados de una articulación le resta movilidad en 60 %; además de que la posición adecuada para dejar confortable a la paciente debería haber sido en abducción, ya que con esta posición se evita el luxamiento de la cadera operada, así como el de evitar el riesgo de caídas debido al equilibrio que maneja la paciente al tener las piernas en un ángulo mayor a 45°.

Las medidas que debió tomar la enfermera son:

- a) Realizar test de La Escala Visual Analógica (EVA): permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad del dolor y de ansiedad.<sup>8</sup>
- b) Mantener una correcta alineación corporal de la paciente durante su permanencia en la cama. Al tener que mantener la cabecera elevada por el estado postanestésico, era conveniente revisar que la posición fuera la indicada, correcta y confortable para la paciente.
- c) Tener cerca de la paciente todo lo que pueda necesitar.
- d) Dejarle el timbre cerca para que pudiera avisar de alguna necesidad.
- e) Favorecer la comunicación.
- f) Tocarle la mano para dar apoyo emocional.

- g) Ofrecerle escuchar sus dudas y miedos.
- h) Hacerle preguntas para responder sobre su confort, dolor y estado de conciencia.

Existen en la literatura algunas variables que predicen delirium en pacientes añosos hospitalizados como son: deterioro cognitivo previo, depresión y alcoholismo. El postoperatorio es también un importante factor predisponente. La incidencia de delirium en la cirugía cardíaca es de 30%, y en la cirugía de cadera se eleva a 50%. Debido a esto la enfermera estaba comprometida a adoptar medidas de seguridad para la paciente, como son la de uso de barandales y/o sujeción gentil.<sup>9</sup>

También, es importante mencionar que la Institución prestadora de los servicios de salud, tiene igualmente la responsabilidad de proporcionarle al paciente los medios de seguridad, en su estancia hospitalaria, como lo mencionan los requisitos de Acreditación de Establecimientos Públicos para la Prestación de Servicios de Salud, estipulado por la Subsecretaría de Innovación y Calidad.<sup>10</sup> Ya que la paciente carecía de una cama que tuviera barandales; aunado a que el servicio de Geriatría y Ortopedia es el servicio donde, por el tipo de pacientes, tienen más riesgo de sufrir caídas.

En síntesis, podemos hacer las siguientes apreciaciones:<sup>11-15</sup>

- a) Paciente senil con varios diagnósticos de riesgo y potenciales de Enfermería, lo que la hace ser una paciente demandante de cuidados dependientes.
- b) Se reportó con intranquilidad y desorientación; por ello la colocación de barandales en la camilla y la sujeción de la paciente, era ne-

cesaria y no se realizó, incluso en las condiciones clínicas presentadas hasta ese momento.

- c) Se considera una omisión de anotaciones por parte del personal de Enfermería, cuando la obligación era hacer evidente por escrito en la hoja de Enfermería, la presencia de algún problema técnico con el accidente: falta de barandales, deficiencia de luz, etc., así como, de las condiciones generales postcaída: lesión ocular, estado de conciencia, estado actual de los sitios quirúrgicos, etc.
- d) La omisión de las anotaciones sucedió en casi todos los turnos, independientemente del estado de conciencia de la paciente.
- e) El registro de la hora en el que se verificó el estado de conciencia fue el dato más omitido. El cual es de suma importancia, pues da a conocer el tiempo en el cual tiene más variaciones su estado de conciencia. Con este dato se definiría además la cantidad de eventos que ha tenido la paciente y la regularidad, aunado a los diagnósticos de Enfermería que se realizan en cada evaluación por la enfermera al brindar algún tipo de cuidado específico.
- f) La enfermera quirúrgica, no registró al momento del traslado de la enferma a piso el estado de conciencia de la paciente; sólo menciona el alta por parte del servicio de Anestesiología; ella puede quedar involucrada en una conducta negligente.
- g) El caso se encuentra como mala práctica profesional; así también que la Institución no cubrió las obligaciones de seguridad al no tener el mobiliario adecuado para evitar la caída de la paciente.

Agradecemos a los Doctores Jorge Muñoz, Fernando Rosales y a la Lic. Araceli Zaldivar, como consultores técnicos para la elaboración de este caso.

## Referencias

1. Bueno CA, et al. Factores de riesgo de caídas en una población anciana institucionalizada. Estudio de cohortes prospectivo. *Med Clínica*. 1999; 112: 10-5.
2. Juvé Udina ME, Carbonell Ribalta MD, Sánchez Jiménez P, Brossa Miguel P, Ortí Contel F, Villanova Solano ML, et. al. Riesgo de caída en adultos hospitalizados. *Enferm Clínica*. 1999; 9: 257-63.
3. Casa Madrid MOR. La atención médica y el derecho sanitario. México: JHG Editores; 1999.
4. Gómez A, Urruela C, Iglesias A. Caídas en un hospital de agudos: características del paciente. *Rev Mult Gerontol*. 2002; 12: 14-8.
5. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería. Tres indicadores de aplicación hospitalaria. México: Secretaría de Salud; 2003.
6. Pescador Valero A, Lizán García M, Salas SMA, Romero GA, Córcoles JP. Registro de caídas en el complejo hospitalario de Albacete durante el año 2000. *Rev Enf Albacete*. 2001;13.
7. Recomendaciones específicas para enfermería relacionadas con la prevención de caída de pacientes durante la hospitalización. México: CONAMED; 2005.
8. Arencón A, Llobet E, Rayo F, Moreno C, Nicolau M, Romeu E. Escalas de valoración, 2007. Disponible en: [http://www.accurauhd.com/doc\\_escalas.html](http://www.accurauhd.com/doc_escalas.html).
9. Llorens M, Torterolo A y col. Delirium. Uruguay, 2004. Consultado en Internet, [www.hmaciell.gub.uy/cmehs/archivos/Tema%20del%20mes/Delirium.pdf](http://www.hmaciell.gub.uy/cmehs/archivos/Tema%20del%20mes/Delirium.pdf).
10. Subsecretaría de Innovación y Calidad, Acreditación de establecimientos públicos para la prestación de servicios de salud, acceso junio 2007, consultado en Internet, <http://www.calidad.salud.gob.mx/opencms/opencms/calidad/cedulas.html>.
11. NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificaciones. Madrid: Elsevier; 2003.
12. Smelzer SC, Barre BG. Enfermería médico quirúrgica de Brunner y Suddarth. Séptima ed. México: Interamericana McGraw Hill; 1992. p. 516-640.
13. Zurmendi M, Estevez M, Hernández M. Delirium en un hospital general. México: Libro del XXXI Congreso Nacional de Medicina Interna; 2002.
14. Tapia VM, Salazar CMC, Tapia CL, Olivares RC. Prevención de caídas. Indicador de calidad del cuidado enfermero. *Rev Mex Enferm Cardiol*. 2003; 11: 51-57.
15. Programa de Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería. Indicador No. 5, Prevención de Caídas. Comisión Interinstitucional de Enfermería. México, 2002.

## Recomendaciones para pacientes en la ministración de medicamentos por vía oral

### *Recommendations to patients for the oral drugs administration*

Dr. Germán E. Fajardo Dolci<sup>1</sup>, Dr. José Meljem Moctezuma<sup>2</sup>, Dr. F. Javier Rodríguez Suárez<sup>3</sup>, Lic. Miguel Ángel Córdoba Ávila<sup>4</sup>, Dr. Héctor Aguirre Gas<sup>5</sup>, Dr. Heberto Arboleya Casanova<sup>6</sup>, Dra. Mahuina Campos Castolo<sup>7</sup>, Lic. Juana Jiménez Sánchez<sup>8</sup>, Lic. Severino Rubio Domínguez<sup>9</sup>, Lic. María Elena Galindo Becerra<sup>10</sup>, Mtra. Rosa Amarillis Zárate Grajales<sup>11</sup>, Lic. Amada Andrade Ruiz<sup>12</sup>, Mtra. Ana Laura Pacheco Arce<sup>13</sup>.

<sup>1</sup>Comisionado Nacional de Arbitraje Médico; <sup>2</sup> Subcomisionado Médico CONAMED; <sup>3</sup> Director General de Difusión e Investigación CONAMED; <sup>4</sup> Jefe de Departamento de Investigación CONAMED; <sup>5</sup> Director de Investigación CONAMED; <sup>6</sup> Director de Difusión CONAMED; <sup>7</sup> Subdirectora de Investigación CONAMED; <sup>8</sup> Coordinadora General, Comisión Permanente de Enfermería; <sup>9</sup> Director General ENEO-UNAM; <sup>10</sup> Secretaria Técnica, Comisión Permanente de Enfermería; <sup>11</sup> Jefe de la División de Postgrado ENEO-UNAM; <sup>12</sup> Líder de Proyectos Especiales, Comisión Permanente de Enfermería; <sup>13</sup> Jefe de la División del Sistema Universidad Abierta, ENEO-UNAM.

#### Introducción

Hoy las oportunidades para aprender acerca del cuidado de su salud son mayores que antes y es muy importante tener un mejor conocimiento acerca de las medicinas que usted toma. Si necesita diferentes medicinas o está bajo el cuidado de más de un médico, ellos necesitan estar enterados acerca de los medicamentos que usted toma, para evitar posibles problemas. Debe estar consciente que su equipo de atención médica está formado por sus médicos, enfermeras y USTED. Para reducir el riesgo de error con el uso de medicamentos y para obtener los mayores beneficios, usted necesita ser miembro activo del equipo.

Por lo anterior, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en colaboración con los expertos de diversas instituciones de salud y de pacientes, recopiló información nacional e internacional, opiniones y experiencias de médicos, enfermeras y pacientes, tanto en la atención pública como en la privada, para detectar los problemas y omisiones más frecuentes que suceden en la ministración de medicamentos orales y con el fin de prevenir el error y QUE USTED CONOZCA LA IMPORTANCIA de la medicación indicada por su médico.

## Recomendaciones para la ministración de medicamentos por vía oral para pacientes

Responda las siguientes preguntas:	SI	NO
1. ¿Comprende para qué sirve el medicamento que le indicó su médico y en qué le ayudará?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Sabe usted cómo y cuándo debe tomar su medicamento, qué cantidad y por cuánto tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Conoce la forma de tomar el medicamento? (con alimentos, en ayunas, con otros medicamentos, en ciertas actividades, en ciertos momentos de su enfermedad, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Sabe usted, si el medicamento que está tomando tiene efectos no esperados? (ardor en el estómago, sueño, mareos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Sabe en qué momento se va a empezar a sentir mejor con el medicamento que le indicó su médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Sabe qué hacer si se toma más medicamento del indicado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Conoce cómo debe guardar el medicamento y en qué condiciones de temperatura debe mantenerse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Sabe qué quiere decir su médico cuando le receta un medicamento y le indica "por razón necesaria" o "en caso de"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Sabe qué hacer si se le olvida tomar su medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Completó el tratamiento tal y como se lo indicó su médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Si se presenta un efecto del medicamento no esperado ¿se lo notifica a su médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Es importante que continúe leyendo este folleto, le va a interesar.**

### Para hacer un uso más seguro del medicamento

#### Hable

Mientras más información tenga su equipo de salud sobre los medicamentos que recibe usted, mejor podrán planear su tratamiento.

El equipo de salud necesita conocer sus antecedentes de enfermedades que ha padecido, como son: las enfermedades que han tenido sus familiares, las afecciones médicas (hipertensión, diabetes, etc.) y las cirugías que le han practicado.

Ellos necesitan saber cuáles son los medicamentos y tratamientos que recibe usted, si es todo el tiempo o sólo es durante cierto tiempo específico (temporales o permanentes).

Medicamentos recetados.

Medicamentos sin receta (laxantes, antiácidos o medicinas para el dolor y/o la fiebre).

Suplementos dietéticos (suplementos vitamínicos, medicamentos homeopáticos y/o naturistas).

Cualquier alergia y/o problema que hubiera tenido con algún medicamento.

Administración previa de sangre o sus derivados y sus efectos.

Si se encuentra embarazada, amamantando, problemas para tomar los alimentos (deglutir), problemas con la memoria y/o el costo de los medicamentos recetados.

### Haga preguntas y resuelva todas sus dudas

#### Pregunte

Cuando vea a su médico tratante, hágale todas las preguntas que requiera, hasta satisfacer sus dudas; anote las respuestas. También podría llevar a un amigo o familiar para ayudarle a entender y recordar.



Pregunte, cuál es el nombre del medicamento, si es que tiene duda en el nombre y si existe otra opción más económica.

Infórmese del nombre genérico (la sustancia química) y comercial del medicamento recetado.

Asegúrese de que no le están indicando más de un medicamento con el mismo ingrediente.

Conozca los usos del medicamento. ¿Para qué sirve y cuándo debe o no usarse el medicamento?

Pregunte las precauciones o medidas de seguridad que debe seguir para garantizar que el medicamento se use correctamente y evitar que lo perjudique en lugar de beneficiarlo.

Pregunte si otros medicamentos que está tomando (incluyendo vitaminas, medicamentos homeopáticos y/o naturistas) pueden causar problemas con el medicamento que le indicó su médico.

Pregunte qué hacer si toma de más o de menos el medicamento indicado (dosis alterada o sobredosis).

No debe tomar medicamentos caducos, averigüe que le podría pasar si el medicamento que está tomando se encuentra caduco: no surtir efecto, ser perjudicial su uso.

Si no puede leer o entender las indicaciones obtenga ayuda del médico o enfermera que lo atendió.

No se automedique, los medicamentos que sirvieron para otras personas pueden no ser útiles o incluso ser dañinos para usted.

**Escriba todos los datos que considere necesarios**

**Anote**

Debe anotar todas las indicaciones que le dé su médico en su receta o en un cuadernillo o agenda especial.

Debe llevar un control adecuado de sus medicamentos.

Debe mantener las instrucciones actualizadas de sus medicamentos con usted.

Prepare un listado de sus recetas y medicamentos con los siguientes puntos:

Nombre de la medicina	En que horario me la toma	Que cantidad debo tomar	Para que la uso	Tiempo del tratamiento	Datos de alarma
Euglucon (glibenclanida)	Con las comidas	1 Tableta	Diabetes	Hasta la siguiente día	Puede sentir hambre y sed en exceso, estoy torpe, sudo, siento latidos rápidos de mi corazón, tengo dolor de cabeza. Debe acudir con mi médico
Capoten (Captopril)	En la mañana y en la noche	1 Tab.	Presión	Durante los seis meses siguientes	Es normal que pueda sentir un poco de vértigo, los, sabor a metal. Si aumentan debo ir a consulta

**Lea la etiqueta del medicamento**

**Siga las instrucciones**

Lea la etiqueta para conocer los ingredientes del medicamento.

Antes de salir de la farmacia, corrobore si es el medicamento indicado por su médico.

Si ha comprado ese medicamento anteriormente con el mismo nombre, asegúrese de que tenga la misma forma, color, tamaño y empaque.

Lea y conserve toda la información que acompaña el medicamento.

Use el dosificador recomendado por el laboratorio farmacéutico. Si en la etiqueta dice dos cucharaditas y usted tiene un dosificador en mililitros, no adivine, use el dosificador indicado.

Si la etiqueta especifica que no debe administrarse la medicina a menores de cierta edad o peso, pregunte a su médico antes de dárselo a tomar a sus hijos.

Si tiene problemas para localizar el límite de edad o peso, no se administre el medicamento.

Siga la advertencia "MANTÉNGASE FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS".

Siempre revise el envase y la medicina para asegurarse de que no existan signos de violación del envase previamente.

Evite mezclar diferentes medicinas en un mismo envase.

Evite colocar medicamentos en envases diferentes, así como usar los frascos, botes o cajas para colocar otros medicamentos u otras cosas que no sea su medicamento.

**Tenga en cuenta lo siguiente al tomar el medicamento**

Que su medicamento sea el correcto.

Que esté indicado para usted o para su familiar.

Que sea la cantidad correcta y no modifique la cantidad.

Que se tome en el horario indicado por su médico.

Que se tome en forma correcta (pastillas que deben masticarse en lugar de tomarse, pastillas que en lugar de tomarse se tienen que disolver en su boca o debajo de la lengua, etc.)