

Revista Mexicana de

Enfermería Cardiológica

Órgano Oficial de la Sociedad Mexicana de Cardiología

Fundado en 1993

Vol. 26 Año 26

Número 2 Mayo-Agosto 2018

This Journal Welcomes Manuscripts in english



Incluida en:
Scielo Mexico
PudMed/MEDLINE
Scopus/Sciverse

This journal Welcomes Manuscripts in english
An international journal listed in
scopus with free full text articles

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



Send your manuscripts to:

Todos los artículos disponible en:

www.revistamexicanadeenfermeriacardiologica.com.mx

PLUS EST EN TOI

Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica

Órgano Oficial de la Sociedad Mexicana de Cardiología

EDITOR EJECUTIVO

Mtra. Guadalupe Martínez Palomino
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

EDITORES EN JEFE

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

EDITORES ASOCIADOS NACIONALES

Mtra. Gabriela Cortés Villareal
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
Mtra. Norma Elia González Flores
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
Mtra. María Carolina Ortega Vargas
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
Enf. Esp. Ernestina Pinal Moreno
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
Dr. Noé Sánchez Cisneros
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
Mtra. Diana Teniza Noguez
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
Mtra. Magdalena Sierra Pacheco
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
Mtra. Liliana López Flores
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
Mtra. Facunda Reyna Campos Rojas
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
Mtra. Martha María Quintero Barrios
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
Mtra. Jacqueline Ortiz Gapi
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Lic. Jorge Alberto Amaya Aguilar
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
Mtra. Cristina Munggenburg Rodríguez Vigil
Universidad Nacional Autónoma de México Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Mtra. Rosa Amaralis Zárate Grajales
Universidad Nacional Autónoma de México
Mtra. Reyna Matus Miranda
Universidad Nacional Autónoma de México Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Dra. Laura Morán Peña
Presidenta de la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería
Dra. María Teresa Cuamatzi Peña
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Universidad Nacional Autónoma de México
Mtra. Victoria Fernández García
Universidad Nacional Autónoma de México Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Dra. Silvia Crespo Knofler
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Universidad Nacional Autónoma de México
Dra. María Susana González Velázquez
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Universidad Nacional Autónoma de México

Dra. Margarita Hernández Zavala
Instituto Nacional de Pediatría
Lic. Enf. Marina Martínez Becerril
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición Salvador Zubirán
Dra. Sandra Hernández Corral
Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Ibarra Ibarra
Mtra. Alicia Hernández Cantoral
Instituto Nacional de Pediatría
Dra. Martha Landeros López
Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Dra. Lucila Cárdenas Becerril
Universidad Autónoma del Estado de México

EDITORES ASOCIADOS EXTRANJEROS

Dr. Manuel Amezcua Martínez
Centro Universitario San Juan de Dios-Universidad de Sevilla (España)
Mtra. Claudia Patricia Bonilla Ibañez
Universidad de Tolima (Colombia)
Lic. Ana Lane Pinson
Methodist Advanced Heart Failure and Transplant Clinic (EUA)
Dra. María Helena Palucci Marziale
Ribeirão Preto Universidade De São Paul. (Brasil)
Mtra. María Nuvia Romero Ballén
Jubilada de la Universidad Nacional de Colombia. (Colombia)

Mtro. Joan Pedro Gómez
Universidad de las Islas Baleares. (España)
Mtro. José Luis Gómez Urquiza
Fundación Index de España. (España)
Dra. Sandra Valenzuela Suazo
Universidad de Concepción. (Chile)
Mtra. Diana Marcela Achury Saldaña
Pontificia Universidad Javeriana de Colombia (Colombia)
Mtro. Francisco Carlos Félix Lana
The Federal University of Minas Gerais. (Brasil)

EDITORES CONSULTIVOS

Mtra. Claudia Leija Hernández
Comisión Permanente de Enfermería
Mtro. Severino Rubio Dominguez
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Lic. Enf. Susana Salas Chávez
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México

Mtra. Ma. Dolores Zarza Arizmendi
Universidad Nacional Autónoma de México
Dra. Juana Jimenez Sánchez
Ex Asesora del Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería

COLABORACION SECRETARIAL

Lic. Enf. Mónica Nanco Guevara

Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, Año 26, Volumen 26, Número 2 de Mayo-Agosto 2018, es una publicación cuatrimestral con 3 números anuales editado y publicado por la Sociedad Mexicana de Cardiología, Juan Badiano N° 1, Col. sección XVI, alcaldía Tlalpan, C.P. 14080, Ciudad de México Tel.: (52) (55) 5573 2911, ext. 23300. Sitio web www.revistamexicanadeenfermeriacardiologica.com.mx, correo electrónico: ange.reviscard@yahoo.com.mx Editor Responsable: Mtra. Guadalupe Martínez Palomino.
Número de reserva de derecho al uso exclusivo en trámite, ISSN: en trámite, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este número, Vicente Romero Ferrer. Fecha de última modificación, 24 de Agosto de 2019

La reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de esta publicación se rige de acuerdo a la licencia

Creative Commons (CC BY-NC-ND 4.0)

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

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

**Sociedad Mexicana de
Cardiología**

Dr. Ignacio Chávez †
Fundador

JUNTA DIRECTIVA
2018-2020

Dr. Pedro Iturralde Torres
Presidente

Dr. Marco Antonio Alcocer Gamba
Vicepresidente

Dr. Hermes Ilarraza Lomelí
Secretario

Dra. Clara A. Vázquez Antona
Tesorera

Dr. José Luis Ojeda Delgado
Secretario Adjunto

Mtra. Guadalupe Martínez Palomino
Vocal de Enfermería



Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica

Órgano Oficial de la Sociedad Mexicana de Cardiología

SUMARIO

Volumen 26
Número 2
Mayo-Agosto 2018

EDITORIAL

- 34-35 *CREACIÓN DE LA RED MEXICANA DE HISTORIA DE ENFERMERÍA “LIC. MARÍA SUÁREZ VÁZQUEZ” (REMHE)*

INVESTIGACIÓN

- 36-44 *AUTOCUIDADO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN FUNCIONARIOS UNIVERSITARIOS CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR MODIFICABLES*
- 45-50 *ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y TABAQUISMO: INTERVENCIÓN EDUCACIONAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES ESTUDIANTES*

REVISIÓN

- 51-57 *RECUPERACIÓN QUIRÚRGICA DIFERIDA EN ADULTOS Y ANCIANOS EN CIRUGÍA TORÁCICA PERIODO PERIOPERATORIO. REVISIÓN SISTEMÁTICA.*
- 58-65 *CUIDADOS ESPECIALIZADOS A LA PERSONA CON CONGESTIÓN HEPÁTICA*

MISCELÁNEO

- 66-68 *APORTACIONES DE FLORENCE NIGHTINGALE A LA ENFERMERÍA COMO GESTORA DEL CUIDADO*



Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica

Órgano Oficial de la Sociedad Mexicana de Cardiología

CONTENTS

Volume 26
Issue 2
May-August 2018

EDITORIAL

- 34-35 *CREATION OF THE MEXICAN NETWORK OF NURSING HISTORY "LIC. MARÍA SUÁREZ VÁZQUEZ "(REMHE)*

INVESTIGACIÓN

- 36-44 *SELF-CARE AND ADHERENCE TO TREATMENT IN UNIVERSITY WORKERS WITH MODIFIABLE RISK FACTORS OF CARDIOVASCULAR DISEASE*
- 45-50 *CARDIOVASCULAR DISEASES AND SMOKING: EDUCATIONAL INTERVENTION FOR CHILDREN AND ADOLESCENT STUDENTS*

REVISIÓN

- 51-57 *DEFERRED SURGICAL RECOVERY IN ADULTS AND THE ELDERLY IN PERIOPERATIVE PERIOPERATIVE THORACIC SURGERY. SYSTEMATIC REVIEW.*
- 58-65 *SPECIALIZED CARE FOR THE PERSON WITH HEPATIC CONGESTION*

MISCELÁNEO

- 66-68 *CONTRIBUTIONS OF FLORENCE NIGHTINGALE TO NURSING AS MANAGER OF CARE*



***EDITORIAL**

CREACIÓN DE LA RED MEXICANA DE HISTORIA DE ENFERMERÍA "LIC. MARÍA SUÁREZ VÁZQUEZ" (REMHE)

CREATION OF THE MEXICAN NETWORK OF NURSING HISTORY "LIC. MARÍA SUÁREZ VÁZQUEZ" (REMHE)

Lucila Cárdenas Becerril¹, Beatriz E. Martínez Talavera².

¹Licenciada en Enfermería y Doctora en Educación. Profesora-investigadora de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) nivel I. Integrante del cuerpo académico consolidado Cuidado Profesional de Enfermería. Coordinadora de la Red Mexicana de Historia de Enfermería "Lic. María Suárez Vázquez" (REMHE).

²Licenciada en Enfermería. Profesora de asignatura de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México. Secretaria de la Red Mexicana de Historia de Enfermería "Lic. María Suárez Vázquez" (REMHE).

Recibido el 02 de abril de 2018; aceptado el 04 de junio de 2018.

ANTECEDENTES

En el marco de la reunión de la Red Iberoamericana de Historia de Enfermería (RIHE), llevada a cabo el día 10 de septiembre de 2013, en la ciudad de Montevideo, Uruguay, se propuso crear la Colección Iberoamericana de Historia de Enfermería "Alma Carrasco". Participaron enfermeras(os) representantes de los siguientes países: Chile, Argentina, Brasil, México y Uruguay, sumándose a la idea, de manera posterior, enfermeras de España.

Los objetivos para la creación de esta Colección fueron los siguientes: a) Revelar, a partir del conocimiento de las trayectorias de vida de enfermeras, el desarrollo del cuidado de enfermería en cada lugar, región y país; b) Reconocer el trabajo de enfermeras de cada país integrante de la Red de Historia; c) Difundir a la comunidad de enfermería mundial el trabajo y los aportes de las enfermeras desde su entorno cotidiano; y d) Generar las bases teórico-metodológicas para fomentar futuras investigaciones. La principal meta acordada para el período 2013-2014 fue escribir un libro por país con la historia de vida de cinco enfermeras. En 2016 México publicó el primer libro formal de la Colección, el cual lleva por título Mujeres Enfermeras. Entre la utopía, la solidaridad y el cuidado.

En abril de 2015 integrantes de la Red Iberoamericana de Historia de Enfermería se reunieron en Montevideo, Uruguay, y elaboraron el proyecto de investigación denominado Recuento de lo escrito sobre historia de enfermería

en Iberoamérica (1990-2015), revisándose y actualizándolo en agosto del mismo año, en Florianópolis, Brasil.

Este proyecto de investigación histórica generó la convocatoria de enfermeras de varias instituciones de salud y educativas de México, quienes conformaron el equipo de investigación y posteriormente la Red Mexicana de Historia de Enfermería "Lic. María Suárez Vázquez".

En noviembre de 2015, la Dra. Lucila Cárdenas convocó a un grupo de Enfermeras para participar como investigadoras en el proyecto denominado Recuento de lo escrito sobre historia de enfermería en Iberoamérica (1990-2015): primera fase (libros), con la finalidad de trabajar sobre la línea histórica de Enfermería en México, cumpliendo con lo establecido primero en Montevideo, Uruguay, y posteriormente en Florianópolis, Brasil.

Acudieron al llamado la Mtra. Sandra Sonali Olvera Arreola y la Mtra. Martha Quintero Barrios, del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez; la Mtra. Reyna Reyes Reyes y la Lic. Liliana Inés Benhumea Jaramillo, del Centro Oncológico Estatal del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (COE/ISSEMYM), y la Lic. Beatriz Elizabeth Martínez Talavera, quien, junto con la Dra. Cárdenas, representaron a la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México.

Durante 2016 se trabajó sobre el proyecto de investigación, estableciéndose reuniones trimestrales para llevar a buen fin el estudio, mismo que se cristalizó en un informe de investigación denominado Recuento de lo escrito sobre historia de enfermería en México (1990-2015).

Dirección para correspondencia:

Lucila Cárdenas Becerril

C. Felipe Ángeles Núm. 1092, Col. Villa Hogar, C.P. 50170, Toluca, México.

Correo: lucycabe62@yahoo.com

La Tercera reunión presencial, se llevó a cabo el día 19 de Mayo de 2017, en la sala de juntas de la dirección de enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, contando con la presencia de: Dra. Lucila Cárdenas Becerril, Dra. Araceli Monroy Rojas, Mtra. Sandra Sonali Olvera Arreola, Mtra. Martha Quintero Barrios, Mtro. Julio César Cadena Estrada, Mtra. Reyna Reyes Reyes, Lic. Liliana Inés Benhumea Jaramillo y Lic. Beatriz Elizabeth Martínez Talavera. Como primer punto, la Dra. Cárdenas propuso la creación de la Red Mexicana de Historia de Enfermería (REMHE) Lic. María Suárez Vázquez, con el objetivo de formalizar y sistematizar el trabajo colegiado con la Red Iberoamericana de Historia de la Enfermería (RIHE). Los principales motivos expuestos para ponerle a la Red el nombre de la Lic. María Suárez Vázquez fueron el alto y persistente trabajo colegiado y humanístico que llevó a cabo Sor Mary, como la mayoría de los que la conocimos le nombrábamos a esta gran mujer, enfermera, religiosa y humanista, por señalar algunos adjetivos, una persona que nunca escatimó tiempo ni esfuerzo para hacer de su profesión y vocación un cúmulo de acciones de liderazgo, toma de decisiones, reivindicación profesional y posicionamiento profesional y social de Enfermería.

Por unanimidad de votos se aprobó la propuesta, asimismo, se nombró como coordinadora de la REMHE a la Dra. Lucila Cárdenas y como secretaria a la Lic. Beatriz Martínez, cargos que tendrán una duración de dos años.

EPÍLOGO

En su corta trayectoria como grupo colegiado, la REMHE ha establecido vínculos formales con la Red Iberoamericana de Historia de Enfermería, realiza investigación histórica y la difunde mediante la asistencia a diversos encuentros académicos y de investigación, además de escribir algunos artículos que dan cuenta del trabajo realizado en, por y para la profesión de Enfermería, haciendo eco del pronunciamiento que hiciera Sor Mary, en ocasión de recibir el Premio al Mérito en Enfermería Maestra Graciela Arroyo de Cordero, en 2008: “En mi vida de enfermera yo no he sido siempre yo, he sido nosotras, porque nada importante he podido realizar sin la fe, el talento, el apoyo entusiasta, la colaboración de ellas que han caminado junto a mí y que me ayudaron a levantar la obra que hoy se premia....”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carrasco A, Cárdenas-Becerril L. Colección Iberoamericana de Historia de Enfermería “Alma Carrasco”. 2013. 3 pp.
2. Cárdenas L, Chamizo C, Carrasco A, Fascioli L, Nidia Hernández Melita. Enfermera que trasciende fronteras. Vol 1. Uruguay: CBA; 2013.
3. Cárdenas-Becerril L, Monroy-Rojas A. Mujeres Enfermeras. Entre la utopía, la solidaridad y el cuidado. México: Academia Nacional de

Enfermería de México; 2016. 287 pp.

4. Cárdenas-Becerril L, Martínez-Talavera BE, Olvera SS, Reyes R, Quintero MM. Recuento de lo escrito sobre historia de enfermería en México (1990-2015). Hist enferm Rev eletronica [Internet]. 2018 [consultado 16 octubre de 2018]; 9(1): 48-60. Disponible en: <https://bit.ly/2TMA6oc>
5. Cárdenas-Becerril L, Martínez-Talavera BE, Olvera-Arreola SS, Reyes RR, Quintero BMM, et al. Recuento de lo escrito sobre historia de enfermería en México (1990-2015). Hist enferm. 2018; 9(1): 48-60.
6. Cárdenas-Becerril L, Arana-Gómez B, García HML, Rojas EJB, María Suárez Vázquez. Una vida dedicada al cuidado, la ciencia y el humanismo. México: Academia Nacional de Enfermería de México; 2012. 126 pp.



Open Acces (Acceso libre)



Disponible en:
www.revistamexicanadeenfermeriacardiologica.com.mx

***INVESTIGACIÓN**

AUTOCUIDADO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN FUNCIONARIOS UNIVERSITARIOS CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR MODIFICABLES

SELF-CARE AND ADHERENCE TO TREATMENT IN UNIVERSITY WORKERS WITH MODIFIABLE RISK FACTORS OF CARDIOVASCULAR DISEASE

María Alejandra Cabrera Cedeño¹, Kevin Alejandro Gómez González¹, Jorge Eliecer Rodríguez Marín², Claudia Liliana Valencia Rico³.

¹Estudiantes de Pregrado en Enfermería Universidad Católica de Manizales.

²Enfermero. Especialista en Cuidado Crítico del Adulto. Docente del Programa Enfermería de la Universidad Católica de Manizales, Colombia.

³Enfermera. Especialista en Rehabilitación Cardiopulmonar. Docente del Programa Enfermería de la Universidad Católica de Manizales, Colombia.

Recibido el 31 de agosto de 2016; aceptado el 12 de diciembre de 2016.

RESUMEN

Introducción: La agencia de autocuidado es la capacidad que tiene un individuo para cuidar de sí mismo; la adherencia al tratamiento se conoce como el grado de comportamientos que corresponden con las recomendaciones del personal de salud. **Objetivo:** Describir la asociación existente entre la agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de funcionarios universitarios con factores de riesgo cardiovascular modificable. **Metodología:** Estudio cuantitativo de tipo descriptivo, cuya muestra fueron 41 funcionarios universitarios. Se aplicó la escala de valoración de agencia de autocuidado y el cuestionario relacionado con los factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológico y no farmacológico en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. **Resultados:** Los factores de riesgo cardiovascular más prevalentes fueron la hipertensión 55%, dislipidemias 56% y obesidad 34%. El 100% de los participantes demostró alta agencia de autocuidado, con rangos de respuestas entre 60 - 96 puntos y un promedio global de 76 puntos. El 51% presentaba riesgo de no adherencia y solo el 46% tenían ventaja de adherencia al tratamiento. El promedio global de respuesta fue de 83.5 puntos mostrando riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia. El análisis multivariado

de la adherencia al tratamiento muestra relación lineal entre las dimensiones relacionadas con la terapia y los factores socioeconómicos. Los funcionarios que presentaban riesgo de no desarrollar adherencia, se caracterizaban especialmente por padecer dislipidemia y obesidad. **Conclusión:** No se encontró asociación entre la agencia y la adherencia al tratamiento, sin embargo, la mitad de los participantes presentaba riesgo de no adherencia, que se vio afectada de manera directa por las dimensiones relacionadas con la terapia y los factores socioeconómicos. **Palabras clave:** Autocuidado, cumplimiento de la medicación, factores de riesgo.

ABSTRACT

Introduction: Self-care agency is the capacity of an individual to take care of himself; adherence to treatment is known as the degree of behaviors that coincide with the recommendations provided by the health-care workers. **Objective:** To describe the existing association between the self-care agency and the adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment in university workers with modifiable risk factors of cardiovascular disease. **Methodology:** quantitative, descriptive study, whose sample was composed of 41 members of a university staff. The instruments used to measure included a self-care agency scale and a questionnaire related to the factors that have considerable influence on the adherence to pharmacological and non-pharmacological treatments on patients with modifiable risk factors of cardiovascular disease. **Findings:** the prevailing risk factors of cardiovascular disease were high blood pressure 55%, dyslipidemias 56% and obesity 34%. 100% of the

Dirección para Correspondencia:

Jorge Eliecer Rodríguez Marín. Universidad Católica de Manizales- Caldas-Colombia. Carrera 23 No. 60 - 63 - PBX.

(57) (6) 8933050 Extensión 3131-3132.

E-mail: jerodriguez@ucm.edu.co

participants reported a high self-care agency, with response factor ranges between 60-96 and a global average of 76. The 51% presented a non-adherence risk and only the 46% had advantage of adherence to treatment. The global response average had a score of 83.5, showing a risk of non-adherence. The adherence to treatment multivariate analysis shows a linear relationship between the dimensions related to their therapy and the socio-economic. The staff who presented risk of non-adherence were especially the ones characterized by suffering dyslipidemia and obesity. Conclusion: There is not association between the agency and the adherence to the treatment; nevertheless, half of the participants presented risk of non-adherence, which directly was affected by the dimensions related to the therapy and the socio-economic factors.

Key words: Self-care, adherence to medication, risk factors.

INTRODUCCIÓN

La adopción de hábitos como el sedentarismo y la ingesta de una dieta no balanceada tiene como consecuencia la aparición de factores de riesgo para propiciar la enfermedad¹. La Organización Mundial de la Salud define como “factor de riesgo” a cualquier rasgo, característica o exposición guiada de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión². En este sentido, los factores de riesgo que se desarrollan con mayor frecuencia a partir de los estilos de vida adoptados en el transcurso del ciclo vital, son aquellos que se relacionan con el riesgo cardiovascular.

Es bien conocido que para el control de los factores de riesgo cardiovascular se recomienda la realización de actividad física frecuente, el consumo de una dieta balanceada y evitar el consumo de tabaco y alcohol³⁻⁴ a pesar de esto, el incremento de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), en su mayoría de origen cardiovascular, continúan siendo la principal causa de muerte y discapacidad a nivel mundial, tanto en hombres y en mujeres mayores de 45 años, representando una cifra de 3.9 millones de muertes anualmente. Para la región de las Américas se ha proyectado en el año 2030 un incremento del 42.4% de la ECNT⁵. En Colombia, esta problemática se manifiesta con la enfermedad isquémica del corazón como la principal causa de muerte en personas mayores de 55 años⁶, situación que se relaciona con las estadísticas nutricionales que reportan un exagerado aumento del sobrepeso y la obesidad en adultos de 18 a 64 años, siendo más prevalente en las mujeres⁷.

El sedentarismo es un factor determinante en la aparición de obesidad cuando se asocia de manera rutinaria con una ingesta calórica mayor y con roles poco activos que desempeñan los individuos dentro de sus círculos sociales, causando dislipidemias y de manera indirecta, la aparición de hipertensión arterial y diabetes.

Por estos motivos, los estilos de vida son determinantes en el aumento del riesgo cardiovascular y en la aparición de la Enfermedad Cardiovascular (ECV). Estas conductas dependen en gran medida de la capacidad que posee la persona de cuidar de sí misma y de adoptar comportamientos que lo lleven a potenciar su salud; en otras palabras de la capacidad que posea para ser agente de su propio cuidado.

Dorotea Orem, refiere que la agencia de autocuidado implica un proceso de participación dinámica en el cuidado de la propia salud para discernir sobre los factores que debe controlar la persona con el fin de autorregularse, decidiendo lo que puede y debería hacer, valorando y reflexionando sobre las capacidades específicas para mejorar y realizar sus prácticas de cuidado, con el objetivo de satisfacer las demandas de su propio cuidado a lo largo del tiempo y/o en situaciones de alteración del estado de salud⁸.

Cada persona que presenta factores de riesgo cardiovascular puede poseer una capacidad para cuidar de sí misma que se encuentra influenciada por el nivel educativo, socioeconómico, cultural, de género, edad, entre otros condicionantes, que intervienen para lograr un alto nivel de agencia de cuidado o, por el contrario, un déficit para cuidar de sí misma; esta última condición puede afectar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, teniendo en cuenta que el cumplimiento del tratamiento es producto de la valoración y reflexión que hace el individuo de su problema particular, y como consecuencia, decide adoptar o no, las indicaciones ofrecidas por los profesionales de salud⁹⁻¹⁰.

La adherencia al tratamiento según Haynes y Rand¹¹⁻¹² “Es el grado en que, el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida) corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”; asimismo, expresan que la adherencia es la conducta del paciente con relación a la toma de medicación, seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida, que coinciden con las indicaciones dadas por su médico¹³.

Desde el 2004, la OMS estableció diferentes dimensiones que influyen en la adherencia al tratamiento, las cuales se relacionan con diversos factores de tipo personal, con la atención médica, la enfermedad y con el tratamiento en sí mismo¹². Al evaluar estas dimensiones se puede determinar que tanto interfieren en la persona, de manera independiente o interdependiente de acuerdo con su nivel de agencia de autocuidado.

El presente estudio, tuvo como objetivo, describir la asociación existente entre el nivel de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los funcionarios de una institución universitaria que presentaban factores de riesgo cardiovascular modificable.

METODOLOGÍA

Estudio con enfoque cuantitativo de tipo descriptivo y diseño no experimental realizado en los funcionarios de una institución universitaria de la ciudad de Manizales-Colombia. Inicialmente se realizó un rastreo activo en el total de la población (N=393) en búsqueda de los funcionarios que tuvieran factores de riesgo cardiovascular modificable como: *hipertensión, diabetes o dislipidemia* y que se encontraran recibiendo tratamiento farmacológico y/o no farmacológico para el manejo de alguna de estas enfermedades. Adicionalmente se tomaron medidas antropométricas (*peso, talla e índice de masa corporal*) para identificar estados de *sobre peso y obesidad*. Al finalizar el rastreo se obtuvo una muestra no probabilística de 41 funcionarios que correspondían al total de personas que cumplían con las condiciones anteriormente mencionadas y que decidieron participar en el estudio, lo que corresponde a un 89% de la población que presentaba factores de riesgo cardiovascular.

Para la recolección de la información se realizó la lectura del consentimiento informado a cada uno de los participantes donde se aclaró sobre la participación de carácter voluntario; se suministró información sobre los beneficios y riesgos de participar en el estudio y posteriormente, se procedió a explicar cada uno de los instrumentos a utilizar para evaluar la agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento.

Para determinar el nivel de agencia se utilizó la Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA), versión adaptada para Colombia¹⁴. Dicha escala está compuesta por 24 ítems, de los cuales los 4 de ellos son negativos. Las respuestas se dan en escala tipo likert con 4 opciones (Nunca 1, Casi Nunca 2, Casi Siempre 3 y Siempre 4). Las posibles puntuaciones de este instrumento tienen un rango entre 24 y 96 puntos. Los resultados se interpretan teniendo en cuenta puntuaciones de 24 a 59 como “baja capacidad de agencia de autocuidado” y puntuaciones de 60 a 96, como “alta capacidad de agencia de autocuidado”. La confiabilidad de este instrumento en la población Colombiana muestra un alfa Cronbach de 0,744¹⁵.

Para identificar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico se utilizó el instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular¹⁶. Este cuestionario consta de 53 ítems de los cuales 19 son negativos y 34 positivos, repartidos en 4 dimensiones: factores socio-económicos, factores relacionados con el paciente, factores relacionados con el sistema sanitario y factores propios del tratamiento. Cada ítem se responde de acuerdo a una escala likert que presenta tres opciones de respuesta (Nunca 0, A Veces 1, Siempre 2). La sumatoria de todos los ítems permite identificar la puntuación para el nivel de adherencia. Las posibles puntuaciones de este instrumento tienen un rango entre 0 y 106 puntos. La categorización de los resultados se realiza teniendo en cuenta que, puntuaciones entre 84.8-106 puntos (80-100%) se interpretan como “ventaja para adherencia”, las puntua-

ciones entre 63.6-83.7 puntos (60-79%) indicarían “riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia” y las puntuaciones <63.6 (60%) se interpretan como “no poder responder con comportamientos de adherencia”. La confiabilidad de esta escala ha sido demostrada con un alfa de Cronbach de 0.82. En la actualidad, este instrumento cuenta con una versión modificada de 24 ítems que ha demostrado una confiabilidad similar con un alfa Cronbach de 0.84¹⁷. Para el presente estudio, se utilizó la versión de la escala que contiene 53 ítems.

Para obtener la información de ambos instrumentos, se otorgó a cada participante un lapso de tiempo entre 2 a 24 horas que permitiera facilitar su diligenciamiento; tras este período de tiempo se verificó que cada instrumento estuviera completamente diligenciado y se procedió a procesar la información en el software IBM SPSS versión 22.

Se realizó una descripción inicial de los datos sociodemográficos y de los factores de riesgo cardiovascular encontrados en los participantes mediante estadística descriptiva explicada en porcentajes y con medidas de tendencia central.

Las variables relacionadas con el autocuidado y la adherencia al tratamiento se analizaron teniendo en cuenta puntajes mínimos y máximos obtenidos en las muestras y el promedio del puntaje global de cada cuestionario; además, se realiza explicación de los ítems que reportaron mayor frecuencia de respuesta en la variable de autocuidado y en las dimensiones que se relacionan con la adherencia al tratamiento.

Por último, se realizó análisis multivariado teniendo en cuenta algunos datos sociodemográficos, los factores de riesgo cardiovascular encontrados y los resultados de la adherencia al tratamiento.

RESULTADOS

DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

Del total de la muestra se encontró que el 65.8% eran hombres y el 34.2% mujeres. El dato mínimo de edad fue de 25 años y el máximo de 71 años, con un promedio de 45 años para todo el grupo. Al distribuir las personas por grupos de edad se encontró que la mayor parte de la muestra (75.6%) eran funcionarios clasificados como adultos maduros (personas entre los 35 a 64 años).

Con respecto al cargo que ocupaban en la institución educativa, se encontró que el 36% de los funcionarios eran docentes, personal de soporte el 26.8%, asistentes, auxiliares o secretarías el 25% y directivos el 12.2%.

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Al analizar el índice de masa corporal se encontró que solo el 38% presentaba un peso adecuado para su talla, mientras que el 34% se encontraba en sobrepeso y el 34% en obesidad; ningún funcionario presentaba delgadez.

En el interrogatorio realizado el 55% de los funcionarios manifestaron ser hipertensos y el 56% presentaban dislipidemias. Con respecto al hábito del cigarrillo, solo el 7.3% eran personas fumadoras.

AGENCIA DE AUTOCUIDADO:

Se obtuvo un puntaje mínimo de 60 y máximo de 96 puntos en la escala ASA, con un promedio global de 76 puntos, por lo tanto, todos los valores encontrados indican alta capacidad de agencia de autocuidado en el 100% de los participantes.

Al realizar el análisis por ítems de la escala ASA se identificaron las mayores frecuencias reportadas en cada opción de respuesta; los ítems con más alta y baja calificación que demuestran operaciones de autocuidado eficientes y deficientes se muestran en la tabla 1.

Al analizar la fiabilidad de los datos obtenidos en la escala ASA se obtiene un alfa de Cronbach de 0.88.

Tabla 1. Operaciones de autocuidado con más altas frecuencias de respuesta.

VARIABLE AUTOCUIDADO		FRECUENCIA DE RESPUESTAS	%
ÍTEMS DE LA ESCALA ASA QUE DEMOSTRARON OPERACIONES EFICIENTES DE AUTOCUIDADO	CASI SIEMPRE O SIEMPRE, PUEDO HACER LO NECESARIO PARA MANTENER LIMPIO EL AMBIENTE DONDE VIVO.	41	100
	SI YO NO PUEDO CUIDARME, CASI SIEMPRE O SIEMPRE, PUEDO BUSCAR AYUDA.	40	97,5
	SI MI SALUD SE VE AFECTADA, CASI SIEMPRE O SIEMPRE, PUEDO CONSEGUIR LA INFORMACIÓN NECESARIA SOBRE QUÉ HACER.	39	95
	CON TAL DE MANTENERME LIMPIO, CASI SIEMPRE O SIEMPRE, PUEDO CAMBIAR LA FRECUENCIA CON QUE ME BAÑO.	38	92
	CASI SIEMPRE O SIEMPRE, EXAMINO MI CUERPO PARA VER SI HAY ALGÚN CAMBIO.	38	92
	CUANDO NECESITO AYUDA, CASI SIEMPRE O SIEMPRE, PUEDO RECURRE A MIS AMIGOS DE SIEMPRE.	37	90
	CUANDO OBTENGO INFORMACIÓN SOBRE MI SALUD, CASI SIEMPRE O SIEMPRE, PIDO EXPLICACIONES SOBRE LO QUE NO ENTIENDO.	37	90
ÍTEM DE LA ESCALA ASA QUE DEMOSTRÓ OPERACIONES DEFICIENTES DE AUTOCUIDADO	DEBIDO A MIS OCUPACIONES DIARIAS, CASI SIEMPRE O SIEMPRE, ME RESULTA DIFÍCIL SACAR TIEMPO PARA CUIDARME.	38	92
	CASI SIEMPRE O SIEMPRE, ME FALTAN LAS FUERZAS NECESARIAS PARA CUIDARME COMO DEBO.	24	58
	PIENSO EN HACER EJERCICIO Y DESCANSAR UN POCO DURANTE EL DÍA PERO NUNCA O CASI NUNCA LLEGO A HACERLO.	23	56

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

El promedio de respuesta en el cuestionario de adherencia fue de 83.5 puntos; resultado equivalente a un riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia. Al identificar el porcentaje de funcionarios por ca-

tegorías obtenidas se evidencio que el 2.4% de la población tienen comportamientos de no adherencia, el 51.2% presentaban un riesgo de no adherencia y solo el 46.3% presentaba ventaja de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Por otro lado, se analizaron cada una de las dimensiones de acuerdo a la frecuencia de respuesta otorgada encontrando que, las dimensiones que favorecen la ventaja de adherencia al tratamiento son aquellas relacionadas con el aspecto socioeconómico y los factores relacionados con el paciente. Por el contrario, la dimensión que mayor frecuencia de respuesta reporta para no beneficiar com-

portamientos de adherencia es la que se relaciona con el proveedor de salud (Tabla 2).

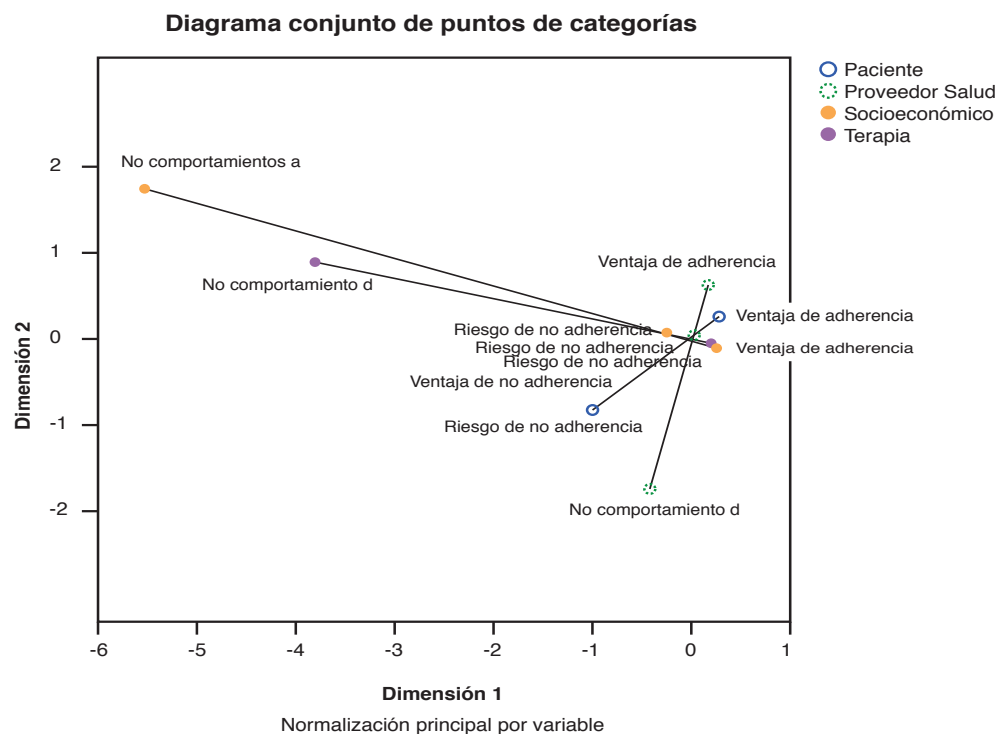
Al analizar la fiabilidad de los datos obtenidos en el cuestionario de adherencia se obtiene un alfa de Cronbach de 0.88.

Tabla 2. Frecuencia de respuestas obtenidas en las dimensiones del cuestionario de adherencia al tratamiento.

Dimensión	No comportamientos de adherencia	Riesgo de no adherencia	Ventaja de adherencia
Factores socioeconómicos.	1	8	32
Factores relacionados con el proveedor de salud.	8	11	22
Factores relacionados con la terapia.	2	11	28
Factores relacionados con el paciente.	0	9	32

Al analizar las cuatro dimensiones del instrumento de adherencia a través de un diagrama de conjunto de puntos por categorías, con el fin de evidenciar las relaciones que en mayor o menor medida generan el resultado global de la adherencia, se encontró que existe una relación lineal fuerte entre los factores relacionados con la terapia y los factores socioeconómicos, demostrando que estas dos dimensiones caracterizan el nivel final de la adherencia de los individuos de este estudio (Gráfico 1).

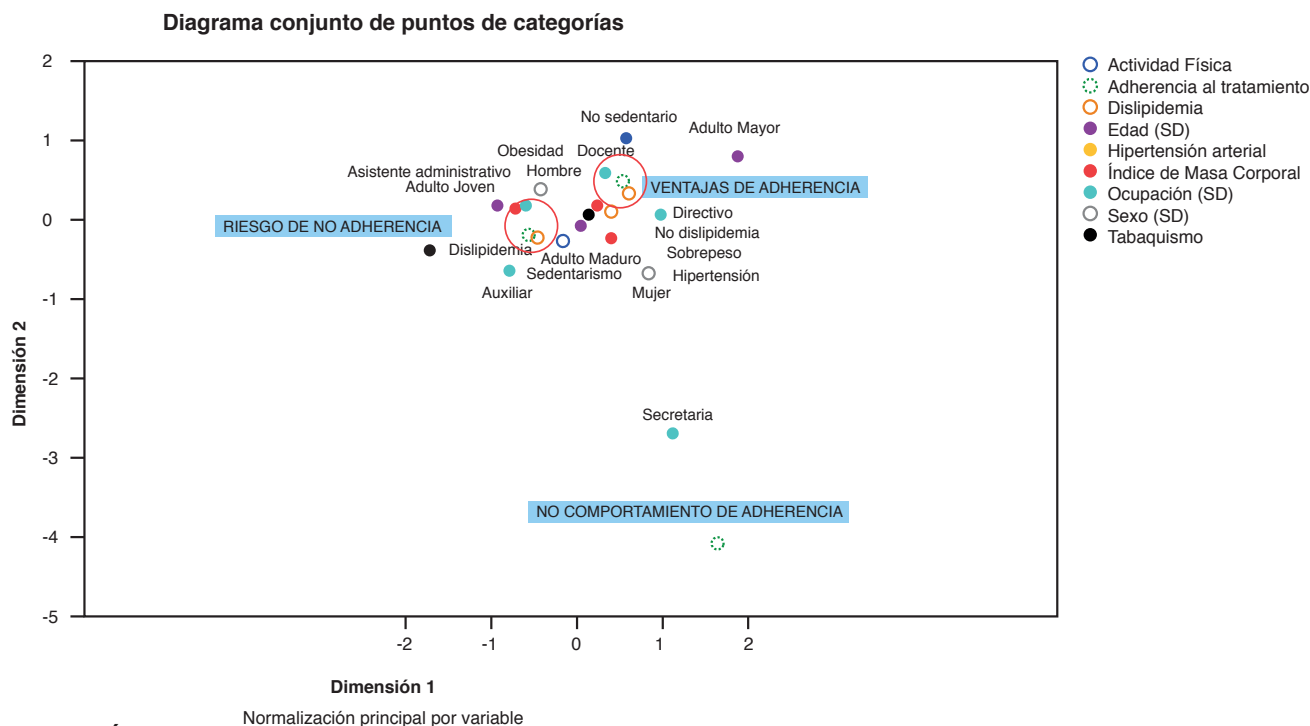
Gráfico 1. Dimensiones relacionadas con la Adherencia al Tratamiento.



De igual forma, se realizó un análisis multivariado a través de la reducción de dimensiones por escalamiento óptimo, teniendo en cuenta las variables sociodemográficas y el nivel de adherencia al tratamiento (Gráfico 2), encontrando que los comportamientos de no adherencia no guardan una relación directa con ninguna de las variables sociodemográficas, mientras que las personas que tienen comportamientos en la categoría de riesgo

de no adherencia son aquellas que se caracterizan por padecer dislipidemia y obesidad, siendo principalmente los representantes de este grupo los funcionarios con cargo administrativo; por otra parte las personas que tienen comportamientos que reflejan una ventaja de adherencia son aquellas que no presentan dislipidemia y que tienen por ocupación la docencia.

Gráfico 2. Diagrama correlación adherencia y datos sociodemográficos.



DISCUSIÓN

Inicialmente se debe precisar que la gran mayoría de las investigaciones relacionadas con el tema de autocuidado y adherencia al tratamiento, se han realizado en personas que se encontraban institucionalizadas en clínicas, o hacían parte de un programa de salud para el control de alguna enfermedad específica; por lo tanto, los resultados en algunas variables sociodemográficas no encuentran correspondencia con lo reportado en la literatura, debido a que el presente estudio fue desarrollado en población de adultos que laboraban en institución universitaria.

La mayor parte de los participantes de esta investigación eran adultos maduros (con edades comprendidas entre los 35 - 64 años), contrario a lo reportado en otras investigaciones, donde los participantes a quienes se les evaluó el nivel de agencia o la adherencia al tratamiento, por lo general eran adultos mayores de 60 años¹⁸⁻¹⁹⁻²⁰; sin embargo, en investigaciones más actuales relacionadas con el tema, se han reportado grupos de edad más jóvenes que corresponden a adultos maduros que presentan factores de riesgo cardiovascular como en la presente investigación²¹⁻²²⁻²³⁻²⁴. Esto demuestra que

el fenómeno del riesgo cardiovascular se ha instaurado en las poblaciones más jóvenes a medida que pasa el tiempo, coincidiendo con los reportes realizados a nivel de Latinoamérica, que señalan una incidencia que crece más deprisa y alcanza altas tasas de enfermedad no transmisibles en un período mucho más corto en los países de bajos ingresos²⁵.

En lo que respecta al nivel de escolaridad y al estrato socioeconómico, se encontró solo una investigación con población similar en la que se reportan personas que en su mayoría contaban con estudios técnicos y universitarios, que vivían en estrato 2 y 3, quienes fueron evaluados en el tema de la adherencia al tratamiento farmacológico para el control del riesgo cardiovascular²³, los demás estudios presentados en esta discusión, describen personas con un nivel de escolaridad primaria pertenecientes a los estratos 1 y 2¹⁸⁻¹⁹⁻²²⁻²⁴.

En cuanto a factores de riesgo cardiovascular, 3 estudios describen como factores de mayor prevalencia, la hipertensión, las dislipidemias y la obesidad, de la misma forma en que se reportan en la presente investigación¹⁸⁻²³⁻²⁴. Esto demuestra nuevamente que la enfermedad hipertensiva es el principal factor de riesgo

cardiovascular y un esencial causante de enfermedades cardiovasculares que generan complicaciones que podrían ser evitables mediante estrategias de autocuidado y con el cumplimiento de la medicación¹⁹⁻²².

Con relación al autocuidado, la escala ASA muestra puntuaciones que ubican al 100% de los participantes en alta agencia de autocuidado, resultado que no coinciden con otros estudios revisados en los que se reportan capacidades de autocuidado bajas y medias para personas hipertensas²⁶ y diabéticas²⁷ que fueron valoradas con la misma escala.

Al revisar las frecuencias de respuesta en las operaciones de autocuidado se puede evidenciar que a pesar de que los funcionarios obtuvieron puntuaciones altas, un gran porcentaje (92%) respondió que debido a sus ocupaciones diarias casi siempre o siempre le resultaba difícil sacar tiempo para cuidarse, de igual forma, más de la mitad de ellos respondieron que casi siempre o siempre les faltaban fuerzas necesarias para cuidarse y que el hábito del ejercicio físico era una operación de autocuidado que nunca o casi nunca llegaba a realizarse. Estas falencias identificadas en el autocuidado, coinciden con la gran proporción de personas que se encontraron con sobrepeso y obesidad (68%); además, son hallazgos similares a los reportados en estudios previos donde las personas obtuvieron bajos puntajes en estos mismos ítems de la escala ASA²⁶⁻²⁷ que dan cuenta de las operaciones de autocuidado relacionadas con la actividad y el reposo.

Al respecto de las operaciones de autocuidado Dorotea Orem menciona factores condicionantes para el cuidado de sí mismo como lo son: la edad, el sexo, el estado de desarrollo, estado de salud, la orientación sociocultural, factores del sistema de salud (diagnóstico y modalidades de tratamiento), factores de índole familiar y del patrón de vida que incluyen las actividades rutinarias, factores ambientales y disponibilidad de recursos, que en muchas ocasiones no permiten que las demandas del autocuidado sean satisfechas²⁸. Para el caso específico de los participantes de este estudio, se puede decir que por las respuestas emitidas en la escala ASA, el patrón de vida es un condicionante que puede interferir en su autocuidado. Por estos motivos las operaciones de autocuidado no pueden ser valoradas como un listado de requisitos cumplidos o no cumplidos, ya que deben coincidir con la presencia o ausencia de indicadores de salud que evidencien el impacto del propio cuidado en cada persona; en este sentido, a pesar de que los resultados de este estudio muestran alto nivel de autocuidado en la población valorada, se evidencia la presencia de factores de riesgo cardiovascular no controlados como el peso corporal y prevalencia de hipertensión en la mayoría de los participantes.

Con relación a la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, el presente estudio reportó que solo el 2.4% de la población tienen comportamientos de no adherencia, el 51.2% tienen un riesgo de no adherencia y solo el 46.3% presenta una ventaja de adherencia;

contrario a lo encontrado por Flórez Torrez²⁰ en un hospital de tercer nivel donde el 88% de las personas valoradas tenía comportamientos de adherencia y sólo un 12% presentó riesgo moderado de no adherirse al tratamiento. De la misma forma Ortega y Vargas²³ reportaron en su estudio un mayor porcentaje de personas con ventaja para la adherencia con un 67% y con riesgo de no adherirse al tratamiento en el 29% de las personas.

Lo anterior demuestra que en los estudios citados, las personas presentan mayor comportamiento de adherencia al tratamiento, frente a los hallazgos reportados en esta investigación; sin embargo, se debe mencionar que más del 90% de la población que participó del actual estudio pertenece a un nivel socioeconómico, medio-alto y se encontraban vinculados a un régimen contributivo dentro del sistema de salud colombiano, contrario a los estudios revisados donde la población pertenecía a estratos bajos y cuyo nivel educativo es menor; en este sentido, un hallazgo importante a tener en cuenta es el hecho que las variables sociodemográficas como el estrato socioeconómico y el nivel educativo no son factores asociados a la ventaja de adherencia en esta población ya que el 53.6% de la población no tiene comportamientos de ventaja de adherencia.

Por otro lado, como hallazgos similares a la presente investigación, se puede mencionar el estudio realizado por Herrera-Guerra²² relacionado con la adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial, quien encontró que el 42% de la población valorada se ubicó en riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia, el 39%, con ventaja de adherencia y tan solo un 19% con comportamientos de no adherencia, datos similares a los del presente estudio; además de esto, Herrera-Guerra describe que las dimensiones que tienen mayor influencia en el resultado final de la adherencia al tratamiento son aquellas que se relacionan con los factores socioeconómicos y los factores que respectan a la terapia farmacológica, hallazgos que de igual forma se reportan en el presente estudio.

Por último, al comparar las dimensiones que afectan la adherencia al tratamiento se observa que los ítems de la dimensión socioeconómica fueron un factor que presentaba ventaja de adherencia, dato similar al encontrado por Ortega y Vargas donde una de las mayores frecuencias de respuesta para la ventaja de adherencia se obtuvieron en esta dimensión²³, como hallazgo contrario Fontal-Vargas reporta en su estudio de tesis, que la dimensión socioeconómica era uno de los aspectos que no favorecía la ventaja de adherencia²⁴.

CONCLUSIÓN

Existe una adecuada agencia de autocuidado en el total de los funcionarios de la institución universitaria según los resultados arrojados por el instrumento de evaluación de agencia de autocuidado; sin embargo, se evidencian falencias en la adherencia al tratamiento en la población objeto de estudio, ya que existe prevalencia

de comportamientos que ponen en riesgo la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Por estos motivos no se puede llevar a cabo un análisis de asociación entre las variables del autocuidado y la adherencia al tratamiento.

El autocuidado se ve influenciado por actos negativos como malos hábitos alimenticios, escasa búsqueda de información en situaciones en las cuales se encuentre afectada la salud, dificultad en la organización del tiempo libre para cuidar de sí mismo y actos positivos como el mantenimiento limpio del ambiente donde vive, buscar ayuda en situaciones de dificultad y manejar situaciones de estrés sin cambiar su personalidad.

A pesar de que la población del estudio pertenece a un nivel socioeconómico medio-alto la mayoría de los participantes en un 51.2% presentan riesgo de no adherencia al tratamiento, el resultado de adherencia se encuentra afectada de manera directa por las dimensiones relacionadas con la terapia y los factores socioeconómicos.

Es importante realizar más estudios que comparen instrumentos de medición de la capacidad de autocuidado, mediante los cuales se pueda precisar de una mejor forma si la percepción de la agencia se ve modificada por factores sociodemográficos y clínicos.

Los investigadores expresan no tener conflictos de interés a pesar de ser estudiantes y docentes de la institución.

REFERENCIAS

1. [Hoyos-Loaiza C, Jiménez-Montoya MA, Valencia-Molina MP, Valencia Rico CL, Rodríguez-Marín JE. Factores de riesgo Cardiovascular modificables y agencia de autocuidado en funcionarios de una institución universitaria de la Ciudad de Manizales \(Colombia\), 2014. Arch Med \(Manizales\) 2015; 15\(2\): 266-80.](#)
2. [Organización Mundial de la Salud. Temas de salud: Factores de Riesgo. \[Internet\] Colombia: OMS; 2016. Disponible en: \[http://www.who.int/topics/risk_factors/es/\]\(http://www.who.int/topics/risk_factors/es/\)](#)
3. [Cordero A, Masia MD, Galve E. Physical Exercise and Health. Rev Esp Cardiol. 2014; 67\(9\):748-753.](#)
4. [Organización Mundial de la Salud \(OMS\). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. Resumen de orientación. Ginebra: Organización Mundial de la Salud \(OMS\); 2010.](#)
5. [Organización Panamericana de la Salud. OPS. Enfermedades No transmisibles: Construyamos un Futuro más Saludable. \[Internet\]; 2011.](#)
6. [Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. Colciencias. Guía de práctica clínica para el síndrome coronario agudo. Guía para profesionales de la salud N° 17. Bogotá DC: Ministerio de Salud y Protección social de la República de Colombia. Colciencias; 2013.](#)
7. [Ministerio de Protección Social. Encuesta Nacional de la situación nutricional en Colombia. ENSI. \[Internet\]; 2010 Disponible en: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/Descargas1/Resumenfi.pdf>](#)
8. [Berbiglia VA, Banfield B. Teoría del déficit de autocuidado. En: Raile-Alligood M, Marriner Tomey A. Modelos y Teorías en Enfermería. España: Elsevier Mosby; 2011. P. 269-280.](#)
9. [Rodríguez-Acelas AL, Gómez-Ochoa AM. Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. Av. enferm. 2010; 28 \(1\): 63-71.](#)
10. [Arredondo-Holguín E. Comportamientos y capacidad de agencia de autocuidado de adultos con insuficiencia cardiaca. Av. enferm. 2010 28 \(1\): 21-30.](#)
11. [Zuart-Alvarado R, Ruiz Morales HJ, Vázquez-Castellanos JL, Martínez-Torres J, Linaldi-Yépez F. Adherencia a hipoglucemiantes en diabéticos de una unidad médica familiar del estado de Chiapas. Revista Salud Pública y Nutrición. 2010; 11 \(4\).](#)
12. [Sanahuja M.A, Villagrasa V, Martínez-Romero F. Adherencia Terapéutica. Pharm Care Esp. 2012; 14\(4\): 162-167.](#)
13. [Núñez-Montenegro AJ, Montiel-Luque A, Martín-Aurioles E, Torres-Verdú B, Lara-Moreno C, González-Correa JA. Adherencia al tratamiento en pacientes polimedicados mayores de 65 años con prescripción por principio activo. Aten Primaria. 2014; 46\(5\): 238-245.](#)
14. [Velandia-Arias A, Rivera-Álvarez LN. Confiabilidad de la escala Apreciación de la agencia de autocuidado \(ASA\), segunda versión en español, adaptada para población colombiana. Av. enferm. 2009; XXVII\(1\):38-47.](#)
15. [Manrique F, Fernández A, Velandia A. Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado \(ASA\) en Colombia. Aquichan 2009; 9\(3\):222-235.](#)

16. [Bonilla-Ibáñez CP, Gutiérrez de Reales E. Desarrollo y características psicométricas del instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Av. enferm. 2014; XXXII \(1\): 53-62.](#)
17. [Ortiz-Suárez C. Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Av. enferm. 2010; XXVIII \(2\): 73-87.](#)
18. [Velandia-Arias A, Rivera-Álvarez LN. Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. Rev. salud pública. 2009; 11 \(4\): 538-548.](#)
19. [Castaño-Castrillón JJ, Echeverri-Rubio C, Giraldo-Cardona JF, Maldonado-Mora A, Melo-Parra J, Meza-Orozco JA, et al. Adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en Assbasalud ESE, Manizales \(Colombia\) 2011. Rev. Fac. Med. 2012; 60 \(3\): 179-197.](#)
20. [Flórez-Torres IE. Adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Av. enferm. 2009; 27\(2\): 25-32.](#)
21. [Rodríguez-Acelas AL, Gómez-Ochoa AM. Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. Av. Enferm. 2010, XXVIII \(1\): 63-71.](#)
22. [Herrera-Guerra E. Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. Av. enferm. 2012; XXX \(2\): 67-75.](#)
23. [Ortega OSI, Vargas RE. Grado de adherencia a tratamientos en personas con riesgo cardiovascular. Av. enferm. 2014; 32\(1\):25-32.](#)
24. [Fontal-Vargas PA. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con factores de riesgo cardiovascular del Hospital Divino Niño de Buga Valle. \[Tesis para optar al título de Magister en enfermería con énfasis en el cuidado para la salud cardiovascular\]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2014.](#)
25. [Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades no transmisibles en las Américas: construyamos un futuro más saludable. 2011. \[Consultado 10 abril de 2016\]. Disponible en: <http://www.orasconhu.org/sites/default/files/OPS%20Libro%20ENT.pdf>](#)
26. [Vega Angarita OM. Agencia de autocuidado en hipertensos usuarios de un hospital universitario en Cúcuta \(Colombia\). Salud Uninorte. Barranquilla. 2014; 30\(2\): 133-145.](#)
27. [Contreras-Orozco A, Contreras-Machado A, Hernández-Bohórquez C, Castro Balmaceda MT, Navarro-Palmett LL. Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. Sincelejo, Colombia. Investig. Andina. 2013; 15\(26\): 667-678.](#)
28. [Olivella-Fernández MC, Bastidas-Sánchez CV, Castiblanco-Amaya MA. La adherencia al autocuidado en personas con enfermedad cardiovascular: abordaje desde el Modelo de Orem. Aquichán. 2012; 12\(1\): 53-61.](#)



***INVESTIGACIÓN**

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y TABAQUISMO: INTERVENCIÓN EDUCACIONAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES ESTUDIANTES

CARDIOVASCULAR DISEASES AND SMOKING: EDUCATIONAL INTERVENTION FOR CHILDREN AND ADOLESCENT STUDENTS

Kadyjina Daiane Batista Lúcio¹, Mônica Suêla de Azevedo Macena², Maria das Graças Mariano Nunes de Paiva³, Jéssica Dantas de Sá Tinôco⁴, Maria Isabel da Conceição Dias Fernandes⁵, Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira⁵.

¹Enfermera. Alumna de Maestría del Programa de Posgrado en enfermería de la Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil.

²Estudiante de enfermería de la Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil.

³Enfermera. Tiene maestría en enfermería por la Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil.

⁴Enfermera. Tiene maestría en enfermería. Estudiante del doctorado del Programa de Postgrado en enfermería de la Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil.

⁵Enfermera. Doctora en enfermería. Profesora Adjunta III del Departamento de enfermería y Coordinadora del Postgrado en enfermería de la Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil.

Recibido el 03 de octubre de 2017; aceptado el 12 de febrero de 2018.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la eficacia de una intervención educativa sobre enfermedades cardiovasculares y el conocimiento que los niños y adolescentes estudiantes tienen sobre tabaquismo. **Métodos:** Estudio descriptivo de tipo pre y post-prueba llevado a cabo con 185 estudiantes de las escuelas públicas del estado en una ciudad en el noreste de Brasil, a través de la intervención educativa para la prevención del tabaquismo y la disminución del riesgo de enfermedad cardiovascular. **Resultados:** Se observaron resultados positivos en la prueba posterior sobre todas las cuestiones en disputa. Destacamos los siguientes temas para la presentación de significación estadística: fumar (0.011); fumador activo (0.000); fumador pasivo (0.000); los efectos nocivos del cigarrillo (0.020); consecuencias del consumo de cigarrillos (0.011); las enfermedades cardiovasculares (0.000); y las causas de las enfermedades del corazón (0.020). **Conclusión:** La intervención educativa fue efectiva, obteniéndose resultados positivos en relación con el conocimiento de los estudiantes acerca de la prevención de riesgos de enfermedad cardiovascular y el tabaquismo. Por lo tanto, el papel de la enfermera como educadora se convierte en esencial en las escuelas, fomentando

las intervenciones y el uso de estrategias educativas aplicadas en la vida cotidiana.

Palabras clave: Educación en enfermería, infantil, adolescentes, enfermedades cardiovasculares, fumar.

ABSTRACT

Objective: To analyze the efficacy of an educational intervention on cardiovascular diseases and the knowledge that children and adolescent students have about smoking. **Methods:** Descriptive study of pre and post-test type with 185 students of the public schools of the state in a city in the northeast of Brazil, through the educational intervention for the prevention of smoking and the reduction of the risk of cardiovascular diseases. **Results:** Positive results were observed in the subsequent test on all the issues in dispute. We highlight the following topics for the presentation of statistical significance: smoking (0.011); active smoker (0.000); passive smoker (0.000); the harmful effects of the cigarette (0.020); consequences of cigarette consumption (0.011); cardiovascular diseases (0.000); and the causes of heart disease (0.020). **Conclusion:** The educational intervention was effective, obtaining positive results in relation to the knowledge of the students about the prevention of risks of cardiovascular disease and smoking. Therefore, the role of the nurse as an educator becomes essential in schools, encouraging interventions and the use of educational strategies applied in daily life. **Key words.** Education nursing, child, adolescent, cardiovascular diseases, smoking.

Dirección para Correspondencia:

Jorge Eliecer Rodríguez Marín. Universidad Católica de Manizales- Caldas- Colombia. Carrera 23 No. 60 - 63 - PBX.
 (57) (6) 8933050 Extensión 3131-3132.
 E-mail: jerodriguez@ucm.edu.co

INTRODUCCIÓN

La aparición de la enfermedad cardiovascular (ECV) aparece como un problema grave de salud pública, ya que se consideran las principales causas de muerte en todo el mundo. En 2008, representaban más de 17 millones de muertes. Se estima que alrededor de 23.6 millones de personas morirán de la enfermedad cardiovascular en 2030 (OMS, 2011)¹.

Entre los factores de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares se destaca la dislipidemia, la hipertensión, la diabetes, el sobrepeso, la obesidad, el tabaquismo y el consumo de alcohol (OMBON, 2013)². Es de destacar que, en gran parte, es probable que la modificación de los factores de riesgo relacionados con los hábitos no saludables adquiridos principalmente durante la infancia (LAITINEN, 2014)³.

Dada la posibilidad de modificar los hábitos poco saludables para la prevención de la enfermedad cardiovascular, se destaca la fuerte relación entre el tabaquismo y el aumento de DVC (Reynolds, 2014)⁴. El tabaquismo es considerado una seria amenaza para la salud mundial, ya que afecta directamente a la población y la economía, lo que lleva cada año, alrededor del mundo seis millones de muertes (OMS, 2011)¹.

Las alarmantes cifras de mortalidad relacionadas con el consumo de tabaco apuntan a la necesidad constante de intervenciones por evitarlo. Por otra parte, cuando el hábito de fumar comienza en la infancia, hay una mayor probabilidad de que el individuo se convierte en un fumador adulto, lo que confirma la importancia de la educación sanitaria en esta clientela (Archivos brasileños de Cardiología, 2013)⁵. Por lo tanto, la prevención de la aparición oportuna de este hábito se relaciona con la reducción de la prevalencia del número de fumadores diarios en la edad adulta y en consecuencia ocurre una mejora de la calidad de vida de la población mundial, especialmente en lo que corresponde a la prevención de las enfermedades cardiovasculares (WANG, 2015)⁶.

Por lo tanto, el estudio sugiere que los programas que fomentan la prevención de tal hábito negativo son para niños y adolescentes fumadores con un estatus socioeconómico bajo, o cuyos padres fuman. Los principales objetivos serían para reducir los factores de riesgo y la mortalidad por enfermedad cardiovascular en éstos, lo que demuestra aún más los efectos negativos del tabaco (TAHLIL, 2013; LAITINEN, 2014)^{3,7}.

En este contexto, el medio escolar es una etapa importante para el desarrollo de programas educativos para la prevención de las enfermedades cardiovasculares, ya que los niños y adolescentes pasan gran parte de su tiempo en ese lugar (VERNA, 2015)⁸. Por lo tanto, la enfermería desempeña un papel importante en las escuelas, con el desarrollo de actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, principalmente mediante la educación sanitaria, desarrollando, así, una edad adulta sana (POUTIAINEN, 2015)⁹.

Por lo tanto, las estrategias educativas eficaces en la promoción de la educación sanitaria se vuelven extremadamente importantes para conseguir resultados positivos como en la vida de los estudiantes. No obstante, teniendo en cuenta las altas tasas de enfermedades cardiovasculares en la población general, su relación con el tabaquismo, así como una mayor susceptibilidad al consumo de tabaco entre los jóvenes, las estrategias eficaces de educación sanitaria para la prevención del tabaquismo y las enfermedades cardiovasculares son relevantes para los estudiantes.

Por lo tanto, la comprensión de que el conocimiento es una medida importante en la prevención de problemas de salud, el estudio mostró la siguiente pregunta: ¿El conocimiento de los niños y adolescentes estudiantes mejoró después de una intervención educativa sobre enfermedades cardiovasculares y el tabaquismo? Para responder a esta pregunta, se tuvo como objetivo analizar la eficacia de una intervención educativa sobre enfermedades cardiovasculares y el conocimiento de los niños y adolescentes estudiantes acerca del tabaquismo.

MÉTODO

Estudio del tipo pre-prueba y post-prueba, en escuelas públicas de una ciudad de noreste de Brasil. La población del estudio incluyó a estudiantes, niños y adolescentes, debidamente inscritos en las escuelas seleccionadas. La selección de las escuelas de la encuesta se realizó por medio de un sorteo, utilizando cuatro cajas que representaban las cuatro zonas de la ciudad, o sea: norte, sur, este y oeste. En cada caja estaban dispuestas escuelas pertenecientes a su zona, después en cada caja fueron seleccionadas dos escuelas con el fin de obtener una representación exacta de la ciudad.

Por lo tanto, fue aplicada la fórmula para población infinita ($n = Z\alpha^2 \cdot P \cdot Q / E^2$), donde n es igual al tamaño de la muestra; $Z\alpha$ = nivel de confianza =; P = prevalencia en la salud de la enfermedad; Q = prevalencia suplementario (1-P); y E = error relativo de muestreo. Por lo tanto, fueron utilizados los siguientes parámetros: nivel de confianza del 95% ($Z \alpha = 1,96$); error de 8% de muestreo; sobre la prevalencia del evento, considerado el valor conservador de 50%. Finalmente, se obtuvo una muestra de la escuela 150, redondeando a 185 para fines de distribución en las escuelas. La muestra fue seleccionada entre las escuelas involucradas, a través de la aleatoriedad del muestreo, por sorteo, siendo sorteada una clase de cada escuela.

Se adoptó criterios de inclusión: niños o adolescentes, con edades comprendidas entre siete y 17 años de edad; estar regularmente matriculados en la escuela seleccionada en el estudio. Criterios de exclusión: los niños o adolescentes de baja por enfermedad en el momento de la recogida de datos.

El período de recolección de datos que cubre los meses de agosto a noviembre de 2014, utilizando la estrategia

de educación, así como un cuestionario con 15 preguntas sobre datos sociodemográficos (edad, sexo), las actitudes personales (hábito de beber, fumar, la práctica de deportes), las actitudes de la familia (familiar fumador o alcohólico) y el conocimiento del estudiante sobre el tabaquismo y las enfermedades cardiovasculares. Es de destacar que el mismo instrumento se aplicó antes y después de la intervención educativa.

La herramienta de intervención educativa y la recogida de datos desarrollado fueron validados en cuanto a su contenido y apariencia por dos enfermeras que tenían maestría, que llevaran a cabo investigaciones en cardiología. Las sugerencias de preguntas pertinentes para evaluar el conocimiento de los estudiantes sobre el tema se han añadido al instrumento.

La intervención educativa duró dos horas, e incluyó los siguientes temas: factores de riesgo cardiovascular, además del tabaquismo y sus efectos a corto y largo plazo. Por lo tanto, esto ocurrió en tres fases distintas. Inicialmente se propuso muchas ideas, para una comprensión de la temática por medio de los estudiantes, teniendo en cuenta el conocimiento previo de ellos, haciéndoles sentir elementos importantes del proceso de enseñanza-aprendizaje. Luego se continuó con la conferencia dialogada, involucrando los estudiantes de forma dinámica. En la tercera parte se realizó una gincana educativa, con actividades divertidas como el juego del ahorcado, rompecabezas, sopas de letras, saltar cuerda, para fijar el contenido analizado.

El pre-prueba aplicado antes de iniciar la intervención educativa, con el objetivo de evaluar el conocimiento previo de los adolescentes sobre las enfermedades cardiovasculares, el tabaco y el tabaquismo. Tras el final de la intervención se aplicó después de la post-prueba, en el que se utilizó el mismo contenido y las preguntas contenidas en la pre-prueba con el fin de evaluar los conocimientos de los adolescentes después de la intervención.

Se destacó que los responsables de la colección, así como la realización de la intervención educativa, eran estudiantes graduados en enfermería, tres enfermeras, dos estudiantes de maestría. Antes del inicio de la recogida de datos, fueron sometidos a un enfermero especialista. La capacitación se llevó a cabo a través de la clase expositiva-dialogica, con una duración de ocho horas, se reunió dos veces, durante la cual se discutieron la fisiopatología de la enfermedad cardiovascular, efectos nocivos del tabaco sobre el cuerpo humano, los efectos de este hábito en la población estudiada, así como, promover el conocimiento y acercamiento al instrumento de recolección de datos y detallar el acercamiento a los adolescentes durante la dinámica, con el fin de estandarizar la información y minimizar sesgos en la investigación.

Los datos fueron organizados en hojas de cálculo de Microsoft Excel 2010 y fueron analizadas con la versión de software estadístico SPSS 20.0, a partir del análisis descriptivo e inferencial de los datos. El análisis descriptivo utilizó frecuencias absolutas y relativas, así como medidas de tendencia central y de dispersión, fue aplicada la prueba de Kolmogorov-Smirnov para comprobar la normalidad de los datos. Para el análisis inferencial, fue realizada la prueba de McNemar, lo que permite asociar respuestas estadísticamente pre y post-prueba para cada uno de los estudiantes. Por lo tanto, hemos adoptado un nivel de significación del 5% ($p < 0,05$).

Es de destacar que el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la institución responsable de la investigación, con el protocolo con el número 347902 y CAAE: 18703213.7.0000.5537. La participación de los niños y adolescentes en este estudio fue hecho por consentimiento de los padres, que firmaron el consentimiento a sus hijos de participar en la investigación, de acuerdo a la norma que regula la investigación en seres humanos.

RESULTADOS

De los 185 estudiantes que participaron en el estudio, la edad media de estos fue 12.83 años, y la mayoría eran mujeres (54.1%). En cuanto a los hábitos de vida, aseguró no ser alcohólico (96.8%), no tiene el hábito de fumar (89.7%) y la practica la actividad física (72.4%). Con respecto a las actitudes de la familia, el 62.7% de los adolescentes dijo que al menos uno de los miembros de la familia consumieron bebidas alcohólicas y el 74.6% de las familias tenían el hábito de fumar.

A partir de la aplicación de una intervención educativa fue posible verificar los conocimientos adquiridos por los estudiantes sobre el tabaquismo y las enfermedades cardiovasculares, por medio de un instrumento en el modelo de pre y post-prueba. Por lo tanto, la Tabla 1 muestra el exitoso pre y post-prueba realizado en cada una de las preguntas.

Se observa en la Tabla 1, la intervención educativa fue efectiva para la educación sanitaria en la temática, la obtención de resultados positivos en la prueba posterior sobre todas las cuestiones en disputa. Se destacan los siguientes temas para la presentación de significación estadística: fumar (0.011); fumador activo (0.000); Fumador pasivo (0.000); Los efectos nocivos del cigarrillo (0.020); Consecuencias del consumo de cigarrillos (0.011); Las enfermedades cardiovasculares (0.000); y las causas de las enfermedades del corazón (0.020).

Tabla 1 - Nivel de acierto pre y post Intervención sobre salud cardiovascular y tabaquismo. Natal, 2016

Temáticas dos cuestionamientos	Aciertos		Valor p1
	Pre-prueba	Post-prueba	
Facilidad de parar de fumar	87.0%	90.3%	0.109
Enfermedades cardiovasculares	38.9%	84.9%	0.000*
Fumante pasivo	27.6%	79.5%	0.000*
Fumante activo	34.1%	74.6%	0.000*
Tabaquismo	28.6%	72.4%	0.000*
Consecuencias do uso do cigarro	64.3%	72.4%	0.011*
Maleficios delcigarrillo	61.1%	70.8%	0.003*
Causas das enfermedades del corazón	52.4%	61.1%	0.020*
Prevención de las enfermedades del corazón	54.6%	59.5%	0.175

Prueba McNemar, *p<0,05

DISCUSIÓN

Las enfermedades cardiovasculares se producen sobre todo en la edad adulta, sin embargo, los factores de riesgo aún se pueden presentar en la infancia y la adolescencia, desde el estilo de vida sedentario o factores hereditarios. Por lo tanto, se vuelve importante identificar tales riesgos incluso en el período infanto-juvenil (Alayón et al, 2011)¹⁰.

En este contexto, existe la necesidad de profesionales de la salud que trabajen en la prevención de las enfermedades cardiovasculares, interviniendo sobre los factores de riesgo modificables, sino también trabajando en educación para la salud en el entorno escolar, con el fin de reducir los factores agravantes de esta enfermedad.

En cuanto a los hábitos de fumar y beber se identificó que no son frecuentes en la clientela investigada, sin embargo, cuando se cuestionó sobre los familiares, los datos apuntan a mayores tasas. Por lo tanto, la mayoría informó de que un miembro de la familia hizo uso de tabaco. En este sentido, la literatura (Circulation, 2015)¹¹ muestra que cuando al menos uno de los padres fuma, los niños tienen altas probabilidades de desarrollar enfermedades cardiovasculares al convertirse en fumadores pasivos, en comparación con los niños y adolescentes que los familiares no tienen este hábito.

Estudio con estudiantes apunta que cuando los padres fuman, la posibilidad de sus hijos de fumar se duplica, mientras el riesgo disminuye cuando sólo uno de los padres tiene el hábito, pero que este riesgo puede aumentar si el miembro fumador es la madre (CORDERO; Kupek; MARTINI, 2010)¹². Otra investigación hecha con niños mostró que el grupo expuesto al cigarrillo tienen

padres con menor nivel de educación en comparación con el grupo de niños no expuestos, teniendo en cuenta el fumar una variable relevante frente a los factores socioeconómicos (conejo, roca; JONG, 2012)¹³.

Cuando se trata de alcoholismo, se nota que los individuos con una historia familiar de este problema son más susceptibles al aumento de peso en la adolescencia, como consecuencia futuros problemas cardiovasculares (Lichenstein et al, 2014). Por lo tanto, en vista de los efectos nocivos del consumo de tabaco y alcohol en el estado de salud de los adolescentes, existe la necesidad de un trabajo de enfermería en la prevención y el cese de estos hábitos dentro del contexto de la escuela, con el fin de aclarar dudas sobre las consecuencias y perjuicios de fumar e intervenir frente a los problemas identificados.

Con respecto a la actividad física, la mayor parte de la población del estudio informaron de la práctica de alguna actividad física, sin embargo, debe tenerse en cuenta que un porcentaje significativo de la muestra (28.6%) afirman que no realizan ninguna actividad física. Un estudio muestra que el tiempo de sedentarismo tiene un impacto negativo en el índice de masa corporal (IMC) de los jóvenes, en la salud cardiovascular, en la autoestima, en la conducta prosocial y el rendimiento académico están comprometidos (SPITTAELS et al., 2012)¹⁴. De este modo, se puede aumentar el impacto negativo en sus vidas, ya que estos individuos crecen y no cambian sus hábitos. El futuro será un porcentaje de casi el 30% de los jóvenes adultos sedentarios con altas posibilidades para convertirse en pacientes cardíacos.

La enfermería puede actuar durante las visitas en el entorno escolar, la evaluación de los hábitos de vida y

fomentar la participación de los estudiantes en las actividades físicas propuestas por la escuela y fuera de ese entorno, junto con el equipo multiprofesional. Se sabe que el ejercicio para identificar los déficit y prescribir intervenciones eficaces en los primeros años de vida reduce los efectos adversos para la salud en la edad adulta (Faigenbaum, Gipson-Jones, Myer, 2012)¹⁵.

De acuerdo con los resultados de este estudio, en las preguntas relacionadas con el tabaquismo activo y el tabaquismo pasivo, se observó que la mayoría de los estudiantes no sabían cuál es la definición de estos términos. Un estudio muestra que los niños expuestos al consumo de tabaco son más propensos a desarrollar enfermedades respiratorias, son inmunológicamente más deprimidos, además de tener más casos de absentismo escolar y hospitalizaciones, lo que requiere una aclaración a la sociedad sobre los riesgos del tabaquismo pasivo, tratando de sensibilizar a los médicos acerca de la salud del niño (CONEJO, ROCK; JONG, 2012)¹³.

En cuestiones relacionadas con el tabaquismo, una cantidad considerable de adolescentes no sabían su significado real, relacionando ese tema a la venta o producción del tabaco. Una investigación del mismo perfil de los encuestados reveló cambios considerables con relación al conocimiento de los estudiantes después de la intervención en la escuela, reconociendo la práctica como prometedora para reducir el consumo de tabaco (Verma y Col, 2015)⁷.

Cuando se les preguntó acerca de lo que el humo puede causar en el fumador, el 35.7% de la muestra no obtuvo una respuesta satisfactoria en la pre-prueba. Un estudio similar revela que el conocimiento de los estudiantes sobre los efectos nocivos del tabaco sobre la salud fue relativamente baja antes de la intervención, que sólo reconocen las relacionadas con la divulgación obligatoria (PROCHNOW et al., 2014)¹⁶. Del mismo modo, en este estudio, después de la discusión con respecto a este tema, la post-prueba mostró una mejora en la asimilación de los conocimientos.

Corroborando los resultados de este estudio, la investigación muestra que los estudiantes saben que fumar es perjudicial para la salud y reconocen la dificultad que hay en dejar de fumar, distinguiendo la nicotina como una droga adictiva, sin embargo, la prevalencia de la experimentación y el consumo regular de tabaco es alta (CORDERO; Kupek; MARTINI, 2010; MALCON et al, 2011.)^{12,17}. Por lo tanto, a pesar de la información sobre los riesgos asociados al consumo de tabaco están disponibles en los medios de comunicación y en el propio producto, es necesario mejorar el conocimiento de las personas a través de estrategias eficientes (Tanni et al., 2010)¹⁸.

En relación con las enfermedades cardiovasculares, los estudiantes tenían poco conocimiento con respecto a lo que son las enfermedades cardiovasculares, los factores de riesgo y prevención. En este sentido, la investigación muestra la prevalencia de factores de riesgo cardiovas-

cular y se observó un menor nivel de conciencia de la enfermedad cardíaca asociada con un bajo control de estas enfermedades concomitantes (Calandrelli et al., 2011)¹⁹. Así, es evidente que la falta o deficiencia en el conocimiento pueden influir en la aparición de nuevos casos y el empeoramiento ya existente (Calandrelli et al., 2011).

El estudio demuestra la importancia de implementar estrategias para reducir los factores de riesgo, tales como: el control del peso, el ejercicio físico y la dieta equilibrada en la infancia, haciendo con esa práctica sea más común en el entorno escolar y familiar, lo que reduce el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles en los adultos (RIBAS; SILVA, 2014)²⁰.

Acciones preventivas proporcionan cambios en el comportamiento y en la actitud, mejorando la calidad de vida, y además de transformar los estudiantes en multiplicadores del conocimiento a sus familias y la comunidad (PROCHNOW et al., 2014)¹⁶. Después de la intervención, los estudiantes tuvieron la tasa de éxito significativo en estas preguntas, que puede traer cambios y mejoras en el comportamiento con respecto al conocimiento sobre el tabaquismo y el control de los factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular.

Por lo tanto, el enfermero tiene un papel importante en la escuela, para proporcionar a los estudiantes un conocimiento efectivo a través de intervenciones educativas sobre su salud y el cuidado que deben ser objeto de mantenimiento. Este estudio reafirma la importancia de estas intervenciones de salud en la escuela, promoviendo mejoras tanto en el conocimiento de los estudiantes como en las medidas de prevención de enfermedades.

CONCLUSIÓN

Se concluye que la intervención educativa fue efectiva para la escuela, lo que contribuye al conocimiento de los niños y adolescentes sobre las enfermedades cardiovasculares y el tabaquismo. Destacando las preguntas que mostraron significación estadística en comparación con antes de la prueba: el fumar; fumador activo; el tabaquismo pasivo; los efectos nocivos del cigarrillo; consecuencias del consumo de cigarrillos; enfermedades cardiovasculares; y las causas de las enfermedades del corazón.

A partir de los resultados, se encontró que los conocimientos sobre el tabaquismo y la enfermedad cardiovascular son bajos, sin embargo, después de la intervención a corto plazo en la escuela, se ha ampliado el conocimiento de los niños y adolescentes sobre el tema. Los estudiantes que participan en este estudio habían alcanzado tasas más altas en la post-prueba en todas las cuestiones, lo que demuestra la asimilación de los conocimientos transmitidos durante la intervención.

Dados los resultados, se observa que el trabajo de los enfermeros como educadores es esencial en las escuelas, estimulado por las intervenciones utilizando medi-

das educativas para el logro de resultados positivos en la promoción de la salud, y la prevención de enfermedades en la escuela, así como proporcionar un envejecimiento saludable a estos. Además se observó la importancia de la relación de la universidad con el entorno escolar, promoviendo mejoras educativas para las dos instancias de la enseñanza y fortaleciendo de las actividades educativas, aun en la escuela primaria y en la comunidad.

Las limitaciones incluyen la naturaleza del estudio, pues se trata de un enfoque transversal, donde los resultados demuestran el impacto a corto plazo, por lo tanto, se sugiere nuevos estudios con un enfoque longitudinal para demostrar la eficacia de la intervención a largo plazo.

REFERENCIAS

1. World Health Organization (WHO). Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control. Mendis S, Puska P, Norrving B editors. Geneva: World Health Organization. 2011.
2. Omboni S, Carabelli G, Ghirardi E, Carugo S. Awareness, treatment, and control of major cardiovascular risk factors in a small-scale Italian community: results of a screening campaign. *J Pediatr*. 2011;158(4):594-601.
3. Laitinen TT, Pakkala K, Venn A, Woo JG, Oikonen M, Dwyer T, et al. Childhood Lifestyle and Clinical Determinants of Adult Ideal: Cardiovascular Health The Cardiovascular Risk in Young Finns Study, the Childhood Determinants of Adult Health Study, the Princeton Follow-up Study. *Int J Cardiol*. 2013; 169(2): 126-32.
4. Reynolds K, Liese AD, Anderson AM, Dabelea D, Standiford D, et al. Prevalence of Tobacco Use and Association between Cardiometabolic Risk Factors and Cigarette Smoking in Youth with Type 1 or Type 2 Diabetes Mellitus. *J Pediatr*. 2011;158(4):594-601.
5. Simão AF, Precoma DB, Andrade JP, Correa Filho H, Saraiva JFK, et al. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Brase Cardiol*. 2013;101(Supl. 2):1-63.
6. Wang LY, Michael SL. Long-Term Health and Medical Cost Impact of Smoking Prevention in Adolescence. *J Adolesc Health*. 2015; 56(2): 160-66.
7. Teuku Tahlil T, Woodman RJ, Coveney J, Ward PR. The impact of education programs on smoking prevention: a randomized controlled trial among 11 to 14 year olds in Aceh, Indonesia. *BMC Public Health*. 2013;13(367):1-11.
8. Verma A, Muddaiah P, Krishna Murthy A, Sanga R. Exploring an effective tobacco prevention programme for Indian adolescents. *Public Health*. 2015;129(1):23-8.
9. Poutiainen H, Levälähti E, Hakulinen-Viitanen T, Laatikainen T. Family characteristics and health behaviour as antecedents of school nurses' concerns about adolescents' health and development: A path model approach. *International. Int J Nurs Stud*. 2015; 52(5):920-9.
10. Alayón AN, Castro-Orozco R, Gaviria-Esquivia L, Fernández-Franco M, Benítez-Peña L. Factores de riesgo cardiovascular en escolares entre 7 y 14 años en Cartagena, Colombia, 2009. *Rev salud pública*. 2011;13(2):196-206.
11. Circulationis published by the American Heart Association, 7272 Greenville Avenue, Dallas, TX 75231. 2015 American Heart Association, Inc. All rights reserved. 1524-4539.
12. Cordeiro EAK, Kupek E, Martini JG. Prevalência do tabagismo entre escolares de Florianópolis, SC, Brasil e as contribuições da enfermagem. *Rev bras enferm*. 2010;63(5): 706-11.
13. Coelho SA, Rocha SA, Jong, LC. Consequências do tabagismo passivo em crianças. *Ciênc. Parte. Saúde*. 2011;11(2):294-301.
14. Spittaels H, Cauwenberghe EV, Verbestel V, Meester F, Dyck DV, et al. Objectively measured sedentary time and physical activity time across the lifespan: a cross-sectional study in four age groups. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2012;9(149):1-12.
15. Faigenbaum AD, Gipson-Jones TL, Myer GD. Exercise Deficit Disorder in Youth an Emergent Health Concern for School Nurses. *The Journal of School Nursing*. 2012; 28(4):252-5.
16. Prochnow TR, Farias ME, Dal-Farra RA, Lopes PTC. Ações de prevenção ao tabagismo em ambiente escolar na cidade de Canoas, Rio Grande do Sul: a importância do envolvimento escola, universidade e comunidade. *Revista de Ciências da Educação*. 2014; 2(31):113-128.
17. Malcon MC, Menezes AMB, Assunção MCF, Neutzling MB, Challal P. Effectiveness of an educational intervention on smoking among school adolescents. *Rev bras epidemiol*. 2011;14(1):63-72.
18. Tanni SE, Iritsu NI, Tani M, Camargo PA, Sampaio MG, et al. Evaluation of hospitalized patients in terms of their knowledge related to smoking. *J. bras. pneumol*. 2010; 36(2): 218-223.
19. Calandrelli M, Saavedra ME, Trevisán M, Zgaib ME, Parola M, et al. Relevamiento de factores de riesgo cardiovascular en Bariloche. *Rev argent cardiol*. 2011;79(4):344-350.
20. Ribas SA, Silva LCS. Fatores de risco cardiovascular e fatores associados em escolares do Município de Belém, Pará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(3):577-586.



*REVISIÓN

RECUPERACIÓN QUIRÚRGICA DIFERIDA EN ADULTOS Y ANCIANOS EN CIRUGÍA TORÁCICA PERIODO PERIOPERATORIO. REVISIÓN SISTEMÁTICA.

DEFERRED SURGICAL RECOVERY IN ADULTS AND THE ELDERLY IN PERIOPERATIVE PERIOPERATIVE THORACIC SURGERY. SYSTEMATIC REVIEW.

Thalita Gomes do Carmo¹, Rosimere Ferreira Santana², Bárbara Silva Antunes³, Magali Rezende de Carvalho⁴.

¹Doctoranda, Programa de Pos-Grado en Ciencias de la Salud, Universidade Federal Fluminense. Profesora Asistente del Departamento de Medicina Quirúrgica de la Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

²Doctora. Doctorado en Enfermería Universidade Federal do Rio de Janeiro. Profesora Asociada del Departamento de Medicina Cirúrgica da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

³Estudiante de Enfermería, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

⁴Maestría en Ciencias de la Salud, Universidade Federal Fluminense. Enfermera de Terapia Enterostomal por la Wound Ostomy Continence School/ Cleveland Clinic, Cleveland, United States.

Recibido el 07 de noviembre de 2017; aceptado el 23 de abril de 2018.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo identificar indicadores clínicos del Diagnóstico de Enfermería de Recuperación Quirúrgica Diferida, readmisión y muerte en adultos y pacientes ancianos sometidos a cirugía torácica. Se realizó y relató una revisión sistemática según la metodología PRISMA y el Manual Cochrane. Hubo siete fases principales: (1) desarrollo de un protocolo de investigación; (2) planteamiento de una cuestión relacionada a la práctica basada en evidencias, empleando el acrónimo PIO (paciente, intervención y resultado); (3) definición de palabras-clave sobre las estrategias de búsqueda en cada banco de datos elegido por el investigador, que debe ser variado; (4) determinación, selección y revisión de criterios de inclusión y exclusión; (5) evaluación crítica de los estudios; (6) recopilación de datos empleando instrumento pareado (dos investigadores simultáneamente); y (7) síntesis de los resultados/datos agrupados por similitud. Elegimos 15 de los 336 estudios identificados tras la aplicación de criterios de elegibilidad. Los indicadores clínicos fueron: dolor posoperatorio, delirio, arritmias, edad avanzada (más de ochenta años), enfermedad pulmonar obstructiva crónica, disfunción renal, cirugía no-electiva, úlcera de presión, mediastinitis, diabetes, insuficiencia

cardíaca, obesidad e infección hospitalaria. Así, enfermeros perioperatorios de cirugía torácica pueden prever graves complicaciones posoperatorias. Palabras clave: Enfermería perioperatoria, enfermería cardiovascular, diagnóstico de enfermería, enfermería geriátrica, cuidados de enfermería.

ABSTRACT

This study aimed to identify clinical indicators of Delayed Surgical Recovery Nursing Diagnosis, readmission and death in adults and aged patients who underwent thoracic surgery. We carried out and reported a systematic review according to the PRISMA methodology and Cochrane Handbook. There were seven main phases: (1) development of a research protocol; (2) formulation of a question regarding evidence-based practice using the acronym PIO (patient, intervention, and outcome); (3) definition of keywords about the search strategies in each database chosen by the researcher, which should be varied; (4) determination, selection and review of inclusion and exclusion criteria; (5) critical assessment of the studies; (6) data collection using paired instrument (two researchers simultaneously); and (7) synthesis of results/data grouped by similarity. We chose 15 of 336 identified studies after application of eligibility criteria. The clinical indicators were: postoperative pain, delirium, arrhythmias, advanced age (older than 80), chronic obstructive pulmonary disease, kidney dysfunction, non-elective surgery, pressure ulcer, mediastinitis, diabetes, heart failure, obesity, and hospital infection. Thus, thoracic surgery perioperative nurses may predict severe postoperative

Dirección para correspondencia:

Thalita Gomes do Carmo

R. Dr. Celestino, 74 - Centro, Niterói - RJ, Brasil, 24020-091

55-21-98125-0086

E-mail: thalitadog@gmail.com

complications.

Keywords: Perioperative nursing, cardiovascular nursing, nursing diagnosis, geriatric nursing, nursing care.

INTRODUCCIÓN

Una de las características de la actual sociedad mundial es el elevado número de personas que alcanzan una edad avanzada, lo que constituye una cuestión que debe ser enfrentada por el equipo de sanidad. La expectativa media de vida ha venido incrementándose y, para 2020 se espera llegar a los 73 años de edad, tanto para hombres como para mujeres. Las mujeres vienen presentando índices sanitarios similares a las de los hombres debido a su inclusión en el mercado de trabajo y a las demandas de la vida moderna¹.

La historia de la cirugía torácica incluye grandes conquistas tecnológicas y notables desarrollos técnico-científicos que la convirtieron en una de las operaciones más seguras realizadas en Brasil y en el Mundo hoy en día². Aunque las cirugías torácicas sean seguras incluso en pacientes con grandes debilidades, estos todavía están expuestos a un alto riesgo de desarrollo de complicaciones posoperatorias, como delirio (14.7 a 46.0%), depresión (10.0 a 37.7%), úlceras por presión (10.6 a 18.0 %) e infecciones nosocomiales (8.3 a 54.5%)³. La aparición de cualquier complicación representa una disminución en la calidad de vida y bienestar tras el alta, así como el incremento de los costos hospitalarios.

El tiempo previsible de hospitalización tras la cirugía torácica se considera cuando el proceso quirúrgico es tradicional, o sea, con esternotomía, bajo uso de terapia intensiva y media de dos a tres días en la sala de recuperación⁴. Este debe ser el periodo esperado de recuperación quirúrgica en este estudio.

El Diagnóstico de Enfermería de Recuperación Quirúrgica Retardada se categoriza por la taxonomía II de la Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería Internacional (NANDA-I) en el XI Dominio, Seguridad y Protección y en la Clase II, Lesión Física, definida como "la extensión en el número de días pos-operatorios necesarios para el inicio y realización de actividades que mantengan la vida, salud y el bienestar"⁵.

Los indicadores de diagnóstico para determinar la formación del Diagnóstico de Enfermería de Recuperación Quirúrgica Retardada se construyen mediante características definidoras (señal o síntoma - indicador objetivo o subjetivo: "atraso del retorno del trabajo, incomodidad, evidencia de interrupción de la cicatrización en el campo quirúrgico, incapacidad de volver al trabajo, movilidad damnificada, pérdida de apetito, necesidad de ayudar para el auto-cuidado y tiempo excesivo para recuperación"), y por factores relacionados (causas o factor contribuyente - factor etiológico: "agente farmacológico, contaminación local, diabetes mellitus, trastorno psicológico en el posoperatorio, dolor, edema en el sitio

de la cirugía, puntuación de la clasificación del estado físico de la Sociedad Americana de Anestesiólogos - ASA ≥ 3 , extremos de edad, historial de atrasos en la cicatrización de heridas, infección perioperatoria en el sitio quirúrgico, movilidad limitada damnificada, náusea persistente, obesidad, procedimiento quirúrgico prolongado, reacción emocional posoperatoria, subnutrición, trauma en el campo quirúrgico y vómitos persistentes")⁵.

En todos los periodos de experiencia quirúrgica, él(la) enfermero(a) se hace muy necesario en virtud a la constante actualización e investigación clínica, a fin de evaluar los posibles indicadores clínicos de complicaciones, así como gestionar, con excelencia, cuidados de enfermería que comprenden aspectos completos, minimizando así el acaecimiento de complicaciones y contribuyendo al restablecimiento de la salud del individuo en el menor tiempo posible.

Este estudio tuvo como objetivo identificar indicadores clínicos del Diagnóstico de Enfermería de Recuperación Quirúrgica Diferida, readmisión y muerte en adultos y pacientes ancianos sometidos a cirugía torácica.

MÉTODO

Esta revisión sistemática se realizó y relató siguiendo la metodología de Declaración de Referencia Preferencial para Análisis Sistemático y Meta-Análisis (PRISMA) y Manual Cochrane, basado en siete etapas principales: (1) desarrollo de un protocolo de investigación; (2) planteamiento de una cuestión relativa a la práctica basada en evidencias (EBP) empleando el acrónimo PIO, que será posteriormente caracterizado (definición de palabras clave sobre las estrategias de búsqueda en cada banco de datos elegido por el investigador, que debe ser variado); (4) determinación, selección y revisión de criterios de inclusión y exclusión; (5) evaluación crítica de los estudios; (6) recopilación de datos empleando instrumento pareado (dos investigadores simultáneamente); y (7) síntesis de resultados/datos agrupados por similitud^{6,7}.

Para la primera etapa de la revisión sistemática los investigadores elaboraron un protocolo de investigación que comprendió la forma en que se encontrarían los estudios, criterios de inclusión y exclusión de los artículos, definición de los resultados de interés, verificación de la precisión del resultado y determinación de la calidad del estudio.

La estrategia PICO se empleó para desarrollar la cuestión de la investigación, que es un acrónimo para Pacientes, Intervención, Comparación y Resultados. Sin embargo, este investigador utilizó el PIO, considerando que no hubo comparación: Paciente (adultos y ancianos), Intervención (cirugía torácica) y Resultado (indicadores clínicos asociados al Diagnóstico de Enfermería de Recuperación Quirúrgica Retardada, readmisión y muerte). A continuación, la siguiente cuestión de investigación fue formulada: ¿Cuáles son los indicadores clínicos asociados al Diagnóstico de Enfermería de Recuperación Quirúrgica

Retardada, readmisión y muerte en pacientes adultos y ancianos sometidos a cirugía torácica?

La tercera etapa fue el establecimiento de palabras clave del diccionario de sinónimos y antónimos de las materias médicas (MeSH), Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), Término de Admisión e Índice Cumulativo de Enfermería y Salud Aliada (CINAHL). Las palabras clave investigadas fueron "adulto", "anciano", "enfermería", "cirugía torácica", "complicaciones posoperatorias", "readmisión del paciente" y "muerte", proporcionando una asociación entre ellos al utilizar los operadores booleanos "OR" e "AND".

La investigación on-line en las bases MEDLINE a través de la PubMed, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), Embase (1974 a 2016, 12 de mayo y, a continuación, el 14 de setiembre de 2016).

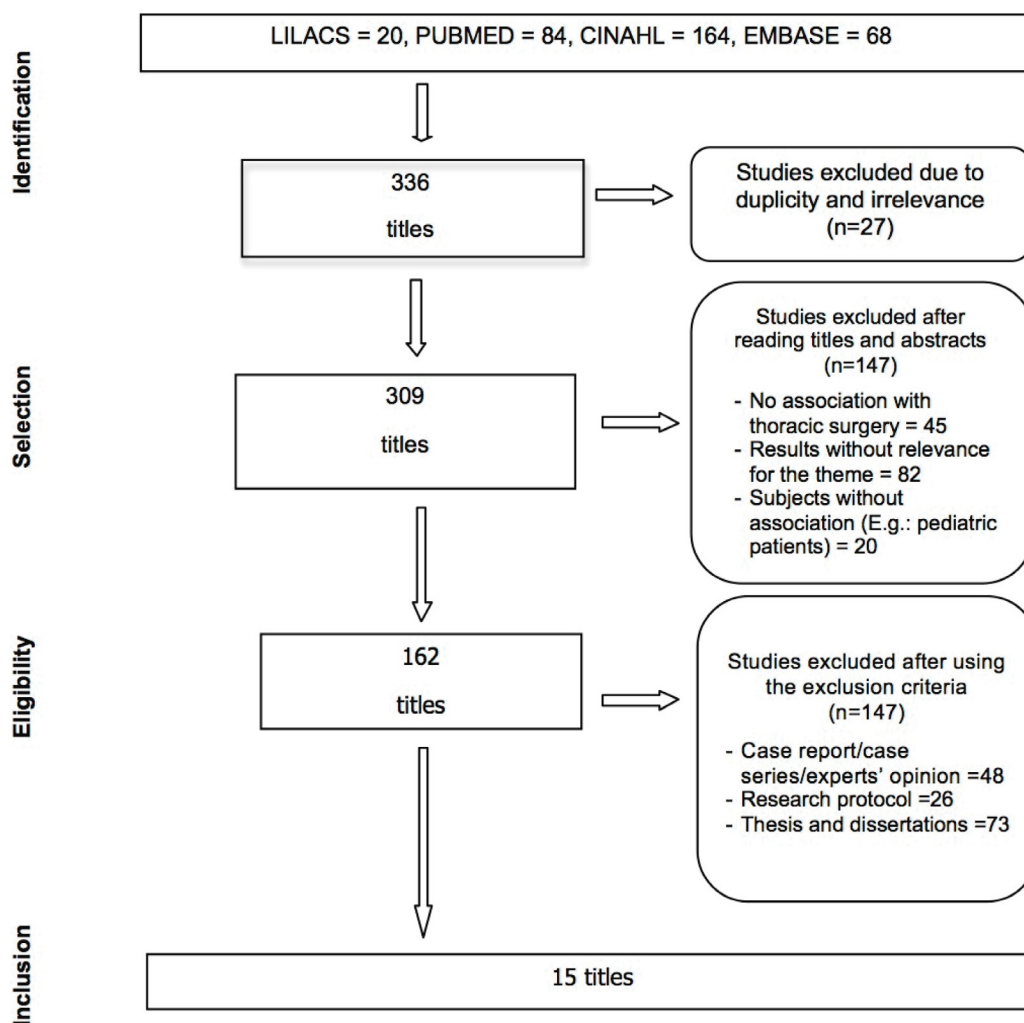
La estrategia de pesquisa por búsqueda para PubMed fue: ((Adulto[mh] ORD edad[mh] AND (cirugía torá-

ca[mh] AND (complicaciones posoperatorias[mh])). Fueron necesarias variaciones y ajustes para incluir diferentes bancos de datos. La Figura 1 representa el camino para investigar y seleccionar el material.

En la cuarta etapa se determinaron, seleccionaron y revisaron los criterios de inclusión y exclusión. Se incluyeron estudios que evaluaron factores de riesgo significativos en adultos y pacientes ancianos sometidos a cirugía torácica con los siguientes resultados: incremento de los días de hospitalización, readmisión hospitalaria y muerte. Se excluyeron informes de casos, series de casos y opinión de los especialistas, protocolos de investigación, tesis y tesinas. Se consideraron apenas estudios publicados entre 2000 y 2016 en portugués, inglés y español disponibles gratuitamente.

La quinta etapa comprendió la evaluación crítica de los estudios. Se seleccionaron artículos científicos de acuerdo con sus conceptos, que se recopilaron a través de un instrumento con los siguientes ítems: datos de identificación (autores y año de publicación), país, banco de

Figura 1. Diagrama de Flujo de identificación y selección de artículos para una revisión sistemática.



datos en que se encontró el artículo, calidad de los estudios sobre el Nivel de Evidencia⁸ y poder de recomendación, revista, método y resultado.

Los datos se recopilaron empleando métodos que analizaron los estudios mediante pares (dos investigadores simultáneamente) en la sexta etapa, con base en los criterios de inclusión y exclusión adoptados.

En la séptima y última etapa, los artículos se interpretaron y discutieron. Se destacaron los documentos que aportaron las diferencias conceptuales de los indicadores clínicos de recuperación quirúrgica de manera más clara y concisa. Entonces, se presentaron la revisión y síntesis del conocimiento producido sobre los resultados establecidos.

RESULTADOS

En la tabla 1 muestra los 15 artículos analizados.

Referencia	País	Nivel de evidencia	Método	Resultado / indicador clínico
Martorella et al. ⁹	Canadá	1B	Ensayo clínico randomizado	Dolor posoperatorio
Silva et al. ¹⁰	Brasil	1B	Estudio experimental no aleatorizado	Dolor posoperatorio
van Valen et al. ¹¹	Holanda	2A	Cohorte prospectivo	Dolor posoperatorio
Corrêa e Cruz ¹²	Brasil	2C	Observación prospectiva	Dolor posoperatorio
Keane ¹³	Estados Unidos	2C	Observación prospectiva	Dolor posoperatorio
Zhang et al. ¹⁴	China	2B	Cohorte prospectivo	Delirio
Ettema et al. ¹⁷	Inglaterra	1B	Método mixto	Delirio, depresión, lesión por presión, infección hospitalaria
Nyquist et al. ¹⁸	Estados Unidos	2A	Cohorte prospectivo	Diabetes
Bates et al. ¹⁹	Estados Unidos	2B	Ensayo clínico sin grupo de control ni randomización	Hospitalización, obesidad, diabetes, DPOC e insuficiencia cardíaca
Hall et al. ²⁰	Estados Unidos	1B	Ensayo clínico no aleatorizado	Fallo en la comunicación y gestión de medicamentos
Stoodley et al. ²²	Estados Unidos	2B	Estudio Observacional	Mediastinitis
Almashrafi et al. ²⁴	Reino Unido	1A	Revisión sistemática	Arritmias, edad avanzada (mayor de 80 años), DPOC, disfunción renal y cirugía no electiva
Guo et al. ²⁸	China	1A	Ensayo clínico randomizado	Depresión
Diya et al. ³⁰	Bélgica	4B	Estudio transversal retrospectivo	Tiempo de experiencia profesional del(a) enfermero(a)
Giakoumidakis et al. ³¹	Grecia	2A	Cohorte prospectivo	Tiempo de experiencia profesional del(a) enfermero(a) y tiempo de permanencia hospitalaria

COPD: Enfermedad de obstrucción pulmonar crónica.

DISCUSIÓN

El indicador clínico más común fue "dolor posoperatorio en la cirugía torácica" que apareció en cinco de los 15 artículos seleccionados como factor etiológico del Diagnóstico de Enfermería de Recuperación Quirúrgica Retardada⁹⁻¹³. Los pacientes que mejor gestionan y comunican el dolor son los más satisfechos y confortables y tienen una recuperación quirúrgica más previsible⁹. El comportamiento activo del equipo de enfermería para el ajuste de la analgesia, estimulado por la asociación de entrenamiento con el empleo de evaluación sistematizada, fomentó un mejor control del dolor¹⁰. Van Valen et, al.¹¹ redujeron y alcanzaron niveles satisfactorios de dolor a través de un protocolo seguro y eficaz que orientó la intervención de los enfermeros, proporcionando cuidados de enfermería de calidad al paciente posoperatorio de cirugía torácica. La incidencia del dolor en el posoperatorio se produce principalmente en pacientes más jóvenes¹¹.

Los pacientes que no tuvieron el control adecuado del dolor relataron dolor, incomodidad, miedo a nuevos daños, disturbios del sueño, comportamiento de protección, comportamiento de distracción, irritabilidad, agitación, dolor facial, incremento de la frecuencia cardíaca e inmovilidad, lo que puede ocasionar complicaciones graves en el posoperatorio de cirugía torácica¹². Algunos de los indicadores clínicos mencionados son características definidoras del Diagnóstico de Enfermería de Recuperación Quirúrgica Retardada⁵.

La fiabilidad y validez de un instrumento de control del dolor en pacientes críticos en el posoperatorio de cirugía torácica se probó, lo que fue relevante y significativo para su empleo en la práctica clínica de enfermería¹³.

El segundo indicador clínico con mayor incidencia fue el delirio, que apareció en dos estudios. El delirio tras cirugía de revascularización del miocardio (RVM) es una de las complicaciones más incidentes (10,5 a 50,6%)¹⁴. En las cirugías torácicas en general, el delirio se verifica en un 25 a 67% de los pacientes¹⁵. El tipo más común de delirio es una mezcla, que se caracteriza por una fluctuación del estado mental de severidad moderada, desarrollada entre el primer y el segundo día posoperatorio con duración de dos días¹⁴. Estudios correlacionan la evolución del delirio pos-operación torácica con el periodo prolongado de circulación extracorpórea, a la que muchos pacientes están expuestos¹⁶.

Como demanda global y necesidad actual, investigadores de enfermería y enfermeros en prácticas desarrollaron nuevas tecnologías para reducir las complicaciones en cirugías torácicas. El programa de Declive de Prevención en Cirugía Cardíaca Idos (PREDOCS), por ejemplo, ha venido siendo muy efectiva en la reducción de costos hospitalarios, puesto que redujo complicaciones posoperatorias, como delirios, depresión, lesión por presión e infección hospitalaria¹⁷.

Dos estudios apuntaron al indicador clínico "diabetes" como un fuerte factor de complicación para adultos y ancianos sometidos a cirugía torácica, ocasionando mayores posibilidades de readmisión hospitalaria en hasta 30 días^{18,19}. Diabetes y edad avanzada, tiempo de procedimiento quirúrgico prolongado y baja puntuación en el Mini-examen de Status Mental son factores de riesgo de delirio tras una cirugía torácica¹⁵. Así, estrategias como visitas a domicilio tras el alta hospitalaria vienen siendo muy eficaces, considerando que fomentan la continuidad de los cuidados, el manejo de medicamentos con el paciente y la efectiva comunicación²⁰.

La obesidad también es un factor de riesgo relevante que debe observarse por el equipo para garantizar que la necesidad de la cirugía sea mayor al riesgo al que se somete al paciente. Los pacientes obesos de clase II tuvieron un riesgo casi cinco veces mayor de infección por herida esternal profunda y una probabilidad un 25% superior de necesidad de terapia de sustitución renal. Aunque se determine la cirugía como benéfica para estos pacientes, se debe considerar una intervención adicional en el periodo perioperatorio, que puede incluir recomendaciones de pérdida de peso, y la vigilancia posoperatoria para complicaciones debe extremarse^{19,21,22,23}.

Las señales habituales de infección aguda pueden no estar presentes en la mediastinitis y, en ocasiones, el dolor local se confunde con el posoperatorio y la infección concomitante y por ello los profesionales la relativizan^{22,23}. La fiebre y la leucocitosis pueden ser las únicas señales de infección, pero son muy poco específicas^{22,23}.

Almashrafi et al²⁴ señalaron que los principales factores de riesgo para la extensión de los días en la unidad de vigilancia intensiva tras cirugía torácica y posible recuperación quirúrgica prolongada fueron: fibrilación atrial (arritmias), edad avanzada (superando los 80 años), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (DPOC), disfunción renal y cirugías no electivas. La fibrilación atrial posoperatoria (POAF) es una complicación común tras cirugía torácica, afectando entre un 30 y un 50% de los pacientes²⁵. Aunque el POAF sea en general bien tolerado y auto-resuelto, está asociado a múltiples resultados adversos: riesgo incrementado de AVC, aumento de la mortalidad a corto y largo plazos, hospitalizaciones prolongadas, aumento del costo de atendimento y recaída tardía de la fibrilación atrial^{26,27}.

La depresión de la cirugía torácica posoperatoria se describe como un factor de complicación grave que prolonga los días de hospitalización y atrasa el alta y la recuperación de los pacientes²⁸. Las tasas de depresión y ansiedad en pacientes con cirugía torácica son mayores que los de la población general²⁹. Hasta un tercio de los pacientes sometidos a operaciones torácicas sufrieron niveles elevados de síntomas de depresión y ansiedad pre y pos-quirúrgicos²⁹. Y casi siempre en asociación a episodios de ansiedad y agitación^{24,29}.

La inexperiencia del enfermero(a) que otorga sus cuidados a los pacientes en el posoperatorio de cirugía torácica, aunque no sea un indicador clínico, fue mencionada por dos estudios como un factor relacionado al aumento de la mortalidad intra-hospitalaria y al reingreso de estos pacientes.^{30,31} Además, la falta de comunicación y gestión de medicamentos es un factor relevante en lo relativo al incremento de incidencia de readmisión hospitalaria y no es un indicador clínico.^{30,3} Como una limitación del estudio, se entiende que estos resultados de investigación pueden haber sido limitados por que no se incluyó un estudio potencial.

CONCLUSIÓN

Los indicadores más incidentes para el desarrollo del Diagnóstico de Enfermería de Recuperación Quirúrgica Retardada, la readmisión hospitalaria y la muerte fueron: dolor posoperatorio, delirio, diabetes, obesidad, mediastinitis, fibrilación atrial, edad avanzada (mayor de 80 años), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, disfunción renal, cirugía no electiva, lesión por presión, insuficiencia cardíaca e infección hospitalaria. Los indicadores clínicos observados en los estudios y que no están relacionados con el Diagnóstico de Enfermería de Recuperación Quirúrgica Retardada fueron apenas dolor, diabetes y obesidad, lo que muestra la relevancia y la necesidad de más estudios sobre este diagnóstico con pacientes sometidos a cirugía torácica.

Este estudio permite recomendar indicadores clínicos que pueden evaluarse por el enfermero(a) para prevenir complicaciones poroperatorias graves. Sin embargo, la detección del diagnóstico preciso de enfermería de recuperación quirúrgica retardada para pacientes sometidos a cirugía torácica permite la planificación de intervenciones de enfermería dirigidas a acciones de fomento a la seguridad del paciente. La institución recibe beneficios disminuyendo los costos hospitalarios generados por la extensión de la permanencia hospitalaria y readmisiones hospitalarias evitables.

REFERENCIAS

1. [Brasil. Ministério da Saúde. A Saúde Pública no Brasil. Gestão 2003-2010. Brasília, DF: Ministério da Saúde: 2010.](#)
2. [Braille DM, Godoy MF. \[History of heart surgery in the world\]. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2012; 27\(1\):125-36. Portuguese.](#)
3. [Pirson M, Dehanne F, Van den Bulcke J, Leclercq P, Martins D, De Wever A. Evaluation of cost and length of stay, linked to complications associated with major surgical procedures. Acta Clin Belg. 2017;1-10.](#)
4. [Peterson ED, Coombs LP, Ferguson TB, Shroyer AL, DeLong ER, Grover FL et al. Hospital variability in length of stay after coronary artery bypass surgery: results from the Society of Thoracic Surgeons National Cardiac Database. Ann Thorac Surg. 2002;74\(2\):464-73.](#)
5. [Herdman TH, Kamitsuru S, editors. NANDA International Nursing Diagnoses: definitions and classification 2015-2017. Oxford: Wiley-Blackwell; 2014.](#)
6. [Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JP et al. The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. PLoS Med. 2009;6\(7\):e1000100.](#)
7. [Ercole FF, Melo LS, Alcoforado CL. Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática. Reme. 2014;18\(1\):9-11.](#)
8. [Centre for Evidence-Based Medicine \(CEBM\). Levels of Evidence \(March 2009\) \[Internet\]. 2009 \[cited 2017 Oct 8\]. Available from: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>](#)
9. [Martorella G, Côté J, Choinière M. Development and validation of a virtual nursing intervention to promote self-management of postoperative pain after cardiac surgery. CIN: Computers, Informatics, Nursing. 2013;31\(4\):189-97.](#)
10. [Silva MA, Pimenta CA, Cruz Dde A.. Pain assessment and training: the impact on pain control after cardiac surgery. Rev Esc Enferm USP. 2013;47\(1\):84-92.](#)
11. [Van Valen R, van Vuuren H, van Domburg RT, van der Woerd D, Hofland J, Bogers AJ. Pain management after cardiac surgery: experience with a nurse-driven pain protocol. Eur J Cardiovasc Nurs. 2012;11\(1\):62-9.](#)
12. [Corrêa CG, Cruz DA. Pain: clinical validation with postoperative heart surgery patients. Nurs Diagn. 2000;11\(1\):5-14.](#)
13. [Keane KM. Validity and reliability of the critical care pain observation tool: a replication study. Pain Manag Nurs. 2013;14\(4\):e216-25.](#)
14. [Zhang W, Hu W, Shen M, Ye X, Huang Y, Sun Y. Profiles of delirium and the clinical outcomes of patients who underwent coronary artery bypass grafting: a prospective study from China. J Clin Nurs. 2016;25\(5-6\):631-41.](#)
15. [Lingehall HC1, Smulter NS, Lindahl E, Lindkvist M, Engström KG, Gustafson YG et al. Preoperative Cognitive Performance and Postoperative Delirium Are Independently Associated With Future Dementia in Older](#)

- [People Who Have Undergone Cardiac Surgery: A Longitudinal Cohort Study. Crit Care Med. 2017 Aug; 45\(8\):1295-1303.](#)
16. [O'Neal JB, Billings FT 4th, Liu X, Shotwell MS, Liang Y, Shah AS et al. Risk factors for delirium after cardiac surgery: a historical cohort study outlining the influence of cardiopulmonary bypass. Can J Anaesth. 2017 Jul 17. Epub ahead of print.](#)
 17. [Ettema R, Schuurmans MJ, Schutijser B, van Baar M, Kamphof N, Kalkman CJ. Feasibility of a nursing intervention to prepare frail older patients for cardiac surgery: A mixed-methods study. Eur J Cardiovasc Nurs. 2015;14\(4\):342-51.](#)
 18. [Nyquist SK, Anderson JL, Donahue RH, Caruso E, Allore ML, Larson JS. Nurse-driven titration of continuous insulin infusion in post-cardiac surgery patients. Dimens Crit Care Nurs. 2012; 31\(3\):188-92.](#)
 19. [Bates OL, O'Connor N, Dunn D, Hasenau SM. Applying STAAR interventions in incremental bundles: improving post-CABG surgical patient care. Worldviews Evid Based Nurs. 2014;11\(2\): 89-97.](#)
 20. [Hall MH, Esposito RA, Pekmezaris R, Lesser M, Moravick D, Jahn L et al. Cardiac surgery nurse practitioner home visits prevent coronary artery bypass graft readmissions. Ann Thorac Surg. 2014;97\(5\):1488-93; discussion 1493-5.](#)
 21. [Carnethon MR, Khan SS. An Apparent Obesity Paradox in Cardiac Surgery. Circulation. 2017; 135\(9\):864-866.](#)
 22. [Stoodley L, Lillington L, Ansryan L, Ota R, Caluya J, Camello E. et al. Sternal wound care to prevent infections in adult cardiac surgery patients. Crit Care Nurs Q. 2012;35\(1\):76-84](#)
 23. [Oliveira FDS, Freitas LDO, Rabelo-Silva ER, Costa LMD, Kalil RAK, Moraes MAP. Predictors of Mediastinitis Risk after Coronary Artery Bypass Surgery: Applicability of Score in 1.322 Cases. Arq Bras Cardiol. 2017;109\(3\):207-212.](#)
 24. [Almashrafi A, Elmontsri M, Aylin P. Systematic review of factors influencing length of stay in ICU after adult cardiac surgery. BMC Health Serv Res. 2016;16:318.](#)
 25. [Yadava M, Hughey AB, Crawford TC. Postoperative atrial fibrillation: incidence, mechanisms, and clinical correlates. Cardiol Clin. 2014;32\(4\):627-36.](#)
 26. [Phan K, Ha HS, Phan S, Medi C, Thomas SP, Yan TD. New-onset atrial fibrillation following coronary bypass surgery predicts long-term mortality: a systematic review and meta-analysis. Eur J Cardiothorac Surg. 2015;48\(6\): 817-24.](#)
 27. [LaPar DJ, Speir AM, Crosby IK, Fonner E Jr, Brown M, Rich JB, Quader M, Kern JA, Kron IL, Ailawadi G; Investigators for the Virginia Cardiac Surgery Quality Initiative. Postoperative atrial fibrillation significantly increases mortality, hospital readmission, and hospital costs. Ann Thorac Surg. 2014;98\(2\): 527-33; discussion 533.](#)
 28. [Guo P, East L, Arthur A. A preoperative education intervention to reduce anxiety and improve recovery among Chinese cardiac patients: A randomized controlled trial. Int J Nurs Stud. 2012;49\(2\):129-37.](#)
 29. [Pagé MG, Watt-Watson J, Choinière M. Do depression and anxiety profiles over time predict persistent post-surgical pain? A study in cardiac surgery patients. Eur J Pain. 2017; 21\(6\):965-976.](#)
 30. [Diya L, Van den Heede K, Sermeus W, Lesaffre E. The relationship between in-hospital mortality, readmission into the intensive care nursing unit and/or operating theatre and nurse staffing levels. J Adv Nurs. 2012;68\(5\): 1073-81.](#)
 31. [Giakoumidakis K, Baltopoulos GI, Charitos C, Patelarou E, Fotos NV, Brokalaki-Pananoudaki H. Risk factors for increased in-hospital mortality: A cohort study among cardiac surgery patients. Eur J Cardiovasc Nurs. 2012; 11\(1\):23-33.](#)



Open Acces (Acceso libre)



Disponible en:
www.revistamexicanadeenfermeriacardiologica.com.mx

***REVISIÓN**

CUIDADOS ESPECIALIZADOS A LA PERSONA CON CONGESTIÓN HEPÁTICA SPECIALIZED CARE FOR THE PERSON WITH HEPATIC CONGESTION

Sandra Sonalí Olvera-Arreola¹, Julio César Cadena-Estrada², Diana Teniza Noguez³, Angelina Domínguez Bautista⁴.

¹Maestra en Enfermería, Directora de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

²Maestro en Enfermería, Jefe del Departamento de Investigación en Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

³Maestra en Administración de hospitales y Salud Pública, Jefe de Enfermeras del servicio de Hemodinámica del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

⁴Licenciada en Enfermería, Jefe de Enfermeras de las Clínicas de Diagnóstico y Tratamiento del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

Recibido el 16 de marzo de 2017; aceptado el 22 de junio de 2017.

RESUMEN

Introducción: El hígado es un órgano que tiene múltiples funciones, tales como producir bilis, proteínas, regular el metabolismo, almacenar vitaminas y glucosa, depurar la sangre, entre otras; sin embargo, también es muy vulnerable a distintas enfermedades, tales como la cardiopatía; específicamente en la insuficiencia cardíaca crónica, donde se produce una disfunción hepática como resultado de una congestión hepática (CH). El presente artículo tiene la finalidad de describir los cuidados especializados de enfermería en el paciente con CH. **Desarrollo.** Los cuidados dirigidos a la persona con CH se basan en los resultados de una valoración exhaustiva, donde se identifican necesidades alteradas, pero las intervenciones desarrolladas desde la hospitalización hasta el egreso hospitalario están dirigidos a resolver problemas del intercambio gaseoso y patrón respiratorio, perfusión tisular inefectiva (hepático), del gasto cardíaco, intolerancia a la actividad física, exceso de volumen de líquidos, entre otros.

Conclusión: El cuidado de enfermería dirigido a la persona con CH basado en el método enfermero favorece una atención especializada, desde el periodo hospitalario hasta la prescripción del cuidado que deberá llevar el paciente en su domicilio.

Palabras clave. Congestión hepática, atención de enfermería, hepatopatía congestiva.

ABSTRACT

Introduction: The liver is an organ that has multiple functions, such as producing bile, proteins, regulate metabolism, store vitamins and glucose, purify blood, among others; however, it is also very vulnerable to various diseases, such as heart disease; specifically in chronic heart failure, where hepatic dysfunction occurs as a result of hepatic congestion (HC). The purpose of this article is to describe specialized nursing care in patients with HC. **Developing.** The care directed to the person with HC is based on the results of a comprehensive assessment, where altered needs are identified, but the interventions developed from hospitalization to hospital discharge are aimed at solving problems of gas exchange and respiratory pattern, ineffective tissue perfusion (hepatic), cardiac output, intolerance to physical activity, excess fluid volume, among others.

Conclusion: The nursing care directed to the person with HC based on the nursing method favors specialized attention, from the hospital period to the prescription of the care that the patient must take to his home.

Key words. Hepatic congestion, nursing care, congestive liver disease.

Dirección para correspondencia:

Sandra Sonalí Olvera Arreola

Juan Badiano Núm. 1, Col. Sección XVI, Del. Tlalpan, C.P. 14080, Ciudad de México. Tel: 55732911, ext. 20017

E-mail: sandra.olvera@cardiologia.org.mx

INTRODUCCIÓN

Las funciones del hígado son diversas, además de producir la bilis, fabrica numerosas proteínas, regula el metabolismo de las grasas y la concentración de la glucosa en la sangre, almacena algunas vitaminas, depura la sangre de los gérmenes que consiguen entrar en ella desde el tubo digestivo y es el órgano clave en el metabolismo y la eliminación de la mayor parte de los medicamentos y tóxicos que penetran en el organismo, especialmente si lo hacen por la vía oral.

Toda la sangre procedente del tubo digestivo, el páncreas y el bazo confluye en un solo vaso sanguíneo, la vena porta, que desemboca en el hígado, donde la sangre se depura. Pero esta sangre es venosa, pobre en oxígeno, y debe ser complementada por la sangre que aporta la arteria hepática, rica en oxígeno y en nutrientes elementales. Ambos flujos sanguíneos se juntan y circulan a través de una rica red de capilares modificados, los sinusoides hepáticos, que poco a poco van confluyendo y acaban formando cuatro venas, denominadas venas suprahepáticas, que emergen de la superficie superior del hígado y desembocan en la vena cava inferior, poco antes de que esta lo haga a su vez en la aurícula derecha del corazón¹⁻⁴.

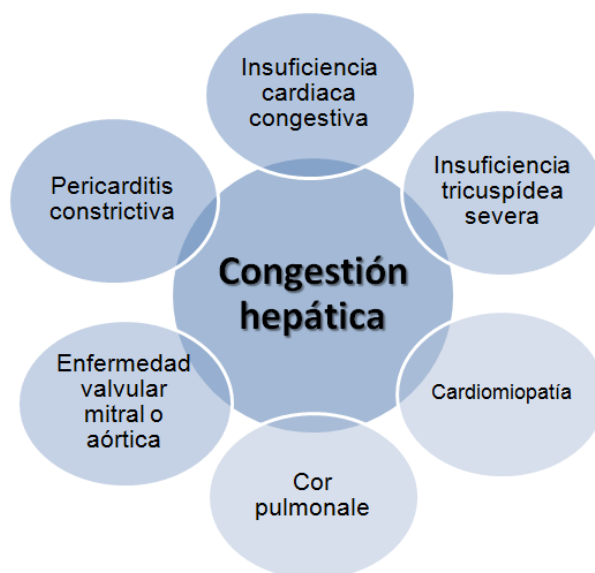
Entre sus múltiples peculiaridades, el hígado es muy sensible a los cambios hemodinámicos debido a su complejo sistema vascular que recibe del 20% al 30% del gasto cardíaco, 70% a través de la vena porta y 30% de la arteria hepática y puede extraer hasta 95% del contenido de oxígeno del flujo sanguíneo^{1,5}, circunstancia que lo expone a múltiples riesgos de lesiones vasculares, la gravedad de éstas dependerá de los vasos sanguíneos involucrados y el grado de perfusión, siendo el síndrome de Budd-Chiari, la veno-oclusión hepática, el infarto hepático, la hepatitis hipóxica y la hepatopatía congestiva o congestión hepática (CH), las principales lesiones a las que se enfrenta el hígado⁶. Aunado a lo anterior, la posición central del hígado en el organismo, tanto anatómica como fisiológica, además de los altos requerimientos metabólicos, lo hacen particularmente vulnerable a ciertas enfermedades, entre las que destacan las cardiovasculares; específicamente en la insuficiencia cardíaca crónica, donde la disfunción hepática es el resultado de una CH pasiva^{1,5-7}. Precisamente en este artículo se abordará la CH desde esta perspectiva, enfatizando las características de la patología vascular, su diagnóstico, así como la valoración, precauciones e intervenciones que deberá tener presente el personal de enfermería para otorgar cuidados profesionales a la persona con insuficiencia cardíaca y CH.

CONGESTIÓN HEPÁTICA

La incidencia y prevalencia de la CH son desconocidas; respecto a su etiología, se presenta de forma secundaria a diversos trastornos que disminuyen severamente la función del corazón derecho (Fig. 1),^{3,6,8} las cuales ofrecen resistencia retrógrada al flujo sanguíneo post hepá-

tico, por lo cual produce congestión vascular hepática de localización centrilobular y condiciona una disminución del flujo y perfusión del hígado; lo anterior conlleva a un aumento de la presión venosa central, misma que es transmitida a través de los vasos sinusoides hepáticos, lo que ocasiona la dilatación sinusoidal y edema, así como atrofia de la zona 3 del acino hepático que es el área donde los hepatocitos reciben menos aporte de oxígeno y nutrientes, por lo que son más susceptibles a sufrir daños. Dicha dilatación sinusoidal produce una exudación de fluido rico en proteínas que es excretado a través del sistema linfático hepático, y cuando es excesivo se presenta la ascitis^{3,9}.

Figura 1. Trastornos relacionados con la congestión hepática secundaria a falla de la función del corazón derecho.



Es bien sabido que el hígado carece de una membrana basal verdadera, en su lugar una red delicada que contiene colágeno tipo IV y otras proteínas se encuentran en el espacio entre las células endoteliales sinusoidales y los hepatocitos (espacio de Disse). En los casos severos y crónicos, la congestión perivenular prolongada ocasiona una fibrosis avanzada derivada del depósito exagerado de fibras de colágeno donde las bandas fibrosas separan los nódulos de hepatocitos en todo el hígado; es entonces que se presenta la pérdida de las fenestraciones de las células endoteliales sinusoidales y el desarrollo de derivaciones vasculares de la vena porta-vena hepática y arteria hepática-vena porta, lo que contribuye a los defectos de la función hepática. El depósito de colágeno convierte los sinusoides con canales endoteliales fenestrados, que permiten el intercambio libre de solutos entre el plasma y los hepatocitos, en canales vasculares de flujo rápido y mayor presión sin este intercambio de solutos; al microscopio óptico se observan los sinusoides dilatados, hay necrosis hemorrágica con cambios adiposos y aparición de trombos biliares en

los canalículos biliares. Es entonces que se habla de una “cirrosis cardíaca”, cuando existe atrofia de hepatocitos, distensión de los sinusoides y fibrosis centrolobulillar que puede extenderse a los lóbulos adyacentes y reemplazar la arquitectura normal por nódulos de regeneración;¹⁰ no obstante, el término “fibrosis hepática cardíaca” es más preciso, lo que refleja la diferencia entre la morfología del hígado en casos de insuficiencia cardíaca congestiva y el patrón patológico de la verdadera cirrosis (portal) del hígado.

La presencia o ausencia de fibrosis se relaciona con mejor o peor pronóstico para los pacientes con insuficiencia cardíaca. Por lo tanto, su confirmación es relevante para la toma de decisiones clínicas. Los pacientes con fibrosis hepática en relación con aquellos que no la tienen son más propensos a tener disfunción renal, insuficiencia tricúspide moderada o grave y anomalías u obstrucción de la función hepática mixta. Los pacientes sin fibrosis o con grado leve son más propensos a usar dispositivo de asistencia ventricular y/o someterse a un trasplante de corazón que los pacientes con fibrosis severa^{6,11}. A veces evoluciona a la falla hepática y a encefalopatía hepática, no obstante es importante mencionar que la cirrosis cardíaca no produce la aparición de várices esofágicas. Asimismo, se ha informado que la CH en los pacientes podría progresar a daño hepático irreversible y carcinoma hepatocelular, lo que tendría un efecto importante sobre la morbilidad y mortalidad a largo plazo¹²⁻¹⁴.

DIAGNÓSTICO

En primer término, para el diagnóstico tendrá que tomarse en cuenta la enfermedad estructural del corazón que afecta la función del ventrículo derecho. Otro aspecto relevante es la presentación clínica de la CH, que comúnmente está enmascarada por signos y síntomas de falla cardíaca derecha (cuadro 1), aunque cabe aclarar que algunas personas pueden estar asintomáticas por un largo periodo de tiempo. Si bien algunos marcadores de suero no son específicos de este trastorno, habrá que valorarlos en conjunto con los demás criterios; por último, y para que sea más certero el diagnóstico es importante excluir otras posibles causas del daño hepático¹⁵⁻¹⁸.

En cuanto a los marcadores de lesión hepatocelular como las transaminasas no son significativamente más altas, por lo general 2-3 veces por encima del rango normal; por lo tanto, no se correlacionan directamente con el trastorno hemodinámico progresivo;⁶ en los casos de hipotensión severa y prolongada el lactato deshidrogenasa (LDH) aumenta levemente en el 40-60% de los casos, mismos que revertirán de forma completa una vez superado el episodio hipotensivo¹⁹. Por el contrario, la elevación de los niveles de fosfatasa alcalina (AP) y de Gamma-glutamyl transpeptidasa (GGT) reflejan un aumento progresivo de la falla cardíaca y son predictores significativos de mortalidad. Así también, la bilirrubina total y la directa pueden estar aumentadas en aproximadamente 70% de los casos cuando existe insuficiencia cardíaca con fracción predominante no conjugada^{3,6}.

Como la función de síntesis del hígado se interrumpe, el tiempo de protrombina es ligeramente más largo en 80% de los casos. Es resistente a la administración parenteral de vitamina K y está asociado con una menor síntesis de factores de coagulación II, V, VII, IX y X en el hígado⁶.

Fisiológicamente, los niveles de albúmina sérica reflejan cambios en la función sintética del hígado. Ellos son anormales en el 30-50% de los casos de CH. A pesar de que no hay ninguna relación entre los niveles de albúmina sérica y cambios histopatológicos en el hígado, el estudio CHARM ha demostrado la importancia de los niveles de albúmina en el pronóstico de la supervivencia y la predicción de complicaciones en pacientes con insuficiencia cardíaca²⁰.

Por otra parte, en las imágenes diagnósticas es característico ver dilatadas la vena cava inferior y las venas hepáticas con un calibre entre 9 y 13 mm, reflujo temprano del contraste en la vena cava inferior en las fases arteriales de los estudios dinámicos, además de un realce heterogéneo o en “mosaico” del parénquima. También puede observarse edema periportal y perivesicular, hepatomegalia, ascitis y derrames pleurales. En los estudios por ecografía Doppler es posible ver aumentado el índice de pulsatilidad de la porta y velocidades bajas en la vena cava inferior y en las venas hepáticas, incluso encontrar flujo inverso (hepatofugal)²¹.

La biopsia de hígado ha sido el estándar de referencia para la evaluación de la fibrosis hepática, sin embargo, dadas sus limitaciones, tales como la incomodidad, las raras complicaciones fatales, la variabilidad del muestreo, y de la interpretación intra e interobservador, han limitado significativamente su utilidad. Recientemente, la elastografía transitoria se ha desarrollado para evaluación no invasiva de la rigidez hepática (LS), un marcador sustituto de la fibrosis hepática²²⁻²⁴.

CUIDADOS ESPECIALIZADOS A LA PERSONA CON CONGESTIÓN HEPÁTICA

VALORACIÓN

Como ya se mencionó en el apartado anterior, en la CH existen signos y síntomas que si bien de forma aislada no tienden hacia un diagnóstico específico, al valorarlos en su conjunto pueden aportar información relevante. El profesional de enfermería deberá tener en cuenta cuáles son y cómo se valoran (cuadro I).

Cuadro 1. Exploración física enfocada a valorar signos y síntomas de la congestión hepática secundaria a insuficiencia cardíaca derecha.

SIGNO O SÍNTOMA	TÉCNICA O MÉTODO	CONSIDERACIONES
Síntomas abdominales	Realice preguntas a la persona enfocándose a determinar si existe anorexia y/o náuseas.	
Ingurgitación yugular	Coloque a la persona en posición semi-fowler formando un ángulo de aproximadamente 45°; identifique en el cuello del paciente el punto más elevado de la ingurgitación yugular y a qué nivel del reborde clavicular está presente la ingurgitación: 1/3: A nivel del reborde clavicular. 2/3: Por encima del reborde clavicular. 3/3: A nivel del lóbulo de la oreja.	Este signo se presenta cuando la persona adopta la posición semi fowler y aumenta la presión venosa en el sistema de la vena cava superior. Otra forma de valorar es observar si existe una elevación (ingurgitación yugular) mayor de 3 cm por encima del ángulo de Louis. ²⁵
Reflujo hepatoyugular	Estando la persona en posición decúbito dorsal (puede estar ligeramente elevada a unos 30°-60°) comprima el cuadrante superior derecho por 30-60 seg. con su palma; esta maniobra es positiva si se observa en las venas yugulares (generalmente ya ingurgitadas por la misma CH) un engrosamiento mayor de las venas yugulares o su nivel del pulso venoso se eleva. ²⁶	La presión aumentada del abdomen incrementa el retorno venoso hacia el lado derecho del corazón.
Hepatomegalia dolorosa	Generalmente el hígado es firme y produce dolor a la palpación; rebasa el borde costal varios centímetros. Un hígado firme, con un borde ni afilado ni duro como una piedra corresponde a un hígado con congestión pasiva.	Es la congestión sanguínea y crecimiento que presenta el hígado ante la incapacidad que tiene el ventrículo derecho para pasar el volumen sanguíneo a través de la circulación pulmonar.
Edema periférico	Presione con la mano el área a valorar durante 3 segundos; observe el tiempo de recuperación: Grado I (+). Leve depresión sin distorsión visible del contorno de los miembros inferiores y desaparición instantánea del edema. Grado II (++). Depresión de la piel de hasta 4 mm en miembros inferiores y desaparición en 15 segundos. Grado III (+++). Depresión de hasta 6 mm y recuperación de la forma en un minuto. Grado IV (++++) . Depresión profunda de hasta 1 cm con persistencia de 3 a 5 minutos. ²⁷	En los pacientes encamados debe valorarse el edema en la región sacra.
Ascitis	Con la persona en posición decúbito dorsal, realice la percusión abdominal; puede mostrar una clara matidez en los flancos, comparada con el resto de la pared abdominal. Los grados en función de su intensidad son: Grado 1: ascitis mínima que sólo se detecta por ecografía. Grado 2: ascitis moderada que se manifiesta por distensión y malestar abdominal y que no interfiere con las actividades de la vida diaria. Grado 3: ascitis grave que se manifiesta por distensión abdominal importante, y que se caracteriza por malestar abdominal intenso, ocasionalmente asociado a disnea, que interfiere de forma importante con las actividades diarias del paciente. ²⁸	También es oportuno medir la circunferencia abdominal para detectar disminución o aumento de la ascitis.

La hepatomegalia puede observarse en 80% de los casos, tiene un borde duro liso y a veces algo doloroso. Este dolor se localiza en hipocondrio derecho y epigastrio por la distensión de la cápsula de Glisson secundaria a la congestión; también puede observarse ascitis, provocada por la exudación aumentada de líquidos y que supera la velocidad de eliminación o drenado a la cavidad peritoneal. En una cuarta parte de esta población se observa ascitis¹⁹.

El edema periférico se puede presentar por aumento de la presión hidrostática en los vasos sanguíneos y estar agravada por una disminución de la presión oncótica intravascular. Es común que inicie en los miembros inferiores durante el medio día y se presente de forma ascendente y bilateral que no pasará de la desembocadura de la cava a nivel de la aurícula derecha y el ángulo de Louis, puesto que allí la presión hidrostática es cero. Puede acompañarse de edema de genitales debido a la fragilidad del intersticio en estos tejidos²⁷.

La ingurgitación yugular es consecuencia de un aumento del retorno venoso, secundario a la presión negativa intratorácica, pero con restricción al llenado ventricular derecho y sin que haya un aumento simultáneo del gasto cardíaco. Dado que la distensibilidad del corazón se ve muy disminuida y cualquier aumento de volumen se transmite en forma retrógrada, las yugulares se ingurgitan al inspirar²⁵.

PRECAUCIONES EN LA PERSONA CON CH Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CARDIOVASCULAR

Afortunadamente, el hígado posee una gran reserva funcional y, salvo excepciones muy concretas, los fármacos cardiovasculares se pueden utilizar en sus indicaciones habituales en personas cuya enfermedad hepática no haya alcanzado la fase de cirrosis^{29,30}. Si bien es cierto que el profesional de enfermería no es quien prescribe los medicamentos, es preponderante que posea el conocimiento sobre las interacciones de ciertos fármacos en este tipo de población, de tal manera que le permita otorgar cuidados y tomar decisiones con base en un juicio crítico. Tal es el caso de los anticoagulantes orales, ya que existe una sensibilidad aumentada por disminución de la síntesis de los factores de coagulación y/o alteración en la absorción de vitamina K; para los beta

bloqueadores se debe usar una dosis menor. Algunos antagonistas de los canales del calcio requieren ajuste de dosis, especialmente el verapamilo. La amiodarona, un antiarrítmico reservado para casos muy específicos, está contraindicado en enfermos con daño hepático grave. Los diuréticos, que se emplean tanto en la insuficiencia cardíaca como en la cirrosis descompensada, requieren un manejo cuidadoso por parte del médico cuando coinciden ambas circunstancias en un mismo paciente, teniendo especial precaución para evitar la deshidratación, la hipotensión e incluso la isquemia hepática secundaria. Los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA-II), que se emplean en el tratamiento de la hipertensión arterial y de la insuficiencia cardíaca han comprobado que poseen la capacidad de reducir la producción de tejido fibroso en las placas de ateroma de las arterias. Este hallazgo ha llevado a la hipótesis de su posible eficacia para retrasar el avance de la fibrosis en el hígado, e incluso revertirla²⁹. No obstante, cobra relevancia el análisis cuidadoso para determinar los riesgos y beneficios, teniendo en cuenta diversos factores como la severidad de la patología, las consecuencias de no utilizar el fármaco o la existencia de equivalencias o alternativas de distintos tratamientos disponibles, con la premisa de seleccionar el menos hepatotóxico³¹. En este contexto, se presentan algunas recomendaciones para tener en cuenta con algunos fármacos³², sin que esto represente una contraindicación para su administración (cuadro II).

ADI: Ajuste de dosis individualizado, ECS: Evitar en casos severos, MT: Monitorizar tiempos, RD: Reducir dosis, RDCS: Reducir dosis en casos severos.

Adaptado de: Sola MMD, et al. Fármacos en insuficiencia renal y hepática³².

Para la práctica diaria se requieren de intervenciones de enfermería especializadas y basados en el Proceso Enfermero, que permitan proporcionar un cuidado sistemático, lógico y fundamentado en la mejor evidencia clínica disponible; sin olvidar individualizar el cuidado humanizado (cuadro III).

Cuadro II. Recomendaciones farmacológicas en personas con hepatopatía.

Fármaco	Ajuste	Fármaco	Ajuste	Fármaco	Ajuste
AAS	ECS	Nifedipino	RDCS	Propanolol	RD
Acenocumarol	RD,MT	Nitroprusiato sódico	RDCS	Labetalol	RD
Heparina	MT	Procainamida	RDCS	Metoprolol	RD
		Quinidina	RDCS	Timolol	RD
		Verapamilo	ADI	Amiodarona	RD

Cuadro III. Cuidado especializado de enfermería dirigida a la persona con CH, de acuerdo a los diagnósticos de enfermería prioritarios.15-18, 34-45

Diagnósticos de enfermería
- Deterioro del intercambio gaseoso - Patrón respiratorio ineficaz - Perfusión tisular inefectiva (hepático) - Disminución de gasto cardíaco - Intolerancia a la actividad física - Exceso de volumen de líquidos - Deterioro de la eliminación urinaria - Desequilibrio nutricional - Dolor agudo - Ansiedad - Riesgo de lesión - Deprivación del sueño
Intervenciones en hospitalización
- Tomar y registrar los signos vitales y perfil hemodinámico. - Monitorizar los parámetros antropométricos cada 24 hrs en ayuno (circunferencia abdominal, peso corporal, ASC). - Monitorización de ritmo cardíaco, capnografía, gasometría arterial. - Vigilar el signo de Kussmaul. - Colocar al paciente en posición semi-fowler o fowler para favorecer la ventilación-perfusión. - Facilitar la ingesta de alimentación. - Mantener una vía aérea permeable. - Administrar oxigenoterapia. - Vigilar el estado de oxigenación. - Identificar de manera oportuna los datos de enfermedad vascular cerebral. - Identificar los datos de hipoperfusión tisular. - Vigilar compromiso neurovascular (llenado capilar, coloración, temperatura). - Valorar el grado de edema de miembros periféricos (profundidad y extensión). - Tomar, registrar e interpretar QS, BH, EGO, TP e INR. - Vigilar el equilibrio hídrico-electrolítico y llevar un control estricto del mismo. - En caso de sed, ofrecer trocitos de hielo. Calcular las pérdidas insensibles. - Colaborar en la instalación de los catéteres. - Monitorizar el gasto urinario. - Administrar el tratamiento farmacológico. - Mantener un gasto metabólico bajo. - Mantener una precarga y postcarga adecuada. - Favorecer y dar importancia a la dieta hiposódica. - Colocar al paciente en decúbito lateral o semi-fowler para el descanso/sueño. - Mejorar el retorno venoso (medias de compresión, ejercicios). - Colaborar en el tratamiento de sustitución renal (DP). - Facilitar la ingesta de alimentación con horario en posición semi-fowler. - Evaluar la percepción del dolor hepático. - Orientar al paciente y a su familiar acerca de la enfermedad así como los cuidados al paciente. - Tomar y valorar pruebas de función hepática. - Tomar, registrar y valorar datos de niveles inadecuados de anticoagulación: INR y TP. - Valorar la administración de medicamentos hepatotóxico: antiarrítmicos (amiodarona), hipolipemiantes (pravastatina).
Intervenciones para cuidado extrahospitalario
- Conocer los datos basales del estado respiratorio. - Vigilar el signo de Kussmaul. - Medición de la circunferencia abdominal y peso diario. - Fomentar la actividad física de acuerdo a la clase funcional. - Mantener la persona en reposo absoluto en caso de presentar clase funcional IV. - Favorecer la posición que facilite el confort, la respiración y retorno venoso. - Proporcionar cuidados de la piel y cambios de posición, masaje y ejercicios pasivos. - Respetar el descanso del paciente, favorecer un ambiente adecuado para el sueño, resaltar la importancia de tomar hipnóticos bajo prescripción médica. - Sugerir la posición en decúbito lateral o semi-fowler para el descanso/sueño. - Ofrecer trocitos de hielo para disminuir la sed. - Facilitar la ingesta de alimentación hiposódica en posición semi-fowler. - Valorar el grado de edema de miembros periféricos. - Apego a tratamiento farmacológico. - Orientar al paciente y a su familiar acerca de la enfermedad, así como los cuidados al paciente, la importancia del apego a su tratamiento farmacológico para su autocuidado.

CONCLUSIÓN

El cuidado especializado de enfermería está basado en el método enfermero, al comenzar una valoración exhaustiva para identificar los signos y síntomas de la CH y las necesidades humanas alteradas, priorizar los diagnósticos de enfermería y por lo tanto establecer las intervenciones de enfermería que debe realizar desde el periodo hospitalario hasta la prescripción del cuidado que deberá llevar el paciente y el cuidador primario en su domicilio.

Cuadro III. Cuidado especializado de enfermería dirigida a la persona con CH, de acuerdo a los diagnósticos de enfermería prioritarios.^{15-18, 34-45}

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carrillo ER, Ornelas AYS, Aguilar MS. Hepatitis isquémica en una paciente con enfermedad hepática Poliquística. *Med Int Mex*. 2011; 27(2): 193-197
- Boll D, Merkle E. Diffuse liver disease: strategies for hepatic CT and MR imaging. *Radiographics*. 2009; 29(6):1591-1614.
- Giallourakis CC, Rosenberg PM, Friedman LS. The liver in heart failure. *Clin Liver Dis*. 2002; 6(4): 947-967.
- Catalano OA, Singh AH, Uppot RN, Hahn PF, Ferrone CR, et al. Vascular and biliary variants in the liver: implications for liver surgery. *Radiographics*. 2008; 28(8): 359-378.
- Ebert EC. Hypoxic Liver Injury. *May Clin Proc* 2006; 81:1232-1236.
- Kavoliuniene A, Vaitiekiene A, Cesnaite G. Congestive hepatopathy and hypoxic hepatitis in heart failure: a cardiologist's point of view. *Int J Cardiol*. 2013 Jul 1; 166(3): 554-558. doi: 10.1016/j.ijcard.2012.05.003. Epub 2012 May 30.
- Tortora GJ, Anagnostakos NP. Principios de anatomía y fisiología. 6ta ed. México; Oxford; 2000.
- Gore RM, Mathieu DG, White EM, Ghahremani GG, Panella JS, et al. Passive hepatic congestion. *AJR*. 1994;162(1):71-5.
- Birrer R, Takuda Y, Takara T. Hypoxic Hepatopathy: Pathophysiology and prognosis. *Intern Med* 2007; 46: 1063-1070.
- Pacheco-Sánchez JA, Maldonado-Magos F, Chávez-Martínez MA, Porras-Jiménez MA, Martínez-López H. Hepatopatía congestiva: disnea e ictericia como presentación clínica. *Rev sanid milit mex*. 2001; 55(5): 208-211.
- Gelow JM, Desai AS, Hochberg CP, Glickman JN, Givertz MM, et al. Clinical predictors of hepatic fibrosis in chronic advanced heart failure. *Circ Heart Fail* 2010; 3: 59-64
- Ghaferi AA, Hutchins GM. Progression of liver pathology in patients undergoing the Fontan procedure: chronic passive congestion, cardiac cirrhosis, hepatic adenoma, and hepatocellular carcinoma. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2005; 129: 1348-1352.
- Kiesewetter CH, Sheron N, Vettukattill JJ, Hacking N, Stedman B, et al. Hepatic changes in the failing Fontan circulation. *Heart*. 2007; 93: 579-584.
- Kendall TJ, Stedman B, Hacking N, Haw M, Vettukattill JJ, et al. Hepatic fibrosis and cirrhosis in the Fontan circulation: a detailed morphological study. *J Clin Pathol*. 2008; 61: 504-508.
- Weisberg IS, Jacobson IM. Cardiovascular diseases and the liver. *Clin Liver Dis* 2011; 15(1): 1-20.
- Vasconcelos LA, de Almeida EA, Bachur LF. Clinical evaluation and hepatic laboratory assessment in individuals with congestive heart failure. *Arq Bras Cardiol* 2007; 88(5): 590-595.
- Van Deursen VM, Damman K, Hillege HL, van Beek AP, van Veldhuisen DJ, et al. Abnormal liver function in relation to hemodynamic profile in heart failure patients. *J Card Fail* 2010; 16(1): 84-90.
- Poelzl G, Eberl C, Achraimer H, Doerler J, Pachinger O, et al. Prevalence and prognostic significance of elevated gamma-glutamyltransferase in chronic heart failure. *Circ Heart Fail* 2009; 2(4): 294-302.
- Ridruejo E, Laurini J, Cingolani O. Falla hepática fulminante. Forma atípica de presentación de insuficiencia cardíaca. *Medicina*. 200; 60(4): 491-494.
- Allen LA, Felker GM, Pocock S, McMurray JJ, Pfeffer MA, et al. Liver function abnormalities and outcome in patients with chronic heart failure: data from the Candesartan in Heart Failure: Assessment of Reduction in Mortality and Morbidity [CHARM] program. *Eur J Heart Fail* 2009; 11(2):170-177.
- Camacho JC, Márquez A, Romero J, Aguirre D. Amplio espectro de la enfermedad cardiovascular hepática en imágenes. *Rev Colomb Radiol*. 2010; 21(1): 2842-2850.
- Yoo BW, Choi JY, Eun LY, Park HK, Park YH, et al. Congestive hepatopathy after Fontan operation and related factors assessed by transient elastography. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2014 Oct; 148(4): 1498-1505. doi: 10.1016/j.jtcvs.2014.04.010. Epub 2014 Apr 13
- Sandrin L, Fourquet B, Hasquenoph JM, Yon S, Fournier C, et al. Transient elastography: a new noninvasive method for assessment of hepatic fibrosis. *Ultrasound*

- Med Biol. 2003; 29: 1705-1713.
24. [Nguyen-Khac E, Capron D. Noninvasive diagnosis of liver fibrosis by ultrasonic transient elastography \(FibroScan\). Eur J Gastroenterol Hepatol. 2006; 18: 1321-1325.](#)
 25. [Damy T, Kallvikbacka-Bennett A, Zhang J, Goode K, Buga L, et al. Does the physical examination still have a role in patients with suspected heart failure? European Journal of Heart Failure. 2011; 13\(12\): 1340-1348.](#)
 26. [Llanio NR, Perdonmo GG, Arus SE, Fernández NA, Fernández SJA, et al. Propedéutica clínica y semiología médica. Ciudad de la Habana: Ciencias Médicas; 2003. p. 649.](#)
 27. [Suárez DL. Edema. En: Argente H, Alvarez M. Semiología Médica. Fisopatología, semiotécnica y propedéutica. Enseñanza basada en el paciente. Buenos Aires: Panamericana; 2005.](#)
 28. [Rimola A, García-Tsao G, Navasa M, Piddock LJ, Planas R, et al. Diagnosis, treatment and prophylaxis of spontaneous bacterial peritonitis: a consensus document. International Ascites Club. J.Hepatol. 2000;32:142-153.](#)
 29. [Ladero QMJ. Enfermedades hepáticas y enfermedad cardiovascular. Internet. Capítulo 17. \[citado: 30-09-15\]; \[aprox. 8 p\]. Disponible en: \[http://www.fbbva.es/TLFU/microsites/salud_cardio/mult/fbbva_libroCorazon_cap17.pdf\]\(http://www.fbbva.es/TLFU/microsites/salud_cardio/mult/fbbva_libroCorazon_cap17.pdf\)](#)
 30. [Tejada CF. Hepatotoxicidad por fármacos. Rev Clín Med Fam. 2010; 3\(3\): 117-191.](#)
 31. [Periáñez PL, Martínez- López I, Ventayol BP, Puigventós F, Delgado SO. Drug dosage recommendations in patients with chronic liver disease. Rev esp enferm dig. 2012; 104\(4\): 165-184.](#)
 32. [Sola MMD, Pagán NFT, García MEM. Fármacos en insuficiencia renal y hepática. Internet. España. Boletín Farmacoterapéutico de Castilla-La Mancha; 2011 \[citado 30 de agosto de 2015\]; XII\(1\): \[aprox. 8p\]. Disponible en: \[http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/farmacos_en_insuficiencia_renal_y_hepatica.pdf\]\(http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/farmacos_en_insuficiencia_renal_y_hepatica.pdf\)](#)
 33. [Pardo VR, Ordóñez BN, Riaño LA, Gómez PMO. Análisis del balance hídrico en enfermos con hepatopatías y restricción hídrica. Nuberos Científica. 2011; 1\(4\): 34-40.](#)
 34. [Pratz AT, Ortega VMC. Proceso enfermero a un adulto joven con miocardiopatía dilatada basado en el modelo de Virginia Henderson. Rev mex enferm cardiol. 2011; 19\(1\): 27-33.](#)
 35. [Ramos GJX. Síndrome de bajo gasto cardiaco en el niño en estado crítico, consideraciones para enfermería. Rev mex enferm cardiol. 2014; 22\(3\): 115-21.](#)
 36. [Antúñez RMC, Navarro AMC, Fuentes LAM, Jiménez MC. Paciente con miocardiopatía dilatada en el Programa de Rehabilitación Cardíaca. Rev mex enferm cardiol. 2011; 16\(1\): 20-3.](#)
 37. [Teniza ND. Valoración del dolor en el paciente adulto con afección cardiovascular. Rev mex enferm cardiol. 2011; 19\(1\): 34-40.](#)
 38. [Rodríguez-Duarte SJ. Riesgo de no adherirse al tratamiento en pacientes cardiopatas con anticoagulación oral y análisis de los factores influyentes. Rev mex enferm cardiol. 2011; 21\(2\): 57-62.](#)
 39. [Pereira FAC. El autocuidado del paciente con insuficiencia cardiaca a la luz del modelo teórico de Dorothea Orem. Rev mex enferm cardiol 2014; 22 \(2\): 70-7.](#)
 40. [Achury SDM. La teleenfermería, una estrategia de cuidado para los pacientes con falla cardiaca. Rev mex enferm cardiol. 2014;22\(2\):85-8.](#)
 41. [Guimarães HCQCP, Barros ALBL. Controlar líquidos: uma intervenção de enfermagem para o paciente com excesso de volume de líquidos. Rev Latino-am Enfermagem 2003 novembro-dezembro; 11\(6\): 734-41.](#)
 42. [Kim MS, Kato TS, Farr M, Wu C, Givens RC, Collado E, Mancini DM, Schulze PC. Hepatic dysfunction in ambulatory patients with heart failure: application of the MELD scoring system for outcome prediction. J Am Coll Cardiol. 2013 Jun 4; 61\(22\): 2253-61. doi: 10.1016/j.jacc.2012.12.056. Epub 2013 Apr 3.](#)
 43. [Mattar W; Juliar B; Gradus-Pizlo I; Kwo PY. Amiodarone hepatotoxicity in the context of the metabolic syndrome and right-sided heart failure. J Gastrointest Liver Dis; 18\(4\): 419-23, 2009 Dec.](#)
 44. [Ortega VMC, Puntunet BML, Suárez VMG, Leija HC, Montesinos JG, Cruz AG, Quintero BMM, González FNE. Guías de práctica Clínica Cardiovascular. Intervenciones de enfermería con base en la evidencia. México: Panamericana; 2011.](#)
 45. [Cadena-Estrada JC, Teniza-Noguez D, Olvera-Arreola SS. Intervenciones de enfermería especializada en el paciente pediátrico postoperado de Jatene. Evidentia \[internet\] 2013 ene-mar \[consultado 10 junio 2015\]; 10\(41\): \[Aprox. 1 plantilla\]. Disponible en: <<http://www.index-f.com/evidentia/n41/ev7965.php>>](#)



***MISCELÁNEO**

APORTACIONES DE FLORENCE NIGHTINGALE A LA ENFERMERÍA COMO GESTORA DEL CUIDADO

CONTRIBUTIONS OF FLORENCE NIGHTINGALE TO NURSING AS MANAGER OF CARE

Díaz Benítez Erika Rossi¹, Beltrán-Venegas María Isabel¹, Domínguez-Jaimes Lucía¹, González-Mantilla Fabiola¹, Hernández-Martínez María de los Ángeles¹, Mera-Rosas Ma. de los Ángeles¹, Rivera-Ocampos Norma Gloria¹, Zárate Rosa A².

¹Estudiante del programa de Maestría de la Universidad Autónoma de México.

²Profesora de la materia de Modelos de Gestión y Evaluación de la Calidad del Cuidado del Programa de Maestría de la UNAM.

Recibido el 20 de junio de 2016; aceptación el 6 de noviembre de 2016.

RESUMEN

Florence Nightingale nacida el 12 de mayo de 1820, fue la primera en presentar una concepción del modelo de enfermería, su cualidad de observación le permitió desde 1853 llevar a cabo actividades administrativas y de gestión del cuidado iniciando en el hospital de las damas inglesas en donde planificó hasta el más mínimo detalle. Posteriormente durante su estancia en la Guerra de Crimea y tras su trabajo estadístico logró fundamentar cuantitativamente la necesidad e importancia del cuidado enfermero. Los fundamentos filosóficos y principios aportados por Florence Nightingale, hoy por hoy son primordiales para la comprensión y relevancia en una adecuada gestión del cuidado para el profesional de enfermería.

Palabras clave: Atención de Enfermería, Administración del Hospitales y Gerencia.

SUMMARY

Florence Nightingale born on May 12, 1820, was the first to introduce a conception of the nursing discipline; its quality of observation allowed since 1853 to carry out administrative and care management activities starting in the English ladies hospital where she planned to the smallest detail. Later during their stay in the Crimean War and after his statistical work achieved quantitatively substantiate the need and importance of nursing care. The philosophical foundations and principles provided by Florence Ni-

ghtingale, today are crucial to understanding and relevance in proper management of care for nursing professionals.

KEYWORDS: Nursing Care, Administration Hospitals, Management.

INTRODUCCIÓN

A los 106 años de la muerte de Florence Nightingale es considerada la primera enfermera investigadora y gestora del cuidado, contribuciones que dejó gracias a su ingenio, perseverancia y sentido de observación para lograr establecer los conceptos disciplinares que actualmente fundamentan el arte de la enfermería profesional. El propósito de este documento es introducir al lector en las aportaciones de Florence Nightingale y reflexionar sobre su filosofía en la praxis de enfermería como gestora del cuidado, porque implica una serie de funciones y responsabilidades en donde se requieren cualidades como liderazgo, comunicación, responsabilidad, compromiso y conocimiento; cualidades que contribuyen a tomar la decisión más correcta y asegurar que las personas que proporcionan el cuidado lo realicen de forma continua y con calidad.

Como bien planteaba Nightingale: “Pero si no puedes conseguir el hábito de la observación de una forma u otra, mejor es que renuncies a ser enfermera porque no es tu vocación, a pesar de lo amable que seas y lo ansiosa que puedas estar para conseguirlo”.

DESARROLLO

Florence Nightingale nació en Florencia (Italia), el 12 de mayo de 1820 y murió el 13 de agosto de 1910; fue una mujer Aristócrata y privilegiada en su formación académica, ya que recibió clases de matemáticas principalmente en estadística, además de estudiar griego, latín,

Dirección de Correspondencia:

Erika Rossi Díaz Benítez

Juan Badiana Núm. 1, Col. Sección XVI, C.P 14080, Alcaldía, Tlalpan, México.

Tel: (0155) 55732911 ext. 1335

E-mail: rosdav_75@hotmail.com

francés y alemán; estudió también religión, filosofía (se familiarizó con Euclides y Aristóteles) y temas políticos. En 1837 escribió en su diario acerca de la llamada divina que había recibido: “Dios me habló y me pidió que le sirviera”¹. Durante algún tiempo, no tuvo muy claro el modo en que debía servir a Dios hasta que descubrió que podía llevar a cabo esta encomienda a través de la enfermería.

Un acontecimiento familiar que la enfrentó al cuidado de su padre fue lo que dio pauta para convencerse de cuál era su vocación. Su interés por el cuidado hacia las personas la motivó a escribir, publicar y gestionar en las altas esferas políticas, las formas para asegurar el cuidado de las personas. Era una mujer en búsqueda permanente de mejoras a través del conocimiento, altamente rigurosa con sus pares, pero con una fuerte convicción de entrega frente a las personas que requerían cuidado², lo que le abrió las puertas para poder realizar sus trabajos que dieron sentido profesional a la enfermería.

Su cualidad de observación le permitió desde 1853 llevar a cabo actividades administrativas y de gestión del cuidado en el hospital de las damas inglesas en donde planificó hasta el más mínimo detalle como: agua caliente, ascensor para trasladar la comida, timbre para los enfermos y dotación de ropa limpia. Así como el reclutamiento de las hijas de los granjeros para prepararlas como enfermeras de acuerdo a la formación que ella recibió con las diaconisas de Kaisersweth.

Durante la guerra de Crimea entre 1854 y 1856 fue conocida como “la dama de la lámpara” por los recorridos que realizaba durante las noches para atender a los soldados, evaluar su estado y observar su evolución, además de ofrecerles apoyo emocional; se interesaba y observaba minuciosamente en el cuidado que proporcionaban las enfermeras. Florence dio a conocer la importancia de la Gestión del Cuidado mediante la supervisión de 38 enfermeras organizadas en diferentes turnos para proporcionar cuidados a los heridos las 24hrs. del día; pudo darse cuenta de que las condiciones de insalubridad del entorno implicaban un factor de probabilidad 7 veces mayor de morir en el hospital que en el frente de batalla^{3,4}.

Los datos recolectados y sus conocimientos estadísticos le permitieron determinar el porcentaje de militares muertos por las condiciones sanitarias e higiénicas y comprobar que las intervenciones para el saneamiento del ambiente que proponía eran efectivas y eficaces. Utilizó el Diagrama de Área Polar o histograma circular para representar gráficamente las cifras de mortalidad durante la guerra de Crimea.

En 1856 en Londres también demostró que los soldados entre 20 y 35 años de edad tenían una mortalidad al doble que los civiles en época de paz; confirmando la necesidad de modificar la reforma sanitaria en todos los hospitales militares⁵. Por sus aportes cuantitativos a las decisiones de políticas en salud, se constituyó en 1857 una comisión que empezó a trabajar sobre la manera de

abordar la Reforma de la Sanidad Militar Inglesa¹.

Nightingale veía a cada paciente como un individuo, hizo especial hincapié en que la enfermera debía mantener siempre el control y la responsabilidad sobre el entorno. Abogó por tener en cuenta las opiniones de los pacientes en las decisiones donde ellos estaban involucrados y reclamaba a las enfermeras las intervenciones no fundamentadas⁵.

En la obra de Nightingale se identifica la definición de SALUD como la ausencia de enfermedad, la sensación de sentirse bien y la capacidad de utilizar al máximo todas las facultades de la persona. Contemplaba la enfermedad como un proceso reparador que la naturaleza imponía debido a una falta de atención. Concebía el mantenimiento de la salud por medio de la prevención de la enfermedad mediante el control del entorno y la responsabilidad social^{1,3}.

El cuidado para Nightingale es un servicio a la humanidad basado en la observación y la experiencia que la enfermera asume con responsabilidad y conocimiento. El cuidado debe ser planificado utilizando los recursos disponibles fijando objetivos, metas y estrategias⁶. Concibiendo además esta gestión del cuidado como el ejercicio profesional fundamentado teóricamente para tener juicio crítico, lenguaje propio, organización y control para proveer cuidados oportunos que aseguren calidad en la atención, que como bien menciona Donabedian será “aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes”.

La filosofía de Nightingale identifica a la enfermera gestora como un profesional sustentado en la disciplina, vocación de cuidar, aplicación de juicio propio para el cuidado organizado y oportuno que le permita a la persona recuperar su salud utilizando los recursos naturales, físicos y psicológicos disponibles.

CONCLUSIÓN

Sin duda los conceptos filosóficos propuestos por Florence Nightingale definieron el enfoque del conocimiento de la enfermería moderna, necesaria para llevar a cabo un cuidado con eficacia y efectividad es decir, con calidad. Logró llevar su planteamiento de que “El ingenio y la perseverancia pueden salvar más vidas de lo que imaginamos” permitiéndole demostrar con evidencia científica la importancia del cuidado que proporciona el profesional de enfermería, más aún la necesidad de que la persona que lo proporciona sea una persona profesional, con cualidades y vocación. Proporcionó las bases conceptuales para el profesional de enfermería, la definición de los núcleos disciplinares como persona, entorno, salud y cuidado, lo que le ha permitido la identificación de la enfermera clínica, investigadora, educadora y gestora.

Por lo tanto, el desafío es vigente para enfrentar nuevas necesidades en materia de salud, pero además es relevante en la formación de recursos humanos competentes para llevar a cabo una adecuada aplicación del cuidado y organización en las instituciones de salud.

REFERENCIAS

1. [Holliday ME, Parker DL. Florence Nightingale, feminism and nursing. J Adv Nurs 1997;28:483-488.](#)
2. [Núñez CER. Comprensión de la enfermería desde la perspectiva histórica de Florencia Nightingale. Cienc. enferma. 2011;XVII\(1\):11-18.](#)
3. [Fee E, Garafalo ME. Florence Nightingale and the Crimean War. Am J Public Health.2010;26:197-198.](#)
4. [Dossey BM. Florence Nightingale: her Crimean fever and chronic illness. J Holist Nurs. 2010;28:38-53.](#)
5. [Lescaille TM, Apao DJ, Reyes FM, Alfonso MM. Eticidad del pensamiento de Florence Nightingale. Rev haban cienc méd \[revista en la Internet\] 2013. \[citado4 septiembre 2015\];12\(4\): 688-96. Disponible en: <https://bit.ly/2QRULVB>](#)
6. [Grupo de Cuidado Facultad de Enfermería. Cuidado y Práctica de Enfermería. Bogotá: Editorial Unibiblos; 2000.](#)
7. [Donabedian A. The quality of medical care. Science 1978;200:856-64](#)

