

Revista Mexicana de

Enfermería Cardiológica

Órgano Oficial de la Sociedad Mexicana de Cardiología

Fundado en 1993

Vol. 26 Año 26

Número 1 Suplemento Septiembre 2018

Resúmenes de trabajos del Curso Internacional de Síndrome Coronario Agudos

This Journal Welcomes Manuscripts in english



This Journal Welcomes Manuscripts in english

CUIDEN

Incluida en: Cantarida
BVS Enfermería

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, Suplemento número 1 Septiembre 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, Lic. Vicente Romero Ferrer. Fecha de última modificación, 10 de Enero de 2020

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

Creative Commons (CC BY-NC-ND 4.0)

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

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

**Sociedad 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. Josté Luis Ojeda Delgado
Secretario Adjunto**

**Mtra. Guadalupe Martínez Palomino
Vocal de Enfermería**

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

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

En las diferentes secciones que conforman la revista:

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

***Por invitación a expertos.**

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

Editor Ejecutivo: Mtra. Guadalupe Martínez Palomino.

Autor ID: 15755834100

Correo electrónico: ange.reviscard@yahoo.com.mx

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, Escuela de Enfermería, Alcaldía Tlalpan, México

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

Misión

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

Visión

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

***EDITORIAL**

1 LA EVIDENCIA CIENTÍFICA HECHA NOTA PERIODÍSTICA

MTRA. SANDRA SONALÍ OLVERA ARREOLA¹

***EDITORIAL**

7 "PRIMER CURSO INTERNACIONAL DE SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS: DEL TRATAMIENTO A LA PREVENCIÓN SECUNDARIA".

MTRA. MARIA GUADALUPE PAREDES BALDERAS.

10 PRINCIPALES CAUSAS DE POR QUE LOS ESTUDIANTES DEL ÁREA DE LA SALUD SE AUTOMEDICAN

ADELA ALBA LEONEL¹, SAMANTHA PAPAQUI ALBA², FERANDO CASTILLO NÁJERA³, JORGE RICARDO MEDINA TORRES¹, JOAQUÍN PAPAQUI HERNÁNDEZ⁴, ESTEBAN ORDIANO HERNÁNDEZ¹.

RESÚMENES DE TRABAJOS

10 REVISIÓN SISTEMATIZADA DE LAS INTERVENCIONES EDUCATIVAS PARA REDUCIR EL SEDENTARISMO EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

ENF. DANIELA MONTSERRAT RIVERA AGUILAR¹, ENF. LOURDES BELEM GONZÁLEZ VARGAS¹.

11 ANÁLISIS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL CUIDADOR PRIMARIO Y EL MALTRATO AL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.

ENF. DIANA LUCIA NIETO JIMÉNEZ¹, ENF. EDGAR DARIO MARTÍNEZ ARZATE¹.

11 CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON TRATAMIENTO DE SUSTITUCIÓN RENAL Y LA IMPORTANCIA DE LAS REDES DE APOYO FAMILIAR.

ENF. ANDREA NISSYEN-MALDONADO OLVERA¹, ENF. MARTHA VERÓNICA VARGAS-FIGUEROA¹.

12 EVIDENCIA RELACIONADA CON LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN BASE AL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

ENF. MONTSERRAT MEDINA ARENAS¹, ENF. DIANA PATRICIA ROJAS CERÓN¹.

12 EXPERIENCIA DE UNA MUJER CARDIÓPATA PORTADORA DE UN DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE SUBCUTÁNEO: UNA HISTORIA DE VIDA.

MTRA. DIANA TENIZA-NOGUEZ¹, LIC. BENJAMÍN HUERTA ROBLES².

13 REVISIÓN SISTEMATIZADA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS.

MTRA. ELIZABETH ALVAREZ DE LA ROSA¹, MTRA. REBECA BECERRIL ROCHA², EEC. JAIME CASTILLO FLORES³, LIC. LAIDY PALOMA DONJUAN⁴, EEC. GABRIELA MICHEL FLORES BARRIENTOS⁵, MTRA. ROCÍO MENDOZA ROSALES⁶, LIC. LUCILA ROJAS SALDAÑA⁷, EEC. RAQUEL URSÚA DE LA CRUZ⁸.

14 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN UN AGENTE GESTANTE CON MIOCARDIOPATÍA CHAGÁSICA DESDE LA PERSPECTIVA TEÓRICA DE DOROTHEA OREM

ENF. ARELY PÉREZ-GARCÍA¹, LIC. JORGE ALBERTO AMAYA AGUILAR².

14 INTERVENCIONES DEL PROFESIONAL DE LA SALUD EN UNA MUJER CON CARDIOPATÍA ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DEL EMBARAZO.

ENF. ARELY PÉREZ-GARCÍA¹, MTR. JULIO CÉSAR CADENA ESTRADA².

15 ESCALA DE VALORACIÓN DEL DOLOR PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS: UNA REVISIÓN SISTEMATIZADA

ENF. MAYRA SUSANA ALVARADO-GUZMÁN¹, LIC. JORGE ALBERTO AMAYA AGUILAR².

15 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL ADOLESCENTE POSTOPERADO DE ANEURISMA AÓRTICO Y RECAMBIO VALVULAR: UN ESTUDIO DE CASO

ENF. MAYRA SUSANA ALVARADO-GUZMÁN¹, MTR. JULIO CÉSAR CADENA-ESTRADA².

16 INCERTIDUMBRE DE LOS PACIENTES PORTADORES DE DISPOSITIVOS DE ESTIMULACIÓN CARDIACA IMPLANTABLES Y LA REPERCUSIÓN EN SU CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO.

ENF. JOSÉ MANUEL TORRES MARTÍNEZ¹, ENF. BRAYANYAEL OLMOS GARDUÑO¹.

16 ANÁLISIS DEL USO DEL CATÉTER PERIFÉRICO EN PACIENTES CARDIÓPATAS EN UNA INSTITUCIÓN DE ALTA ESPECIALIDAD

MTRA. DANAE JIMÉNEZ MARTÍNEZ¹, E.E. GUSTAVO ATECATENCO PINEDA¹, E.E. MICAELA ORDIANO RAMÍREZ¹, MTRA. IMELDA FLORES MONTES², MTRA. MAYELI CERVERA ROJO¹, MTRA. JACQUELINE ORTIZ GAPI³.

17 EFECTO DEL RESCATADOR CELULAR INTRAOPERATORIO SOBRE LA TRANSFUSIÓN SANGÜÍNEA HOMÓLOGA EN PACIENTES ADULTOS SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDIACA CON CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA.

ENF. PERF. YAZMIN RIVERA-SAN MARTÍN¹, ENF. PERF. ROBERTO SOLÍS-CARMONA², ENF. PERF. MARÍA ALEJANDRA PARRA-ARGUDO³, ENF. PERF. GUADALUPE ARRIETA-ARELLANO⁴, MTR. JULIO CÉSAR CADENA-ESTRADA⁵.

17 EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CARDIÓPATA: UNA REVISIÓN SISTEMATIZADA CON METODOLOGÍA INTEGRADORA

MTRA. PERLA GRANDE ARELLANO¹, LIC. ENF. SILVIA HERNÁNDEZ MORALES², LIC. ENF. ROSA MARÍA GARCÍA MERINO³, LIC. ENF. ASUNCIÓN LUCIANO CARLOS⁴, LIC. ENF. MARTHA PATRICIA CARLÓN CORREA⁵.

18 FACTORES DE RIESGO PARA DÉFICIT NEUROLÓGICO DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDIACA CON CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA: UNA SERIE DE CASOS

ENF. PERF. LUIS AYALA MONSALVO¹, ENF. PERF. ARMANDO CASTILLO MEJÍA², ENF. PERF. REY SALVADOR LÓPEZ MALPICA³, MAHYS. MA LORETO SOLIS SUCHIL⁴, MTRA. ANA MARÍA GONZÁLEZ PÉREZ⁵, MTR. JULIO CÉSAR CADENA ESTRADA⁶.



LA EVIDENCIA CIENTÍFICA HECHA NOTA PERIODÍSTICA

Mtra. Sandra Sonalí Olvera Arreola¹

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

El ser humano es curioso por naturaleza, y es precisamente lo que le ha llevado a grandes descubrimientos. Cuando las respuestas a esta curiosidad se resuelven de una manera ordenada, sistematizada y metódica, mediante un análisis del fenómeno, para dar paso a la comprobación, entonces ya no hablamos solamente de casualidad y damos paso a la investigación científica.

En todas las ciencias y disciplinas, la investigación es primordial, en Enfermería no es la excepción, y conjuntamente con la educación, la gestión y la práctica, constituyen los ejes que le dan soporte y dirección. Entonces resulta necesario fortalecer el cuerpo de conocimientos para legitimar a nuestra profesión y para otorgar cuidados basados en evidencia científica. Afortunadamente, en México cada vez con mayor frecuencia se desarrolla la investigación con fundamentos más sólidos, pero está claro que no todos pueden generarla.

Si bien es cierto que existen diversas limitantes, desde el número restringido de profesionales de enfermería con preparación en investigación, en su mayoría ubicados en áreas de docencia o de gerencia, la falta de tiempo, el poco o nulo apoyo para la dotación de recursos financieros, humanos y de infraestructura por parte de las instituciones, se tiene la alternativa de consumir los resultados publicados; aunque no es raro que haya grupos arraigados en una práctica rutinaria para quienes investigar y hacer uso de la evidencia suene algo difícil e inalcanzable. Dada esta realidad, y a pesar de que se han realizado esfuerzos improbables, todavía existen nichos de oportunidad para amalgamar la evidencia científica con las actividades asistenciales, es decir, implementar la Enfermería Basada en Evidencia.

Entonces ¿cómo hacer para que el equipo de trabajo de Enfermería esté a la vanguardia del conocimiento científico y lo refleje en la atención que otorga al paciente, sin que lo sienta como una imposición? Hace algunos años asistimos a un seminario donde el profesor Manuel Amezcua, un enfermero investigador español, reconocido en Hispanoamérica, nos alentaba para atrevernos a cambiar la forma de divulgar la ciencia, daba como ejemplos programas televisivos, redes sociales o notas periodísticas.

Es precisamente en este tenor que nace en marzo de 2016 un subprograma en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, materializado por el Departamento de Investigación en Enfermería: De la ciencia a tu conciencia... Consiste en detectar interrogantes o vacíos de conocimiento presentes en la práctica clínica, realizar una revisión sistematizada del tema en cuestión, orientada por una pregunta bien estructurada bajo la metodología PICOT. Si bien es un trabajo riguroso el que se realiza en esta primera etapa, lo peculiar es que los resultados se plasman en una Nota de Cuidado para ser difundidos.

¿Y qué es una nota de cuidado? Es una hoja impresa que contiene información científica acerca del cuidado a otorgar en el quehacer diario de Enfermería, con una lectura fácilmente digerible. Se le denominó así porque está basada en los elementos que contiene una nota periodística: en algunos casos se coloca un epígrafe, el título está redactado de tal forma que capte la atención del lector, se adelantan los puntos relevantes en la entrada, y en el cuerpo de la noticia se desarrolla el tema de una forma sintetizada, clara y sencilla, pero sin perder el extracto científico. Al final se consideran las referencias bibliográficas para quienes estén interesados en profundizar sus conocimientos sobre el tema.

La idea principal es familiarizar a los profesionales de enfermería con la investigación, de una manera ágil, concisa y despertar su curiosidad con títulos detonadores. El propósito real es desarrollar su capacidad de reflexión y análisis crítico para fundamentar su práctica diaria y con ello mejorar la calidad de la atención de las personas con afecciones cardiovasculares.

A partir de su implementación en 2016, cada mes se difunde una Nota de Cuidado en todos los servicios y en los diferentes turnos donde está presente el personal de Enfermería, de tal forma que se han realizado 44 notas, entregadas a 45 898 personas, incluyendo a estudiantes y pasantes para fomentarles desde su formación, la aplicación de cuidados basados en evidencia (figura 1 a la 5).

NOTA DE CUIDADO | AÑO 1 | NO. 1

La sustancia óptima para desobstruir las sondas de alimentación enteral

CIUDAD DE MÉXICO, 26 DE OCTUBRE DE 2015

A pesar de los procedimientos estandarizados para permeabilizar las sondas de alimentación enteral y ante su frecuente obstrucción observada en la práctica diaria de los profesionales de la salud, diversos investigadores se han dado a la tarea de conocer cuál es la sustancia más eficaz para enfrentar el problema. Mucho se ha hablado del agua destilada, del refresco de cola, de enzimas pancreáticas o incluso de algunos jugos de frutas, hasta de ablandadores de carne.



Desde hace casi tres décadas se ha probado con diversas sustancias para permeabilizar las sondas enterales que se obstruyen con alimentos o medicamentos. En 1987 se analizaron 9 componentes (Pancrease, Viokase, pancreatina de cerdo, bromelina, jugo de arándano, Coca-Cola, quimotripsina, papaína y agua destilada) de las cuales, solamente las tres últimas tuvieron éxito, tras estar irrigando estas sustancias a 900 mm de presión cada media hora por 8 veces y al final con una jeringa de 50 cc se “inyectaba” aire.¹

Un año después se realizó un estudio similar, pero solo con tres fluidos (jugo de arándano, Coca-Cola y agua) en 108 sondas de 8 Fr, 10 Fr y 12 Fr conectadas a bolsas de alimentación enteral isotónica con flujo a gravedad. El análisis estadístico reveló que el jugo de arándano fue consistentemente inferior a la Coca-Cola y al agua; el diámetro del tubo no tuvo ningún efecto significativo sobre la incidencia de la obstrucción.²

En cuanto a la efectividad de las enzimas pancreáticas se ha profundizado; por ejemplo en un estudio se demostró la restauración de la permeabilidad de la sonda en 96% de los casos, donde la Coca-Cola o el agua habían fracasado³; pero contrariamente en otro protocolo solamente se desobstruyeron 53 de 110 (48,2%) sondas con la pancreatina.⁴

También se han experimentado las sustancias antes mencionadas en animales, incluso se ha ensayado con ablandador de carne; al respecto, la solución que resultó significativamente mejor que todos los demás para diluir el grumo de alimento fue ¼ de cucharadita de enzimas pancreáticas y 325 mg de bicarbonato de sodio diluidos en 5 ml de agua; aunque es importante decir que en este mismo estudio, al igual que en los anteriores, el agua fue superior que todas las bebidas carbonatadas y el jugo de arándano.⁵

Como se puede observar, las enzimas (sobre todo

las pancreáticas) son las más eficaces para enfrentar el problema de las obstrucciones de las sondas de alimentación enteral, incluso su administración profiláctica de manera periódica por esta vía puede reducir la incidencia de oclusión⁶; aunque evidentemente son de mayor costo y no siempre se encuentran en las instituciones de salud. Por lo tanto, el agua destilada y tibia -como lo sugieren algunos de los estudios- es la opción más rápida y costo efectiva. Pero recordemos que la mejor solución para la obstrucción de las sondas enterales es “prevenir” ¿Cómo? Permeabilizándola adecuadamente después de la administración de cualquier sustancia: medicamentos, alimentos, líquidos, entre otros.

Referencias bibliográficas

1. Nicholson LJ. Declogging small-bore feeding tubes. JPEN J Parenter Enteral Nutr [Internet]. 1987 Nov-Dec [citado 22 Oct 2015];11(6):594-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3123731>
2. Metheny N, Eisenberg P, McSweeney M. Effect of feeding tube properties and three irrigants on clogging rates. Nurs Res [Internet]. 1988 May-Jun [citado 22 Oct 2015];37(3):165-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3130615>
3. Marcuard SP, Stegall KS. Unclogging feeding tubes with pancreatic enzyme. JPEN J Parenter Enteral Nutr [Internet]. 1990 Mar-Apr [citado 26 Oct 2015];14(2):198-200. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2112629>
4. Stumpf JL, Kurian RM, Vuong J, Dang K, Kraft MD. Efficacy of a Creon delayed-release pancreatic enzyme protocol for clearing occluded enteral feeding tubes. Ann Pharmacother [Internet]. 2014 Apr [citado 26 Oct 2015];48(4):483-7. doi: 10.1177/1060028013515435. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24436458>
5. Parker VJ, Freeman LM. Comparison of various solutions to dissolve critical care diet clots. J Vet Emerg Crit Care [Internet]. 2013 May-Jun [citado 26 Oct 2015];23(3):344-7. doi: 10.1111/vec.12047. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23621492>
6. Bourgault Am, Heyland DK, Drover JW, Keefe L, Newman P, Dia AG. Prophylactic pancreatic enzymes to reduce feeding tube occlusions. Nutr Clin Pract [Internet]. 2003 Oct [citado 25 Oct 2015];18(5):398-401. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16215072>

¿Tienes algún comentario sobre la nota, requieres de mayor información o quieres proponer algún tema? Escríbenos al siguiente correo: investigacioninc@cardiologia.org.mx



Figura 1. Nota de cuidado “La sustancia óptima para desobstruir las sondas de alimentación enteral”. Publicado en 2016 en el año 1, número 1.

NOTA DE CUIDADO | AÑO 1 | NO. 7

¿Por cuál te decides: los físicos o los químicos?

CIUDAD DE MÉXICO, 26 DE SEPTIEMBRE DE 2016

Se ha estudiado desde hace mucho tiempo los factores que influyen en la temperatura del ser humano. ¿Tú qué tan experto eres? ¿Sabías que cuando estás de pie aumenta la temperatura del esófago, la rectal y la sublingual? ¿Qué métodos crees que son más eficaces para controlar la fiebre? ¿Los físicos o los químicos?



Como ya se sabe, la temperatura axilar en condiciones fisiológicas normales varía entre 36°C y 37°C y por vía rectal aumenta 0.6°C.¹ Se habla de una desviación cuando supera estas cifras: menor de 38°C se considera como febrícula; de 38°C a 39.5°C, fiebre moderada; de 39.6°C a 40.9°C fiebre elevada o hiperpirexia, y más de 41°C se trata de una hipertermia.² La temperatura corporal está regulada por el hipotálamo, y su incremento responde a una señal química (pirógeno endógeno) en la que existe respuesta inflamatoria con liberación de mediadores como la interleucina-1B y la interleucina-6.

La fiebre no siempre es causada por infecciones, también está presente en los casos de atelectasia, enfermedad oncológica o tromboembólica, en reacciones a fármacos, por condiciones patológicas que afectan al hipotálamo, entre otras; afecta a un tercio de los pacientes hospitalizados.³ Está influenciada por diversos factores como la actividad física, las hormonas, la temperatura ambiental, el ciclo menstrual en las mujeres, la dieta, el estado emocional, los fármacos, el ciclo circadiano, la edad (los bebés y los ancianos tienen menor control térmico), entre otras...

¿Pero sabías que también la postura corporal influye? Cuando la persona se encuentra de pie, las temperaturas esofágica, rectal y sublingual son más altas.⁴

Desde hace varios años se han estudiado cuáles son los métodos más eficaces para reducir la temperatura corporal en niños menores de cinco años: la combinación de medios físicos y químicos. Al respecto, se comprobó que las compresas húmedas frías o tibias son muy eficaces dentro de los primeros 30 minutos,^{3,5,6} pero disminuyen su eficacia en la segunda media hora y es casi nula en la tercera; a comparación del paracetamol que tiene un efecto positivo gradual, pero sostenido,^{3,7} aún en climas tropicales como Malawi o Tailandia.^{5,8,9} De esta forma, las molestias experimentadas no deben ser un factor limitante para el uso de los paños húmedos en un inicio, lo que da oportunidad a que actúe el fármaco.

Si se combinan los paños tibios con el antipirético es significativamente más rápida la disminución de la temperatura; aunque también está demostrado que estos medios físicos provocan más malestar (llanto, irritabilidad, incomodidad, vómito), que si se administra solamente el fármaco.^{3,5-8} Posiblemente lo anterior

se puede evitar, en lugar de los paños, colocando una sábana térmica con flujo de aire entre 18°C y 23.9°C de temperatura, que han demostrado un resultado similar a los paños,^{10,11} y más eficaz en comparación con las sábanas que tienen flujo de agua.¹² O bien, un baño con agua a 37°C; nunca a temperaturas bajas, ya que tendríamos el efecto contrario al provocar escalofríos y piloerección.¹³

Otras recomendaciones generales es quitar la ropa, reposar en un lugar fresco; hidratar bien al niño; y mantener la lactancia materna en los casos que aplique.^{10,14,15}

Referencias bibliográficas

- White BM, Meyer DL, Harlin SL. Is Negative-Pressure Wound Therapy a "Bridge to Reconstruction" for Poststernotomy Mediastinitis? A Systematic Review. *Adv Skin Wound Care*. 2019 Jul 9.
- Yu AW, Rippel RA, Smock E, Jarra OA. In patients with post-sternotomy mediastinitis is vacuum-assisted closure superior to conventional therapy? *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2013 Nov; 17(5):861-5.
- Filippelli S, Perri G, Brancaccio G, Iodice FG, Albanese SB, Trimarchi E, Carotti A. Vacuum-assisted closure system in newborns after cardiac surgery. *J Card Surg*. 2015 Feb; 30(2):190-3.
- Sankalp Yadav, Gautam Rawal, Mudit Baxi. Vacuum assisted closure technique: a short review. *Pan Afr Med J [Internet]*. 2017 [citado 20 de agosto 2019]; 28: 1-5. Disponible en: <https://bitly.is/1g3AhR6>.
- Carnicer E. El cierre temporal de la cavidad abdominal: una revisión. *Rev Hispanoam hernia*. 2015;3(2):49-58.
- Bautista WF, Rodríguez DA, Sáenz LC. Uso de los sistemas de presión negativa en el tratamiento de infecciones asociadas a dispositivos: "una vieja terapia con un uso novedoso". *Rev Colomb Cardiol*. 2017;24(1):57-66.
- Ramis S, Castedo E, López J, Martínez P, Serrano S, et al. La terapia VAC como tratamiento de la mediastinitis aguda. *Rev Esp Cardiol*. 2010; 63 Supl 3: 118.
- Bermúdez A, Daroca T, García N, Martín MA, Vignau JM, Carmona C, Gómez MA, et al. Impacto de la terapia de vacío en el tratamiento de las infecciones profundas y mediastinitis tras esternotomía media en los últimos 10 años. *Cir Cardio*. 2017; 24(5):293-297.
- Pérez M, Ferrer C, Molino JA, Acosta A, Martín-Bejarano EA. Aplicación del sistema de presión negativa VAC® en dehiscencia postesternotomía media en pacientes neonatos. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*. 2012; 38(2):107-114.
- Henker R, Rogers S, Kramer DJ, Kelso L, Kerr M, Sereika S. Comparison of fever treatments in the critically ill: a pilot study. *Am J Crit Care*. 2001; 10(4): 276-80.
- Caruso CC, Hadley BJ, Shukla R, Frame P, Khoury J. Cooling effects and comfort of four cooling blanket temperatures in humans with fever. *Nurs Res*. 1992; 41(2): 68-72.
- Loke AY, Chan HCL, Chan TM. Comparing the effectiveness of two types of cooling blankets for febrile patients. *Nurs Crit Care*. 2005; 10(5): 247-54.
- Montesinos RC, Arias MC, Morejon JLT, Arrieta GD. Metodo fisico para la regulacion de la temperatura corporal. *Rev Cubana Enferm*. 1997; 13(2): 80-5.
- Bisetto LHL, Cubas MR, Malucelli A. A pratica da enfermagem frente aos eventos adversos pos-vacinacao. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(5): 1128-34.
- Giusti ACBS, Pellison F, Mendes WSR, Melo LL. Crianca com displasia ectodermica: diagnosticos e intervencoes de enfermagem baseados em NANDA e NIC. *Arq Cienc Saude*. 2006; 13(1): 39-43.

¿Tienes algún comentario sobre la nota, requieres de mayor información o quieres proponer algún tema? Escríbenos al siguiente correo: investigacioninc@cardiologia.org.mx



Figura 2. Nota de cuidado "¿Por cuál te decides: los físicos o los químicos?" Publicado en 2016 en el año 1, número 7.

Fuente. Departamento de Investigación de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Eldelirio:unaproblematicaactualdelpaciente posoperado de cirugía cardiovascular que necesita ser atendido por enfermería.

CIUDAD DE MÉXICO, 3 DE AGOSTO DE 2018.



El delirio en el paciente cardíopata posoperado puede propiciar alteraciones del estado de conciencia, conductual y cognitivo, además de incrementar los costos, los días de estancia hospitalaria y la mortalidad a largo plazo. Por esto, el profesional de la salud debe generar intervenciones encaminadas a la prevención y detección oportuna de este tipo de complicación neurológica habitualmente subdiagnosticada y subtratada.

El delirio posoperatorio (DPO) se define como un trastorno del estado mental que se caracteriza por la alteración de la conciencia, de las funciones cognitivas (percepción, orientación, lenguaje y memoria) y de la conducta del paciente. Este trastorno tiene un inicio súbito, seguido de un curso fluctuante durante el día, con empeoramiento vespertino y disminución matutina. Presenta una incidencia de 10 % a 82 % y, de acuerdo con la American Psychiatric Association (APA), la prevalencia es de 10 % a 30 % en los pacientes hospitalizados.

La fisiología del DPO está determinada por las interleucinas y factores de necrosis tumoral, que producen neuroinflamación y, que a su vez, propician alteración en la neurotransmisión con disminución de la acetilcolina y aumento de la dopamina, ácido gamma-aminobutírico (GABA), serotonina y norepinefrina. Durante el delirio existe una reducción del flujo sanguíneo cerebral regional y aunado a esto, los estímulos quirúrgicos aumentan el cortisol plasmático, lo que puede predisponer la presencia de este trastorno mental.

Se puede establecer que del 32 % a 36 % de los pacientes que presentan DPO son diagnosticados y tratados tardíamente, lo que aumenta la estancia hospitalaria en 5 a 10 días, los riesgos de mortalidad 2 a 4 veces y el riesgo de demencia más de 10 veces, generando un importante impacto económico para el sector salud y para el paciente. En los Estados Unidos de América esto se traduce a un gasto de 164 billones de dólares por año y un aumento del 38.7 % de los gastos totales de estancia hospitalaria, en comparación con pacientes que no sufren de DPO.

Por lo tanto, el abordaje inadecuado del paciente con DPO puede condicionar un mal pronóstico, tanto inmediato como a largo plazo, alterando su estado de salud y calidad de vida, por lo que surge la pregunta ¿cómo debe actuar el profesional de la salud ante un paciente que sufre DPO?

A partir de este cuestionamiento se realizó una revisión sistematizada de la evidencia científica disponible en las bases de datos SciELO, LILACS, CUIDEN, PubMed y Biblioteca UNAM con una delimitación de 5 años en los idiomas español, inglés y portugués. Dicha búsqueda permitió construir tres dimensiones: 1) clasificación, 2) diagnóstico y tratamiento, así como, 3) factores predisponentes, desencadenantes y medidas preventivas del DPO.

Clasificación del DPO

De acuerdo con aspectos psicomotores, el delirio se puede clasificar en tres subtipos: hipoactivo, hiperactivo y mixto.

El hipoactivo es el más común y representa un 40 % a 50 % de los casos y se manifiesta por letargo, somnolencia y bradipsiquia, éste se contrapone al subtipo hiperactivo con el 20 % de los casos, el cual se presenta con periodos de inquietud, agresividad, hiperalerta, hipervigilancia, alucinaciones e ideas delirantes. En el caso del subtipo mixto se pueden alternar episodios de hipo e hiperactividad. Por esta razón el delirio hipoactivo es subdiagnosticado y subtratado, asociándose de esta manera a mayor número de complicaciones.

Diagnóstico y tratamiento farmacológico

El diagnóstico del DPO es clínico, por lo que se recomienda hacer uso de escalas como la de Confusion Assessment Method (CAM ICU) la cual toma menos de 5 minutos y tiene una sensibilidad de 86 % y especificidad de 93 %.

El tratamiento farmacológico debe estar encaminado en mantener al paciente despierto, no agitado y libre de síntomas psicóticos, por lo tanto, el manejo del DPO con benzodiacepinas está contraindicado.

El uso de haloperidol (antipsicótico) sigue siendo el primer tratamiento de elección por su bajo costo y eficacia. Ha sido recomendado por la Society of Critical Care Medicine (SCCM) y el American College of Critical Care Medicine (ACCM), a dosis de 0.5 mg a 1 mg c/8 hora, el cual ha mostrado disminuir la duración y severidad del delirio, pero puede prolongar el segmento QT del electrocardiograma del paciente, por lo tanto, se recomienda valorar al estado hemodinámico del paciente cada 20 minutos.

Se debe mantener la terapia durante 5 a 7 días dependiendo de la sintomatología y disminuir la dosis al 50 % en el segundo día, para posteriormente, evaluar la posibilidad de inicio de alimentación por vía oral.

El uso de la dexmedetomidina reduce los efectos anticolinérgicos, regula el ciclo sueño vigilia y reduce el uso de opioides y agonistas de receptores de ácido GABA, de igual forma tiene efectos positivos en el delirio refractario. La monitorización electrocardiográfica es indispensable ya que este medicamento se asocia a bradicardia.

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA
IGNACIO CHÁVEZ
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN



Factores predisponentes, desencadenantes y medidas preventivas del DPO

Debido a que el DPO tiene un componente multifactorial es importante que el profesional de la salud conozca los factores que lo predisponen y desencadenan, así como las intervenciones que debe realizar.

Otros factores predisponentes y desencadenantes que se deben tener en cuenta en el periodo preoperatorio, transoperatorio y posoperatorio son: edad avanzada (> 65 años), alcoholismo, demencia, depresión, accidente cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, infecciones agudas, hipoxia, insuficiencia renal, psicoterapia, fibrilación auricular, FEVI< 30 %, tiempo de cirugía > 3 horas, transfusiones, uso prolongado de ventilación mecánica invasiva, alteraciones metabólicas y funcionales, de igual forma, variación en los valores de natremia, glucemia, nitrógeno uréico plasmático, bilirrubina y proteína C reactiva.

Cuadro I. Factores y medidas preventivas de la DPO

Factores	Medidas preventivas
Alteraciones visuales y auditivas	Uso de lentes y aparatos auditivos.
Alteraciones cognitivas y funcional	Reorientación frecuente, realizar ejercicios pasivos 3 veces al día, promover la movilización temprana y deambulaci3n supervisada.
Desequilibrio hidroelectrolítico	Restaurar oportunamente equilibrio hidroelectrolítico.
Uso de medicamentos de alto riesgo	Minimizar uso de benzodiacepinas, anti-histamínicos, anticolinérgicos, meperidina, morfina y tramadol.
Privaci3n del sueño	Asegurar ciclos de sueño-vigilia controlando los ruidos e iluminaci3n del ambiente, programar intervenciones y administraci3n de medicamentos para evitar interrupciones durante periodos de descanso.
Dolor	Valoraci3n del dolor por turno o en caso de que exista alguna intervenci3n. Utilizar terapia multimodal (AINES, opioides y benzodiacepinas) que permita emplear dosis menores, y que la combinaci3n de medicamentos potencia el efecto analgésico.
Desnutrici3n	Asegurar ingesta cal3rica adecuada para cada paciente, rica en proteínas.

Conclusiones

El DPO es una complicaci3n com3n en el paciente hospitalizado, pero a pesar de contar con el tratamiento y tener una alta prevalencia, se sigue subdiagnosticando, por lo tanto, los profesionales de la salud deben generar medidas preventivas que favorezcan el diagn3stico oportuno, y al mismo tiempo se disminuyan las complicaciones y se propicie un tratamiento eficaz.

¿Tienes alg3n comentario sobre la nota o requieres de mayor informaci3n? Escribe en el siguiente correo: investigacioninc@cardiologia.org.mx

Referencias bibliográficas

1. Kotfis K, Zslyńska A, Listewnik M, Strzelbicka M, Brykczynski M et al. Early delirium after cardiac surgery: an analysis of incidence and risk factors in elderly (≥ 65 years) and very elderly (≥ 80 years) patients. Clinical Interventions in Aging. 2018;13:1061-1070.

2. Sobey A, Kushner B, Couillard P, Ferland A, Rakesh C et al. Incidence of delirium after cardiac surgery: protocol for the DELIRIUM-CS Canada cross-sectional cohort study. CMAJ OPEN.2017; 5(3):E565-E569.

3. Stavski SL, Pickler RH, Lin L, Shaw RJ, Meinzen-Derr J et al. Management of Pediatric Delirium in Pediatric Cardiac Intensive Care Patients: An International Survey of Current Practices. Pediatr Crit Care Med.2018; 19(6): 538 - 543.

4. Ya-Fei C, Anne C, Po-Yuan S,Yen-Chun H, Chen-Tse L et al. Comparison of dexmedetomidine versus propofol on hemodynamics in surgical critically ill patients. J Surg Res.2018; 228:194-200

5. Wu M, Liang Y, Dai Z, Wang Z. Perioperative dexmedetomidine reduces delirium after cardiac surgery: A meta-analysis of randomized controlled trials. J Clin Anesth. 2018; 50: 33-42.

6. Vega EP, Nazar CJ, Rattalino MF, Pedemonte JT, Carrasco MG. Delirium postoperatorio: una consecuencia del envejecimiento poblacional. Rev Med Chile. 2014; 142: 481-493.

7. Wschebor M, Aquines c, Lanaro V, Romano S. Delirium: una comorbilidad oculta asociada a mayormortalidad. Rev Méd Urug. 2017; 33: 16 - 45.

8. Análisis prospectivo sobre incidencia acumulada de delirio en el posoperatorio de cirugía cardíaca. Rev Urug Cardiol. 2017;32 (2):150-157.

9. Krebs JA, Osaku EF, Lima de Macedo CRC, Ogasawara SM, Barreto JdC. A influência do Delirium no tempo de ventilação mecânica em pacientes críticos:uma revisão sistemática. ABCS Health Sci. 2018; 43(1):61-66.

10. Henao-Castaño AM, Amaya-Rey MC. Nursing and patients with delirium: a literature review.Invest Educ Enferm. 2014;32: 148 - 156.

11. Mori S, Tsuchihashi JRT, Angotti FS, Cohrs CR, Viski SSZ. Incidence and factors related to delirium in an Intensive Care Unit. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(4):585-591.

Figura 3. Nota de cuidado El delirio: una problemática actual del paciente posoperado de cirugía cardiovascular que necesita ser atendido por enfermería. Publicado en 2017 en el año 2, número 28.

Fuente. Departamento de Investigación de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

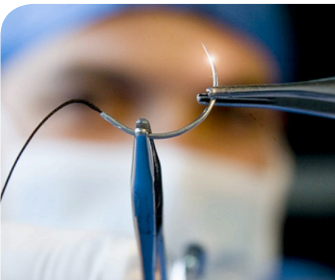


INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA
IGNACIO CHÁVEZ
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

NOTA DE CUIDADO | AÑO 3 | NO. 31

El retiro de cianoacrilato, suturas y grapas de una herida quirúrgica es más que un procedimiento común, pero ¿qué hay que saber?

CIUDAD DE MÉXICO, 25 DE OCTUBRE DE 2018



Las infecciones en heridas quirúrgicas siguen siendo un problema en el siglo XXI que pone en riesgo la vida de millones de personas y contribuyen al aumento de la resistencia antimicrobiana. Si aunado a esto, el retiro de puntos de sutura o grapas quirúrgicas es deficiente y mal valorado, pueden existir graves repercusiones en las personas hospitalizadas.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en los países en desarrollo el 11 % de los pacientes operados presentan infecciones en el sitio quirúrgico. En los Estados Unidos de América el tiempo de estancia hospitalaria aumentan hasta 400,000 días extras y 900 millones de dólares anuales de costo agregado, secundario a la infección de herida quirúrgica.¹

Las suturas y grapas quirúrgicas tienen el objetivo de aproximar los tejidos y permitir la repitelización de la herida quirúrgica. Las suturas pueden clasificarse de acuerdo con su reacción ante los tejidos, en absorbibles y no absorbibles; en función de su estructura, en monofilamento o multifilamento; y por su origen, en sintéticos, orgánicos y metálicos.^{2,3}

El cierre quirúrgico con sutura garantiza mayor fuerza de soporte de la herida quirúrgica y una mínima tasa de dehiscencia, pero requiere de anestesia, existe mayor reactividad tisular y el costo es superior, en comparación con las grapas, que son de aplicación rápida, con escasa o nula reacción tisular y con un cierre menos meticuloso. Así mismo los factores de riesgo como edad avanzada, estado nutricional e inmunitario deficiente, anemia, diabetes, cáncer, insuficiencia renal, cirrosis, tipo de cirugía e intervenciones previas, pueden modificar el proceso de repitelización.^{3,4}

Una incorrecta valoración previa al retiro de los puntos de sutura o grapas de la herida quirúrgica puede condicionar una inadecuada cicatrización, generar daños tisulares, provocar dolor, dehiscencias y permitir la presencia de microorganismos patógenos que condicionan infecciones superficiales y profundas, pero *¿qué debe hacer el profesional de enfermería para asegurar un retiro adecuado y oportuno de los puntos de sutura y/o grapas?*

A partir de este cuestionamiento, se realizó una revisión sistematizada de la evidencia científica disponible en las bases de datos SciELO, LILACS, CUIDEN, PubMed y Biblioteca UNAM con una delimitación de 8 años en los idiomas español, inglés y portugués. Dicha búsqueda permitió constituir 3 dimensiones: 1) Intervenciones de enfermería en el retiro de puntos de sutura y grapas de heridas quirúrgicas, 2) cuidados especiales y 3) signos y síntomas de infección.

Intervenciones de enfermería en el retiro de puntos de sutura y/o grapas de heridas quirúrgicas.^{3,4,5,6,7}

En el caso de las suturas:

1. Valorar fase de cicatrización de la herida quirúrgica, signos y síntomas de posible infección o dehiscencia; en caso de presentar alguna complicación no retirar los puntos de sutura y avisar al equipo multidisciplinario para dar un tratamiento adecuado y, si necesario, tomar cultivo bacteriológico.
2. Verificar días de colocación de puntos de sutura y valorar si es pertinente su retiro.
3. Confirmar el retiro de puntos de sutura con los profesionales de la salud implicados en el tratamiento del paciente y solicitar indicación de la misma por escrito, en caso necesario.
4. Explicar el procedimiento al paciente y, si así se requiere, aplicar medidas de analgesia por vía oral o subcutánea.
5. Realizar higiene de manos y uso de medidas estándar. De ser oportuno, colocar cubre bocas al paciente y de esta forma reducir el riesgo de contaminación de la herida quirúrgica secundaria a la presencia de fluidos corporales.
6. Hacer asepsia de la herida quirúrgica de acuerdo con las políticas institucionales. Antes de realizar este procedimiento preguntar al paciente, en caso de estar orientado, o verificar en el expediente clínico si es alérgico a algún antiséptico.
7. Sujetar un extremo del punto de sutura con las pinzas de disección, estirar hacia arriba con cuidado, separándolo ligeramente de la piel y realizar el corte con tijeras estériles u hoja de bisturí del lado contrario a la pinza, siempre lo más proximal a la piel. De esta forma, evitar que la parte de la sutura que está expuesta al medio externo entre en la parte interna de la herida y contamine el área (Figura 1).
8. Sujetar con cuidado y firmeza el punto de sutura hasta retirarlo, sin dejar de hacer soporte en la piel y evitar dehiscencia.
9. Como una medida preventiva a la dehiscencia puede colocarse sutura cutánea, que dará soporte tisular.
10. Al finalizar el procedimiento realizar nuevamente asepsia del área.

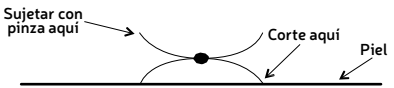


Figura 1. Retiro de suturas.

En el caso de grapas quirúrgicas:

1. Realizar valoración exhaustiva de la herida quirúrgica y determinar si es pertinente el retiro de las grapas, así mismo, contar con indicación médica por escrito.
2. Realizar asepsia de acuerdo con políticas institucionales antes y después del procedimiento.
3. Introducir el quita grapas estéril en la parte media de la grapa, posteriormente cerrar la pinza, lo que producirá el dobles de la grapa que a su vez permitirá la salida de la misma.
4. Realizar este procedimiento alternando el retiro de las grapas, en caso de que no exista dehiscencia, retirar todas las grapas (Figura 2).

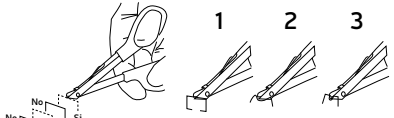


Figura 2. Retiro de grapas.

Cuidados especiales de los pacientes con puntos de sutura y/o grapas.^{3,4,5,6,7}

- Evitar que la herida se mantenga húmeda, lo que propiciaría la presencia de infecciones o dehiscencias.
- Mantener en estrecha vigilancia la herida quirúrgica antes y después del retiro de suturas y/o grapas.
- Confirmar el retiro de todas las grapas y/o puntos de sutura.
- Desechar grapas de acuerdo con las políticas institucionales.
- Realizar las anotaciones pertinentes en la hoja de enfermería como describir las características de la herida quirúrgica, si se realizó el retiro total de los puntos o de forma alterna, la presencia de dehiscencias e infecciones o la colocación de sutura cutánea.
- Existe un tiempo mínimo de duración de la sutura y este se encuentra determinado por la edad del paciente y localización de la herida (vascularización y tensión del área), por lo tanto, el profesional de enfermería debe determinar y valorar el retiro oportuno de las suturas, cada paciente responde de diferente forma al tratamiento (Cuadro I).
- De acuerdo con las políticas institucionales el retiro de suturas se debe realizar en pacientes sin factores de riesgo a los 10 días y en pacientes obesos, con suturas en zona de humedad o con factores de riesgo a los 14 días. Las grapas deben retirarse a los 21 días.

Cuadro I. Tiempo promedio de retiro de suturas.

Región Anatómica	Sutura cutánea	Sutura Subcutánea	Retiro de puntos adulto	Retiro de puntos niño
Cuello	Seda 4/0, 5/0	Vicryl o Dexon 4/0	4 a 6 días	3 a 5 días
Tórax y abdomen	Monofilamento o seda 3/0, 4/0	Vicryl o Dexon 3/0	7 a 12	7 a 9 días
Miembros superiores	Monofilamento 4/0	Vicryl o Dexon 3/0	8 a 10 días	7 a 9 días
Miembros inferiores	Monofilamento 3/0	Vicryl o Dexon 3/0	8 a 12 días	7 a 12 días
Piel	Monofilamento 4/0	Vicryl o Dexon 3/0	10 a 12 días	8 a 10 días

Detección de signos y síntomas de infección en herida quirúrgica^{3,4,5,6,7}

Una de las principales complicaciones son las infecciones, las cuales se pueden clasificar en:

- Infecciones superficiales (piel, tejido celular subcutáneo y grasa) se manifiestan con: edema, dolor, eritema y calor local, pero una herida sólo se considera infectada cuando se compruebe la presencia de secreción purulenta, aunque en la mayoría de las heridas no es indispensable la presencia del cultivo para comprobar el diagnóstico de la infección.
- Infección de las heridas profundas (fascias y músculos), aunado a los signos locales, puede existir la presencia de otras manifestaciones como flictenas, crepitación en la herida y signos de isquemia o necrosis. En ocasiones manifestaciones sistémicas como fiebre, taquicardia y leucocitosis.

Los cianoacrilatos son una medida eficiente pero que debe ser valorada.

Son adhesivos tisulares utilizados como sutura o hemostático que generan una película impermeable con actividad bacteriostática durante 72 horas y que no requiere anestesia. Se recomienda que su uso se limite en aéreas superficiales, si se inyecta en área subcutánea puede presentarse inflamación y necrosis. Es útil en el sellado de heridas y fijación de tejido inaccesible para suturar. De acuerdo con las políticas institucionales, si al 10° día no ha desprendido el cianocrilato en su totalidad, se procederá a retirarlo con una gasa con agua y jabón, posteriormente secar y verificar que no quede agua acumulada entre la herida quirúrgica y el cianocrilato.^{7,8}

En conclusión, la limpieza y desinfección del ambiente hospitalario juega un papel prioritario en la atención sanitaria, ya que por medio de desinfectantes de nivel intermedio y alto se pueden eliminar desde bacterias hasta esporas; como es el caso de la luz UV y el H₂O₂. Sin embargo, dichas medidas pueden ser insuficientes sin el apoyo de todos los profesionales de la salud, con una intervención tan básica como la higiene de manos, la cual debe realizarse siempre que se entre en contacto con cualquier superficie hospitalaria contaminada.

¿Tienes algún comentario sobre la nota o requieres de mayor información? Escríbenos al siguiente correo: investigacioninc@cardiologia.org.mx

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. La OMS recomienda 29 formas de detener las infecciones quirúrgicas y evitar microorganismos multirresistentes. OMS. <https://bit.ly/2OFkKzj> (último acceso 10 de octubre del 2018).
2. Intervenciones Preventivas Para la Seguridad en el Paciente Quirúrgico. México: Secretaría de Salud; 2013.
3. Revollo KM, Ramírez EY. Tipos de Suturas. Rev Act Clin Med. 2011; 15: 842-845
4. JM. Arribas, Castelló JR, Rodríguez N, Sánchez A, Marín M. Suturas básicas y avanzadas en cirugía menor (III). SEMERGEN. 2012; 28(2): 69 – 120.
5. Teresa Sans Tarragó. Guía de Enfermería. Cuidados del sitio de incisión. Centro asistencial Asepeyo Tarragona; 2013. Disponible en: <https://bit.ly/2Salqeg> (último acceso 10 octubre 2018).
6. Medicine. Wound care Advice. North Bristol NHS; 2016. Disponible en: <https://bit.ly/2Do6vyL> (último acceso 10 octubre 2018).
7. CD General Surgery, Christchurch Hospital. Care& Removal of Stitches or Staples. Canterbury District Health Board; 2017. Disponible: <https://bit.ly/2Sh7zk> (último acceso 10 octubre 2018).
8. Campos-Arceo JE, Rodríguez-Barata AR, Conde-Salazar L. Dermatitis de contacto alérgica a los acrilatos. Dermatol Rev Mex 2013;57: 389-393.
9. González JM. Cianoacrilato. Definición y propiedades. Toxicidad y efectos secundarios. Aplicaciones en medicina y odontología. Av Odontostomatol. 2012; 28 (2): 95-102.

Figura 4. Nota de cuidado “El retiro de cianoacrilato, suturas y grapas de una herida quirúrgica es más que un procedimiento común, pero ¿qué hay que saber? Publicado en 2018 en el año 3, número 31.

Fuente. Departamento de Investigación de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

NOTA DE CUIDADO | AÑO 4 | NO. 42

El dolor del paciente hospitalizado: una epidemia mundial desatendida.

CIUDAD DE MÉXICO, 24 DE SEPTIEMBRE DE 2019

De acuerdo con la Joint Commission el dolor es uno de los parámetros que determina la calidad de atención en las áreas hospitalarias; sin embargo, entre el 48 y 88% de los adultos presenta dolor moderado a severo en las primeras 24 hrs. de hospitalización, y entre el 34 a 40% de los niños hospitalizados sienten dolor a diario.



La International Association for the Study of Pain (IASP) define al dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial”; sin embargo, Cohen et al. agrega que el dolor es una experiencia subjetiva que existe solo en la persona que lo siente (perspectiva en primera persona), por lo tanto, el profesional de la salud debe establecer estrategias que le permitan realizar una valoración adecuada del dolor y no subestimarlos poniendo en riesgo la seguridad del paciente.

Por lo antes mencionado, la prevención y manejo efectivo del dolor debe ser una prioridad para el equipo interprofesional, ya que de no realizarse ninguna intervención el paciente perderá gradualmente su independencia, funcionalidad, movilidad y confianza en sí mismo y en el equipo de salud.

Por otra parte, es importante mencionar que la respuesta al dolor puede variar de acuerdo con los factores cognitivos, creencias, aspectos culturales y espirituales de cada persona, por lo tanto, cada individuo debe recibir un cuidado específico y acorde con sus características y necesidades.

Es por esto, que el profesional de enfermería tiene la responsabilidad legal y humana de garantizar una estancia hospitalaria sin dolor, pero **¿Cómo actuar ante un paciente con dolor?**

A partir de este cuestionamiento, se realizó una revisión sistematizada de la evidencia científica disponible en las bases de datos SciELO, LILACS, CUIDEN y PubMed con una delimitación de 5 años en los idiomas español, inglés y portugués. Dicha búsqueda permitió constituir 3 categorías: 1) alteraciones fisiológicas y psicológicas, 2) escalas de valoración y 3) cuidados específicos.

Alteraciones psicológicas y fisiológicas del dolor

El dolor puede afectar no solo el aspecto psicológico, sino también el físico; el primero se manifiesta con depresión, ansiedad, insomnio, alteraciones en la conducta, y por lo tanto, repercute en la calidad de vida, aumenta la morbilidad y los días de estancia hospitalaria; el segundo puede alterar la frecuencia cardíaca y respiratoria, la presión arterial, y desde luego, la saturación de oxígeno, por mencionar algunos. Por otro lado, el paciente puede mostrarse ansioso, agitado y en ocasiones con insomnio, lo que lo predispone a eventos adversos como las caídas o retiro involuntario de dispositivos.

Escalas de valoración del dolor

La valoración del dolor debe ser un punto esencial en la atención al paciente hospitalizado, que permita al profesional de la salud realizar intervenciones que lo reduzcan. Existen diferentes escalas para valorar

el dolor, dentro de las que destacan la Escala Numérica (NRS), la Escala Visual Análoga (EVA) y finalmente la Escala Facial de dolor (Face Pain Scale), las tres escalas establecen un rango que va de 1 al 10, lo que determina el grado de dolor, estas escalas son recomendadas en pacientes adultos por su nivel de sensibilidad y especificidad. Por otra parte, en el paciente pediátrico no se cuenta con una escala de valoración del dolor adaptada para la población mexicana, pero internacionalmente, la escala más utilizada es la FLACC (Face, Leg, Activity, Cry, Consolability) que valora la expresión facial, el movimiento de las piernas, la actividad, el llanto y si el paciente puede consolarse, lo que le permite al profesional de la salud interpretar signos de dolor en el paciente pediátrico que no puede comunicarse fácilmente.

Puntos críticos de la TPN^{1,3,5-9}

- ▶ Realizar evaluaciones periódicas del dolor cada 6 a 8 hrs. o en función del estado clínico del paciente y garantizar una terapia analgésica efectiva, sobre todo cuando exista cambio de analgésico, dosis y vía de administración, así como, procedimientos invasivos.
- ▶ Registrar en la hoja de enfermería, intensidad de dolor, localización y nivel de dolor posterior al tratamiento.
- ▶ Mantener una comunicación estrecha con el paciente y solicitar informe de cualquier dolor o malestar.
- ▶ Hacer uso de medidas farmacológicas y no farmacológicas para garantizar un mejor control del dolor, tales como, contacto físico del cuidador primario, comunicación efectiva paciente-personal de salud, expresión libre de sentimiento, ambiente tranquilo/agradable y musicoterapia.
- ▶ Prevenir la presencia de dolor durante procedimientos invasivos, con la explicación de la intervención al paciente y administración de analgésicos por lo menos 30 minutos antes.
- ▶ Tener en cuenta las preferencias del paciente antes de administrar el analgésico, la vía más eficaz de administración y desde luego menos invasiva. En caso de ser necesario utilizar anestesia local.
- ▶ Utilizar la vía oral en pacientes con dolor crónico y el dolor agudo; sin embargo, tras una cirugía mayor se recomienda utilizar la vía intravenosa, ya sea en bolo o mediante infusión continua y garantizar la máxima absorción en el menor tiempo posible. La vía intramuscular no es recomendable en adultos ni pacientes pediátricos, ya que es dolorosa y su grado de absorción es variable.
- ▶ Corroborar alergias del paciente a los analgésicos e informar de los efectos secundarios.
- ▶ Identificar posible toxicidad en el paciente con alteraciones renales o hepáticas secundario al uso de analgésicos y proporcionar alternativas farmacológicas y no farmacológicas.
- ▶ Previo al alta hospitalaria informar al paciente y cuidador primario, sobre las medidas farmacológicas y no farmacológicas para el control del dolor, así como, explicar los signos y síntomas de alarma.

En conclusión, el dolor en las áreas hospitalarias sigue siendo subdiagnosticado lo que repercute de manera significativa en el estado de salud y la calidad de vida del paciente, así como, aumento de costos y días de estancia hospitalaria. Por lo tanto, los profesionales de la salud deben trabajar en conjunto e incidir en una valoración adecuada y periódica del dolor, hacer uso conjunto de tratamiento farmacológico y no farmacológico, y desde luego, nunca subestimar el dolor que puede referir un paciente.

¿Tienes algún comentario sobre la nota, requieres de mayor información o quieres proponer algún tema? Escríbenos al siguiente correo: investigacioninc@cardiologia.org.mx



Referencias bibliográficas

1. Zoega S, Sveinsdottir H, Sigurdsson GH, Aspelund T, Ward SE, Gunnarsdottir S. Quality Pain Management in the Hospital Setting from the Patient's Perspective. Pain Pract. 2014;15(3):236-246.
2. Gunnarsdottir S, Zoega S, Serlin RC, Sveinsdottir H, Hafsteinsdottir EJ, Fridriksdottir N. The effectiveness of the Pain Resource Nurse Program to improve pain management in the hospital setting: A cluster randomized controlled trial. Int J Nurs Stud. 2017; 75: 83-90.
3. Allen E, Williams A, Jennings D, Stomski N, Goucke R, Towe C. Revisiting the Pain Resource Nurse Role in Sustaining Evidence-Based Practice Changes for Pain Assessment and Management. Worldviews Evid Based Nurs. 2018 Oct;15(5):368-376.
4. Medina CA, Pérez M. Medidas no farmacológicas implementadas por las enfermeras para el dolor de niños con Leucemia Linfocítica Aguda. Index Enferm. 2019;28(1-2):46-50.
5. Erazo MA, Pérez L, Colmenares CC, Álvarez H, Suárez I, Mendivelso F. Prevalencia y caracterización del dolor en pacientes hospitalizados. Rev Soc Esp Dolor. 2015; 22(6): 241-248.
6. Rolf-Detlef T. The International Association for the Study of Pain definition of pain: as valid in 2018 as in 1979, but in need of regularly updated footnotes. Pain Rep. 2018 Mar; 3(2): e643.
7. Moreno-Monsiváis MG, Muñoz-Rodríguez MR, Interán-Guzmán MG. Satisfacción con el manejo del dolor posoperatorio en pacientes hospitalizados. Aquichan. 2014; 14 (4): 460-472.
8. Pabón-Henao T, Pineda-Saavedra LF, Calles-Mejía OD. Fisiopatología, evaluación y manejo del dolor agudo en pediatría. Saltem Scientia Spiritus. 2015; 1(2): 25-37.

Figura 5. Nota de cuidado “El dolor del paciente hospitalizado: una epidemia mundial desatendida”. Publicado en 2019 en el año 4, número 42.

Fuente. Departamento de Investigación de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez



“PRIMER CURSO INTERNACIONAL DE SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS: DEL TRATAMIENTO A LA PREVENCIÓN SECUNDARIA”.

Mtra. Maria Guadalupe Paredes Balderas.

Directora Técnica de la Escuela de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología.

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

He tenido el privilegio de ser parte del comité organizador y al mismo tiempo asistente en el **Primer Curso Internacional de Síndromes Coronarios Agudos (SICA)**, el cual se llevó a cabo en el mes de septiembre del 2018 en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, con un interesante programa académico donde se tocaron puntos cruciales de las enfermedades cardiovasculares desde un punto de vista epidemiológico, preventivo, nutricional, curativo, de rehabilitación e investigación.

Durante el curso nos percatamos que el aumento en la prevalencia e importancia de las enfermedades no transmisibles, y específicamente de los factores de riesgo cardiovasculares (FRC), tales como hipertensión, diabetes, dislipidemia y obesidad, son el resultado de una interacción compleja entre salud, crecimiento económico y desarrollo, todas ellas asociadas a las tendencias internacionales, el envejecimiento de la población mundial, la rápida urbanización no planificada y la globalización de modos de vida no saludables. Las enfermedades cardiovasculares (ECV) representan una carga económica considerable, es por ello que los profesionales de enfermería del Instituto Nacional de Cardiología se dieron a la tarea de estructurar un programa que generó reflexiones de las principales causas de morbilidad cardiovascular en México y de las acciones específicas de alto impacto para la atención oportuna de las personas con algún trastorno cardiovascular.

Las enfermedades del corazón constituyen la primera causa de muerte en México y fueron responsables del 19.6% del total de muertes en 2015, y de éstas, el 61.9% por infarto agudo al miocardio (IAM). La tasa de mortalidad por este último ha aumentado considerablemente en el país, lo que representa un importante problema de salud pública.¹

El programa académico tuvo como objetivo dar a conocer la importancia de la participación del Profesional de Enfermería en el manejo del SICA con una visión integradora que no se limite a la investigación, sino también a la creación de instrumentos educativos y programas de implementación para su prevención, tratamiento y rehabilitación, así como la utilización de aplicaciones móviles y su utilidad.

Se contó con IV Módulos para cumplir con el objetivo de aprendizaje de los 412 asistentes. El contenido estuvo estructurado y organizado de la siguiente manera:

MÓDULO I. SÍNDROME ISQUÉMICO CORONARIO AGUDO (SICA): UN RETO ACTUAL EN SALUD.

En este módulo se retomó la epidemiología de los síndromes coronarios agudos en las diferentes presentaciones y las alteraciones que presenta. Se llevó a cabo la conferencia magistral dictada por la Mtra. Claudia Leija Hernández. Directora de Enfermería y Coordinadora General de la Comisión Permanente de Enfermería, quien comentó que los recursos humanos en salud se ven superados para hacer frente al envejecimiento y la carga de enfermedades crónicas de la población mexicana. Por otro lado, la oferta del número de profesionales de enfermería ha aumentado, así como la formación en calidad y competencias. Una de las estrategias para mejorar la capacidad de respuesta del sistema de salud es la implementación de la Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) en la atención primaria en salud (APS). Este modelo costo efectivo pretende ampliar el ámbito de acción de la enfermera para que, a través de la atención directa de pacientes y familias en un escenario comunitario, puedan realizar acciones que incorporen promoción y

prevención en salud. Se pretende abrir la discusión hacia las normativas que involucra un cambio como este y de la formación de la EPA en las universidades. Sin lugar a duda las enfermeras altamente capacitadas resuelven problemas de salud en la atención primaria, con la finalidad de que el Sistema Nacional de Salud (SS) responda

Dirección para Correspondencia:

Juan Badiano número 1, Col. Sección XVI, Alcaldía de Tlalpan. Código postal 14080. Ciudad de México, México.
Tel. 55732911, extensión 23604.
E-mail: maria.paredes@cardiologia.org.mx

a las necesidades de salud de la población. La Atención Primaria de Salud (APS) debe ser más resolutive, por el hecho de ser la puerta de entrada al sistema, ser la instancia donde se resuelvan la mayor cantidad de problemas de salud.

Panel. Enfermedades cardiovasculares: una amenaza latente, en este panel se conjugaron temas importantes acerca de la salud nutricional como lo son los alimentos saludables, los modelos alimenticios que previenen la inflamación celular, la importancia y beneficios de una dieta hipocalórica, mediterránea y vegetariana. De lo más sobresaliente fue la comparación de la dieta Mediterránea con la de la Milpa, esta última propone la sustitución de alimentos que se tienen en nuestro país a un costo asequible para la población mexicana, los alimentos con proteína vegetal aportan fibra soluble e insoluble, que inhibe la absorción de colesterol disminuyendo el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Además de que favorece el balance ácido alcalino debido a que la proteína vegetal tiene mayor aporte de calcio y magnesio; por lo tanto, valores más adecuados del potencial renal ácido, reduce el aporte de grasas, favorece el estado de antioxidación o de balance oxidativo, regula la eliminación de toxinas a través de su aporte de sustancias que favorecen la menor formación de sustancias tóxicas en el metabolismo y se optimiza el desecho de estas sustancias en beneficio de la alimentación cardiosaludable.

México es un país con una gran diversidad de productos y alimentos accesibles, la población es privilegiada de contar también con una gran diversidad culinaria de origen mestizo que ha desarrollado una cocina variada y rica.

MÓDULO II. SÍNDROME ISQUÉMICO CORONARIO AGUDO (SICA) EN POBLACIONES ESPECIALES.

Se toman 3 grupos etarios, el SICA en el niño y en el adolescente en donde se destaca que existen 2 factores importante para esta entidad patológica como lo es el uso de drogas y en el niño como consecuencia de una cirugía cardiovascular. En este módulo se contó con una videoconferencia sobre padecimientos cardiovasculares en el grupo de mujeres, la cual destaca que de acuerdo a estadísticas la mortalidad es mayor por SICA en el sexo femenino que por cáncer, pero la cascada de síntomas puede confundirse con patologías o estado hormonal propios de la mujer y prevalece la idea de que la mujer no tiene el tiempo de enfermarse o tiene la “Cultura del Aguante”.

MÓDULO III. INNOVACIÓN TECNOLÓGICA EN LA ATENCIÓN DEL SICA.

En este módulo se comenta de la importancia que tiene hoy en día la utilización de aplicaciones móviles para una práctica más efectiva, más rápida y de calidad; en México su utilización apenas empieza. Cabe resaltar que la tecnología y la medicina son clínicas; y por lo tanto, es esencial tener un contacto directo con el paciente para compartir con él sus sentimientos, preocupaciones y alegrías. La tecnología y medicina son un binomio que nos permiten estar al lado de la cama del paciente para realizar un juicio crítico y reflexivo en la toma de decisiones.

En relación con el tema del Código Infarto, los registros Mexicanos de SICA, nos ponen de manifiesto la necesidad de mejorar las estrategias oportunas en el diagnóstico y el tratamiento, el objetivo de este programa ha sido garantizar el diagnóstico y tratamiento al paciente que demanda atención de urgencias por infarto agudo de miocardio, de tal manera que reciban tratamiento de perfusión con angioplastia primaria en los primeros 90 minutos, o terapia fibrinolítica en los primeros 30 minutos posteriores a su ingreso a los servicios de urgencias para una pronta recuperación del flujo sanguíneo, el éxito depende del tiempo de tratamiento. Los pacientes tratados en la primera hora muestran el mayor beneficio en relación de la mortalidad absoluta y relativa, observación que ha llevado a considerar a los primeros 60 minutos como “la hora dorada”. El Código Infarto no es medicina es un protocolo de atención que permite tomar la mejor decisión, echar andar estrategias e ir contra el tiempo que es clave; es una de las herramientas que coadyuva en la atención de manera oportuna y eficaz del paciente con SICA a través de la telemedicina, pero desgraciadamente en nuestro país el principal retraso para su pronta atención es el propio sistema de salud, retrasándose aproximadamente 648 minutos en comparación con otros países donde el retraso es de 120 minutos; por otra parte, no se cuenta con personal de salud capacitado, no existe un electrocardiograma o bien no saben interpretar un electrocardiograma de quien manifiesta un infarto en evolución, situación que retarda su pronta atención, es por ello la estrategia que se está tomando en conjunto el Instituto Nacional de Cardiología con la Secretaría de Salud en la regionalización del tratamiento en SICA para poder llegar al objetivo de atender el infarto en un tiempo no mayor a 90 minutos. Un fin común es el de salvar una vida, mantener una buena calidad de vida y devolver al enfermo una vida igual de productiva que antes del infarto.

MÓDULO IV. REHABILITACIÓN INTEGRAL EN SICA.

En este módulo se discutieron aspectos muy importantes de los pacientes cardíopatas después de un evento agudo, entre los que se destaca los siguientes:

-Sexualidad y actividad física en el paciente con SICA. Si bien las relaciones sexuales incluyen un esfuerzo físico, también están influenciadas por el impacto psicológico de haber sufrido este problema de salud; la ansiedad en

estos casos puede provocar un efecto negativo y se debe tener en cuenta, que al igual que en la actividad física, el paciente debe retomar la vida sexual de forma progresiva, su continuidad va a reflejar un sentimiento positivo en la salud biopsicosocial.

Integración social y salud mental. La integración social es una parte muy importante de la rehabilitación del paciente, el aislamiento puede generar emociones negativas que ponen en riesgo la estabilidad física de la persona e incluso llegar a tener pensamientos suicidas. Los programas de terapia deben ser individualizados, utilizando diferentes técnicas o herramientas que propicien la reintegración social y salud mental del paciente. Cabe señalar que los planes de atención personalizados, deben tener un enfoque global.

Trabajos de investigación: La investigación en enfermería se define como un proceso científico que valida y mejora el conocimiento existente y genera nuevo conocimiento, constituye junto con la gestión, la práctica y la educación, uno de los 4 pilares en los que se fundamenta la práctica del profesional de enfermería. En este curso se contó con la presentación de 17 trabajos, 8 en presentación cartel y 9 en modalidad oral, mismos que se presentan en este número especial.

En conclusión, podemos mencionar que los Profesionales de Enfermería enfrentan un gran reto ante el panorama epidemiológico de las enfermedades cardiovasculares en el país, es necesario contar con personal capacitado para actuar de manera eficiente y oportuna ante estos padecimientos, implementar procesos y procedimientos con una visión integradora y objetiva desde la prevención hasta la rehabilitación, con un arraigo en la comunidad.

REFERENCIA.

1. [Secretaría de Salud. La atención del infarto agudo al miocardio en México. Estudio de oferta y demanda y análisis Económico EXANTE de un Programa nacional de Educción de la mortalidad Por infarto agudo al miocardio. México: Secretaría de Salud; 2017.](#)

PRINCIPALES CAUSAS DE POR QUE LOS ESTUDIANTES DEL ÁREA DE LA SALUD SE AUTOMEDICAN

Adela Alba Leonel¹, Samantha Papaqui Alba², Ferando Castillo Nájera³, Jorge Ricardo Medina Torres¹, Joaquín Papaqui Hernández⁴, Esteban Ordiano Hernández¹.

¹Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM, México.

²Universidad Westhill.

³Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México.

⁴Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

RESUMEN

Introducción: La OMS identificó a la automedicación como un componente del autocuidado en la salud. El 80% por ciento de la población mexicana usa medicamentos por iniciativa propia sin indicación médica y sin receta. **Objetivo:** Identificar las principales causas de automedicación en estudiantes del área de la salud. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio transversal donde el universo del estudio fue estudiantes del área de la salud de nivel licenciatura y posgrado. Se utilizó un instrumento ex profeso. **Resultados:** La muestra fue de 305 estudiantes, el 72% correspondió al género femenino, el 71% tiene entre 17 a 30 años. La prevalencia de automedicación fue del 88%. Las razones principales por la que se automedican son por falta de tiempo 42.1%, fácil acceso a los medicamentos 37.4% y 14.4% por economía. Y el principal motivo de salud por que se automedican es por algias 73.8%, gripe con 49.7%, fiebre 33.8%, gastroenteritis 27.8% y edema 26.4%. **Conclusión:** La automedicación es frecuente en estudiantes del área de la salud y las principales causas de automedicación son falta de tiempo, fácil acceso, algias, gripe y fiebre. El profesional de enfermería debe establecer estrategias de prevención para evitar el enmascaramiento y agravar el proceso de la enfermedad, resistencia a medicamentos, intoxicación e inclusive la muerte. Así mismo debe de fomentar que la automedicación es un componente del autocuidado.

Palabras clave: tratamiento farmacológico, automedicación, estudiantes del área de la salud, autoadministración, dolor, gripe humana.

REVISIÓN SISTEMATIZADA DE LAS INTERVENCIONES EDUCATIVAS PARA REDUCIR EL SEDENTARISMO EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Enf. Daniela Montserrat Rivera Aguilar¹, Enf. Lourdes Belem González Vargas¹.

¹Escuela de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

RESUMEN

Introducción: El sedentarismo es un factor de riesgo que favorece la presencia de enfermedades no transmisibles, principalmente la cardiopatía isquémica, que es la segunda causa de mortalidad en todo el mundo; no obstante, la actividad física moderada y/o vigorosa como intervención estandarizada podría modificar o controlarlo. **Objetivo:** Conocer las intervenciones educativas más eficaces para reducir el sedentarismo. **Métodos:** revisión sistemática con metodología integradora guiados por los pasos de Enfermería Basada en la Evidencia: pregunta clínica con formato PICOT, descriptores en ciencias de la salud de “intervenciones educativas”, “isquemia miocárdica” y “estilo de vida sedentario” en español, inglés y portugués; búsqueda de la evidencia científica en bases de datos (SciELO, PubMed, LILACS, CUIDEN, Biblioteca UNAM), incluyó artículos completos, publicados del 2013 a 2017; lectura y evaluación crítica de la evidencia con tabla de evidencia. **Análisis de contenido a profundidad para integración de la evidencia en dimensiones.** **Resultados:** Se identificaron 16 artículos. Prevalcieron estudios con nivel de evidencia III/C, publicada en países de gentilicio hispanoamericano y medicina. Se identificaron tres dimensiones: Factores de riesgo (estilo de vida, edad, estado físico, depresión), enfermedades (obesidad, hipertensión arterial sistémica, Diabetes mellitus), intervención educativa (seguimiento, visita domiciliaria, actividad física ligera-moderada 20/30 min trotar/caminar, alimentación, consejería de 15 a 30 minutos para establecer cambios de dieta de semáforo, atención psico-emocional). **Conclusión:** Las intervenciones educativas basadas en evidencia pueden ser eficaces para llevar un buen control del sedentarismo como factor de riesgo de la cardiopatía isquémica y mejorar la calidad de vida.

Palabras Clave: Intervenciones Educativas, estilo de vida Sedentario, isquemia miocárdica.

ANÁLISIS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL CUIDADOR PRIMARIO Y EL MALTRATO AL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.

Enf. Diana Lucia Nieto Jiménez¹, Enf. Edgar Dario Martínez Arzate¹.

¹Escuela de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

RESUMEN

Introducción. El síndrome de Burn-Out (SB) causa en el cuidador primario una inestabilidad psicológica y física que puede producir problemas sociales como al maltrato al adulto mayor (MAM), pero ha sido un tema poco estudiado. **Objetivo:** Analizar el síndrome de Burn-out en el cuidador primario y el maltrato al adulto mayor con enfermedad cardiovascular. **Material y métodos:** Estudio analítico, prospectivo y transversal. Muestra por conveniencia (n=50) incluyó a cuidadores primarios y adultos mayores que asisten a la consulta externa en un hospital de alta especialidad, ambos sexos, orientados y que desearon participar voluntariamente. Datos recolectados con test de Zarit de 22 ítems con escala de respuesta Likert donde a mayor puntaje mayor sobrecarga; y 19 ítems de respuesta abierta para describir el entorno relacionado con MAM. **Análisis de datos** con estadística descriptiva y prueba de correlación de Pearson; significancia estadística $p < 0.5$. **Resultados.** La mayoría de cuidadores eran mujeres (66.6%), solteras (43.3%), con hijos (50%). El 43.3% presentó sobrecarga intensa y 13.3% leve, siendo mayor en hombres ($Z = -2.069$, $p = 0.039$). De acuerdo a la opinión del adulto mayor, 20 de los 30 sufren de desatención por parte de su cuidador primario, 16 de 30 adultos mayores sufren de maltrato psicológico, 5 de 30 adultos mayores sufren de abuso económico por parte de su cuidador primario, 3 de 30 adultos mayores sufren de maltrato físico. **Conclusión:** El cuidador primario presenta sobrecarga y maltrata a la persona que cuida, principalmente por desatención. Aunque los hombres tienden a presentar sobrecarga, los adultos mayores del sexo femenino son más propensos a recibir maltrato.

Palabras clave: Burn-Out, Cuidador Primario, Maltrato, Adulto Mayor, Cardiovascular.

CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON TRATAMIENTO DE SUSTITUCIÓN RENAL Y LA IMPORTANCIA DE LAS REDES DE APOYO FAMILIAR.

Enf. Andrea Nissyen Maldonado-Olvera¹, Enf. Martha Verónica Vargas-Figueroa¹.

¹Escuela de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

Introducción: La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) constituye un problema alarmante para la salud pública de México; no obstante, los tratamientos de sustitución renal (TSR) pueden mejorar su salud, pero son altamente invasivos y demandantes, lo que implica un alto costo físico, psicosocial y económico para el paciente y su familia; por lo tanto, repercute directamente en la calidad de vida (CV) del paciente. **Objetivo:** Describir la CV percibida por los pacientes que reciben TSR y la importancia de las redes de apoyo familiar. **Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal. Muestra por conveniencia $n = 29$ incluyó pacientes sometidos a TSR e un Instituto Nacional de Salud. Datos recolectados con instrumento validado SF-36 de 8 dimensiones y escala de respuesta tipo Likert, donde a mayor puntaje mejor CV; y un Genograma. **Análisis de datos** con estadística descriptiva. **Resultados:** En relación al año pasado, la mayoría considera un mejor estado de salud (51.7%), casi siempre o siempre se siente con energía (55.1), sin dolor (44.8%) o poco (37.9%) que no le dificultan la vida diaria (82.7%); pero el 48.3% no sabe si su estado va a empeorar o mejorar. Por lo tanto, el 62.1% refirió tener una buena CV y el resto la percibe como regular. Los pacientes mostraron tener una red de apoyo, principalmente la familia nuclear (51.7%), pero el 31.3% no cuenta con alguien que le ayude para cumplir con apego terapéutico. **Conclusión:** La mayoría de los pacientes con enfermedad renal crónica tratados en el instituto con TSR muestran una buena CV y cuentan con una red de apoyo; sin embargo, pocos pacientes requieren de una intervención y/o grupo de apoyo para mejorarla.

Palabras Clave: Calidad de Vida, Sustitución Renal, Apoyo Familiar.*

EVIDENCIA RELACIONADA CON LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN BASE AL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Enf. Montserrat Medina Arenas¹, Enf. Diana Patricia Rojas Cerón¹.

¹Escuela de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

RESUMEN

Introducción: El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método sistematizado y organizado para la administración de cuidados de enfermería, integrales y holísticos. Según Virginia Henderson (VH) la función de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación; sin embargo la aplicación de dicho modelo debe tener una relación con el PAE para proporcionar cuidados de manera holística, enfocados en las necesidades alteradas. **Objetivo:** Describir la evidencia científica relacionada con la aplicación del PAE con base al modelo de VH. **Metodología:** revisión sistematizada con metodología integradora, basada en los pasos de la enfermería basada en la evidencia: pregunta clínica (PICOT), descriptores en ciencia de la salud, atención de enfermería, necesidades, Virginia Henderson y proceso de atención de enfermería, en español, inglés y portugués; búsqueda de la evidencia científica en bases de datos (SciELO, LILACS, CUIDEN, PubMed, UNAM), incluyendo artículos en texto completo, publicados del 2013 al 2018; lectura y evaluación crítica con tabla de evidencia; y análisis de contenido a profundidad para integración de la evidencia. **Resultados:** Se encontraron 105 artículos; prevalecieron estudios con nivel de evidencia IV/C. Se identificaron seis dimensiones: necesidades humanas alteradas, instrumento, población, escalas, patología y plan de alta. **Conclusión:** La aplicación del PAE basado en el modelo de VH permite tomar decisiones sobre los cuidados holístico y humanizado dirigidos a los pacientes con enfermedades crónicas y agudas y de diferentes grupos de edad. Sin embargo, se requiere hacer más estudio a través de diseños analíticos y/o experimentales y no solo estudio de caso, estandarizar y validar escalas del grado de dependencia e independencia para poder valorar la adecuada aplicación del PAE.

Palabras clave: atención de enfermería, necesidades, proceso de atención de enfermería.

EXPERIENCIA DE UNA MUJER CARDÍOPATA PORTADORA DE UN DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE SUBCUTÁNEO: UNA HISTORIA DE VIDA.

Mtra. Diana Teniza-Noguez¹, Lic. Benjamín Huerta Robles².

¹Jefe de Enfermeras del servicio de Hemodinámica del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

²Adscrito al servicio de Hemodinámica del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

RESUMEN

Introducción. La miocardiopatía hipertrófica es una de las enfermedades cardiovasculares con una alta incidencia de morbi-mortalidad, no obstante existen dispositivos de estimulación eléctrica que pueden reducir el riesgo de muerte súbita cardíaca. **Objetivo:** Conocer la experiencia que tiene una mujer cardíopata portadora de un desfibrilador automático subcutáneo (DAI-S). **Metodología.** Estudio cualitativo de historia de vida. La participante fue una mujer adulta ("Dalia") portadora de DAI-S, instalado 2 meses previos. Datos recolectados a través de una entrevista semi-estructurada con 5 preguntas centrales hasta alcanzar la saturación teórica. **Análisis de contenido a profundidad** línea a línea que permitió codificar la información en 3 categorías: conocimiento, experiencia de confianza y ansiedad. **Resultados:** Mujer de 36 años de edad, casada con dos hijos pequeños, dedicada al hogar, con estudios de licenciatura. **Categoría conocimiento:** "Tengo una cardiomiopatía hipertrófica ventricular izquierda...que tenía un alto porcentaje de muerte súbita, entonces como prevención me pusieron el dispositivo" (p6), categoría experiencia de confianza: "estoy más tranquila...el tema de la muerte súbita, era algo que...pues siempre me tenía con pendiente de que van a ser ellos, sí, me paso el tiempo sola con ellos y bueno que sigo teniendo la enfermedad pero el dispositivo me da cierta tranquilidad de que tengo tiempo de reaccionar, de hacer algo"(p18); categoría ansiedad: "pues si me genera un poco de ansiedad, ósea como que es extraño porque por un lado me da mucha curiosidad, obvio no quiero que me pase, pero si me da cierta curiosidad cómo sería" (p 23) **Conclusión:** El DAI-S puede ser considerado como una oportunidad de vida que le ha permitido mantener las relaciones personales, familiares, sociales y estilo de vida óptimo; sin embargo, existe la incertidumbre de la presencia de episodios de arritmias que pueden requerir descargas.

Palabras clave: cardiomiopatía hipertrófica, marcapaso artificial, incertidumbre, cardiopatías.

REVISIÓN SISTEMATIZADA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS.

Mtra. Elizabeth Alvarez de la Rosa¹, Mtra. Rebeca Becerril Rocha², EEC. Jaime Castillo Flores³, Lic. Laidy Paloma DonJuan⁴, EEC. Gabriela Michel Flores Barrientos⁵, Mtra. Rocío Mendoza Rosales⁶, Lic. Lucila Rojas Saldaña⁷, EEC. Raquel Ursúa de la Cruz⁸.

¹Jefe de Enfermeras del servicio de Cardiología Adultos A turno nocturno del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

²Supervisora de Enfermeras del servicio de Cardiopediatría del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

³Jefe de Enfermeras del servicio de Terapia Intensiva Postquirúrgica del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

⁴Jefe de Enfermeras del servicio del servicio de Cardiopediatría turno vespertino del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

⁵Jefe de Enfermeras del servicio de Terapia Intensiva Postquirúrgica turno nocturno del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

⁶Jefe de Enfermeras del servicio de Cardiología Adultos A turno nocturno del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

⁷Jefe de Enfermeras del servicio del servicio de Cardiopediatría turno nocturno del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

⁸Jefe de Enfermeras del servicio del servicio de Cardiopediatría turno matutino del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

RESUMEN

Introducción. A nivel mundial las cardiopatías congénitas (CC) han incrementado su prevalencia, teniendo un impacto en la morbi-mortalidad de la población pediátrica. Actualmente, los adelantos científicos y tecnológicos han permitido una mayor supervivencia, donde el papel del profesional de Enfermería ha sido trascendental; no obstante, los cuidados que requieren estos pacientes no siempre se basan en la mejor evidencia clínica disponible por múltiples factores. **Objetivo.** Describir la evidencia publicada sobre los cuidados de Enfermería en pacientes pediátricos con CC. **Metodología.** Se realizó una revisión sistematizada con metodología integradora y enfoque cualitativo y descriptivo. En las base de datos SciELO, CUIDEN, LILACS, PubMed se realizó una búsqueda y selección de las publicaciones relacionadas con la pregunta ¿Cuáles son los cuidados de enfermería en los pacientes con cardiopatías congénitas?, utilizando los descriptores en ciencias de la salud “cuidados de enfermería” “cardiopatías congénitas” en español, inglés y portugués; incluyó artículos científicos, texto completo, publicados de 2011-2015. Datos recolectados con una tabla de evidencia ex profeso. **Análisis de contenido** a profundidad genera categorías y sub-categorías. **Resultados.** Del total de estudios (n=33), prevalecieron aquellos publicados por autores de Brasil (21.8 %), Chile (15.6%), México y Colombia con 12.5% respectivamente. El idioma que más se publica fue el español (71.8 %) e inglés (15.6%). De los estudios, 54.54% eran descriptivos (III/C) y 9.3% revisiones integradoras. **Categorías:** factores de riesgo, defectos congénitos, cuidador primario, proceso de atención de enfermería, tratamiento, rehabilitación y complicaciones. **Conclusión.** La mayoría de los estudios publicados son de enfoque biomédico, publicados en otro país en diferente idioma al español, con un nivel de evidencia y grado de recomendación baja lo que refleja poca producción de estudios hechos por Enfermería en México.

Palabras clave: atención de enfermería, cuidadores, cardiopatías congénitas, enfermería basada en la evidencia.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN UN AGENTE GESTANTE CON MIOCARDIOPATÍA CHAGÁSICA DESDE LA PERSPECTIVA TEÓRICA DE DOROTHEA OREM

Enf. Arely Pérez-García¹, Lic. Jorge Alberto Amaya Aguilar².

¹Pasante de Enfermería adscrita al Departamento de Investigación de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

²Subjefe de Educación e Investigación de Enfermería adscrito al Departamento de Investigación de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

RESUMEN

Introducción: La enfermedad de Chagas es una zoonosis endémica de centro y Sudamérica que genera alteraciones cardíacas, pero si se presenta en mujeres embarazadas se vuelve un tanto complejo el diagnóstico y tratamiento; sin embargo, cuando se detecta oportunamente y se cuidan así mismas, se pueden prevenir abortos, prematuridad en el recién nacido e incluso la muerte del binomio madre-hijo. **Objetivo:** Aplicar el proceso de atención de enfermería (PAE) a una mujer gestante con miocardiopatía Chagásica (MC) desde la perspectiva de la Teoría de Dorothea Orem. **Metodología:** Estudio de caso descriptivo y transversal, basado en el PAE y los supuestos de la teoría de autocuidado (TA); incluyó una mujer gestante tratada con marcapasos por MC. Datos recolectados con instrumento validado de Capacidad de autocuidado y valoración exhaustiva, entrevista semiestructurada y revisión de expediente clínico; diagnósticos elaborados con etiquetas North American Nursing Diagnosis Association y formato Problema, Etiología, Signos y Síntomas; intervenciones basadas en la evidencia; evaluación mediante parámetros clínicos y psicológicos; y un plan de alta. **Resultados:** Se identificaron ocho diagnósticos... Las intervenciones de enfermería permitieron mejorar el autocuidado del agente relacionado con la patología cardíaca, el embarazo, la prevención primaria (educación para la salud y sanitaria en la comunidad), así como un plan de alta para el egreso. El agente tuvo la capacidad de reproducir su propio autocuidado (alta), sin embargo su capacidad de poder fue ligeramente restringida. **Conclusión:** La TA a través del PAE permite ver al agente deliberado ante su autocuidado mediante la satisfacción de requisitos para la regulación funcional y de desarrollo por el propio interés.

Palabras Clave: atención de enfermería, embarazo, miocardiopatía chagásica, autocuidado.

INTERVENCIONES DEL PROFESIONAL DE LA SALUD EN UNA MUJER CON CARDIOPATÍA ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DEL EMBARAZO.

Enf. Arely Pérez-García¹, Mtro. Julio César Cadena Estrada².

¹Pasante de Enfermería adscrita al Departamento de Investigación de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

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

RESUMEN

Introducción: La cardiopatía congénita se presenta en 9 de cada 1,000 nacimientos, de esta población el 90% sobrevive hasta la edad fértil y la mitad son mujeres, es de esperarse que ellas tengan los mismos deseos de un embarazo al igual que sus pares aparentemente sanas; sin embargo, el estrés hemodinámico al que se exponen puede comprometer la salud y la vida materno-fetal, inclusive existe la probabilidad de heredarse la cardiopatía al producto. **Objetivo:** Describir las intervenciones del profesional de la salud en una mujer con cardiopatía antes, durante y después del embarazo. **Metodología:** Revisión sistematizada con metodología integradora. Pasos de la enfermería basada en la evidencia: pregunta clínica con el formato PICOT; descriptores en ciencias de la salud: embarazo y cardiopatías en español, inglés y portugués; búsqueda de la evidencia en bases de datos (Biblioteca UNAM, SciELO, LILACS, PubMed, CUIDEN), incluyó artículos en texto completo, publicados del 1 de enero de 2013 a 6 de abril de 2018; lectura y evaluación crítica con tabla de evidencia; y análisis de contenido a profundidad para la integración de la evidencia. **Resultados preliminares:** se encontraron 109 artículos científicos. Prevalcieron los estudios con nivel de evidencia IV C (observacionales, descriptivos), publicados en Estados Unidos de América en inglés, y principalmente del área médica. Se identificaron 6 dimensiones: consejería genética y sexual, evaluación preconcepcional, enseñanza de autocuidado, manejo de la mujer con cardiopatía en el embarazo, elección de la resolución o tipo de parto, calidad de vida. **Conclusiones:** Un adecuado asesoramiento previo a la concepción, así como cuidados especializados por un equipo multidisciplinario durante el embarazo, parto y puerperio permiten incrementar la esperanza y calidad de vida materno-fetal y el rompimiento de las limitantes de las mujeres que desean la autorrealización mediante la procreación.

Palabras Clave: atención de enfermería, cardiopatía, embarazo, enfermería basada en la evidencia, consejería médica.

ESCALA DE VALORACIÓN DEL DOLOR PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS: UNA REVISIÓN SISTEMATIZADA

Enf. Mayra Susana Alvarado-Guzmán¹, Lic. Jorge Alberto Amaya Aguilar².

¹Pasante de Enfermería adscrita al Departamento de Investigación de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

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

RESUMEN

Introducción: El dolor es considerado el quinto signo vital por su relación que guarda con la estabilidad hemodinámica y psicológica del paciente, en especial si se trata de niños incapaces de expresarse; sin embargo, la valoración con herramientas poco fiables puede influir sobre la toma de decisiones del profesional de salud sobre el cuidado de estos pacientes. **Objetivo:** Describir las escalas de valoración del dolor utilizadas en el paciente pediátrico. **Metodología.** Revisión sistematizada con metodología integradora. Pasos de la enfermería basada en evidencia: pregunta clínica con el formato PICOT; descriptores en ciencias de la salud (pediatría, dimensión del dolor, dolor) en español, inglés y portugués; búsqueda de evidencia en bases de datos (Biblioteca de la UNAM, CUIDEN, LILACS, PubMed y SciELO), incluyó artículos de texto completos, publicados del 1 de enero del 2012 al 12 de marzo de 2018; lectura y evaluación crítica con tabla de evidencia; y análisis de contenido a profundidad. **Resultados:** Se encontraron 51 artículos; prevalecieron los estudios con nivel de evidencia III/C, publicada en países anglosajones en inglés, principalmente del área médica. Se identificaron 5 dimensiones: escalas de valoración de comportamiento y de parámetros clínicos; aplicación en pediátricos según desarrollo cognitivo, verbal y déficit cognitivo; aplicación en áreas de cuidados intensivos neonatales, postquirúrgicas y de emergencias; validación en español y portugués. **Conclusiones:** El conocimiento por parte del profesional de enfermería de las herramientas de valoración del dolor en pediatría es esencial para el desarrollo de intervenciones eficaces y eficientes; sin embargo se requieren desarrollar estudios experimentales que permitan crear, adaptar o validar las escalas reportadas en la evidencia a la población mexicana.

Palabras clave: medición del dolor, dolor, cuidados críticos, niño hospitalizado, enfermería basada en la evidencia.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL ADOLESCENTE POSTOPERADO DE ANEURISMA AÓRTICO Y RECAMBIO VALVULAR: UN ESTUDIO DE CASO

Enf. Mayra Susana Alvarado-Guzmán¹, Mtro. Julio César Cadena-Estrada².

¹Pasante de Enfermería adscrita al Departamento de Investigación de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

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

RESUMEN

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

Palabras clave: atención de enfermería, adolescente, aneurisma de la aorta, reemplazo valvular.

INCERTIDUMBRE DE LOS PACIENTES PORTADORES DE DISPOSITIVOS DE ESTIMULACIÓN CARDIACA IMPLANTABLES Y LA REPERCUSIÓN EN SU CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO.

Enf. José Manuel Torres Martínez¹, Enf. Brayan Yael Olmos Garduño¹.

¹Escuela de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

RESUMEN

Introducción: Los pacientes portadores de Dispositivos de Estimulación Cardíaca Implantables (DECI) incluyendo Marcapaso Cardíaco Permanente (MCP) y Desfibrilador Automático Implantable (DAI) pueden presentar dudas y temores a lo largo de su vida, esto favorece un aumento del grado de incertidumbre y repercute en su capacidad de autocuidado. **Objetivo:** Determinar la relación existente entre incertidumbre y capacidad de autocuidado en los pacientes portadores de DECI. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, prospectivo y transversal en una población de adultos portadores de DECI en un hospital de alta especialidad de la Ciudad de México; se incluyó una muestra de 142 pacientes adultos DECI y se eliminaron pacientes que murieron o quisieron salir del estudio, instrumentos contestados en menos del 90% y pacientes que cambiaron de domicilio. Datos recolectados con self-care agency scale con 24 ítems y escala de respuesta tipo Likert; y para incertidumbre la versión scale uncertainly con 29 ítems con escala tipo Likert, donde a mayor puntuación mayor autocuidado e incertidumbre, respectivamente. **Análisis de datos** con estadística descriptiva y pruebas de Pearson, significancia $p < 0.05$. **Resultados.** Prevalcieron 76 hombres con edad de 54.54 ± 19.8 años; 57% tenían un MCP y 43% un DAI. El 62.7% tenía regular grado de incertidumbre y 32.4% alto grado de incertidumbre; 49.3% buena capacidad de autocuidado y 46.3% regular capacidad. Se observó que a mayor grado de autocuidado menor incertidumbre ($r = -0.205$, $p = 0.014$), inclusive con sus dimensiones de capacidad fuentes de la estructura ($r = -0.287$, $p = 0.00$) y capacidades cognitivas ($r = 0.206$, $p = 0.014$). Además, a menor incertidumbre mejor bienestar personal ($r = 0.242$, $p = 0.004$). **Conclusión.** El equipo de salud debe proporcionar información sobre el autocuidado en los pacientes portadores de DECI para poder así disminuir la incertidumbre favoreciendo su calidad de vida.

Palabras clave: marcapasos artificial, incertidumbre, cardiopatías, estimulación cardíaca artificial, autocuidado.

ANÁLISIS DEL USO DEL CATÉTER PERIFÉRICO EN PACIENTES CARDIÓPATAS EN UNA INSTITUCIÓN DE ALTA ESPECIALIDAD

Mtra. Danae Jiménez Martínez¹, E.E. Gustavo Atescatenco Pineda¹, E.E. Micaela Ordiano Ramírez¹, Mtra. Imelda Flores Montes², Mtra. Mayeli Cervera Rojo¹, Mtra. Jacqueline Ortiz Gapi³.

¹Adscrita al Comité de Control de Infecciones Nosocomiales del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

²Jefe de Enfermeras del Comité de Control de Infecciones Nosocomiales del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

³Jefe de Enfermeras del servicio de Cardiología Adultos A del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

RESUMEN

Introducción. La terapia de infusión intravenosa, utilizada comúnmente en ambientes hospitalarios, dispositivo más frecuente es catéter periférico (CP), procedimiento estandarizado con recomendaciones para prevención de complicaciones. En Instituto Nacional de Cardiología (INC) la permanencia del CP eran 5 días desde 1997, a partir de 2016 cambió a 7 días, tras el seguimiento diario de pacientes con CP a través de vigilancia epidemiológica se observó una variabilidad del uso, mantenimiento y retiro del dispositivo. **Objetivo:** Analizar el uso del CP en pacientes cardiopatas. **Metodología:** Estudio analítico, prospectivo y transversal de $n = 1191$ pacientes con CP hospitalizados, excepto terapia intensiva postquirúrgica. Datos recolectados en instrumento ex profeso, contiene 10 dimensiones: datos demográficos, ubicación catéter, número de punciones, localización, calibre, indicación, tipo de infusión, condiciones diarias, complicaciones y motivo del retiro. Datos analizados con SPSSv17, estadística descriptiva y pruebas ANOVA y χ^2 ; significancia $p < 0.05$. **Resultados:** Prevalcieron masculinos (56.8%), diagnóstico de cardiopatía isquémica (69.1%); indicación del CP fue medicación (53.4%), estudios diagnósticos (46.6%) y el 82% cateterismo cardíaco; CP se retira antes de 72 horas (75.6%). Punciones a la instalación 1-9, duración del CP 0-11 días, media 2.2; se presentan complicaciones en 2.9% siendo 1.6% infiltración, estas se presentan 82.2% antes de 72 horas. Referente al sitio de instalación y calibre 20Ga prevaleció el antebrazo (69.2%) ($\chi^2 = 309.997$, $gl = 12$, $p = 0.000$); se retiró por término de tratamiento con solución salina 94.9% ($\chi^2 = 206.782$, $gl = 30$, $p = 0.000$), principalmente en turno matutino (50.8%; $\chi^2 = 80.906$, $gl = 24$, $p = 0.000$). El número de días de instalación en el antebrazo anterior es mayor a los demás sitios $p < 0.05$, y se instalan a los pacientes con mayor edad; inclusive a mayor edad la causa de retiro es por complicaciones y/o término de tratamiento ($p < 0.05$). **Conclusión.** La capacitación continua y vigilancia de dispositivos fortalece el uso adecuado del CP reflejándose en retiro oportuno para disminución de complicaciones.

Palabras clave: catéteres, cardiopatas, infecciones relacionadas con catéteres, infusiones intravenosas.

EFFECTO DEL RESCATADOR CELULAR INTRAOPERATORIO SOBRE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA HOMÓLOGA EN PACIENTES ADULTOS SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDIACA CON CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA.

Enf. Perf. Yazmin Rivera-San Martín¹, Enf. Perf. Roberto Solís-Carmona², Enf. Perf. María Alejandra Parra-Argudo³, Enf. Perf. Guadalupe Arrieta-Arellano⁴, Mtro. Julio Cesar Cadena-Estrada⁵.

¹Enfermera adscrita al servicio de Perfusión. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

²Enfermero adscrito al servicio de Unidad Coronaria, Hospital Central Sur de Alta Especialidad PEMEX.

³Enfermera adscrita al servicio de Perfusión, Hospital Regional José Carrasco Arteaga (IESS) Cuenca, Ecuador.

⁴Enfermera Jefe de Enfermeras del Servicio de Perfusión. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

⁵Jefe de Departamento de Investigación en Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

RESUMEN

Introducción. El rescate celular de Eritrocitos es la mejor elección para la conservación de hematíes de manera autóloga y con ello minimiza los efectos deletéreos causados por la cirugía cardíaca. **Objetivo.** Analizar el efecto que tiene el rescate celular de eritrocitos intraoperatorio sobre la transfusión homóloga de concentrado eritrocitario en pacientes adultos sometidos a cirugía cardíaca con CEC. **Métodos.** Se realizó un estudio cuantitativo con un diseño descriptivo y transversal de enero de 2015 a diciembre de 2017 de los pacientes sometidos a cirugía cardíaca con CEC y rescatador celular. El análisis de los datos se realizó con el programa SPSS versión 19. **Resultados.** El total de la población estudiada el 75% eran hombres, la edad promedio de los pacientes de estudio fue de 59.89 ± 9.39 años (40-81), previo a la cirugía el 62% de los pacientes eran tratados con anticoagulantes. Considerando diversos factores se observó de acuerdo a la escala de Izaguirre que el 85.2% tenían un riesgo de sangrado habitual y el 14.8% restante un alto riesgo de sangrado. **Conclusiones.** Los pacientes sometidos al procedimiento de rescate celular presentan menor riesgo de exposición a transfusión homóloga principalmente a concentrado eritrocitario, esto no excluye en su totalidad el riesgo que conlleva la utilización de sangre homóloga pero si la disminuye.

Palabras clave: cirugía cardíaca, circulación extracorpórea, conservación de la sangre, transfusión de sangre autóloga, periodo intraoperatorio.

EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CARDIÓPATA: UNA REVISIÓN SISTEMATIZADA CON METODOLOGÍA INTEGRADORA

Mtra. Perla Grande Arellano¹, Lic. Enf. Silvia Hernández Morales², Lic. Enf. Rosa María García Merino³, Lic. Enf. Asunción Luciano Carlos⁴, Lic. Enf. Martha Patricia Carlón Correa⁵.

¹Jefe de Enfermeras del servicio de Cardiología Adultos A turno nocturno del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

²Jefe de Enfermeras del servicio de la Central de Equipos y Esterilización del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

³Jefe de Enfermeras del servicio de Cardiología adultos B del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

⁴Jefe de Enfermeras del servicio del servicio de Terapia Intermedia Postquirúrgica turno vespertino del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

⁵Jefe de Enfermeras del servicio de Terapia Intensiva Postquirúrgica turno nocturno del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

RESUMEN

Introducción. El proceso de atención de enfermería (PAE) requiere el uso de modelos de atención sistematizados y estandarizados que coadyuven en la implementación de estrategias y líneas de acción, el uso de guías, lineamientos y protocolos. **OBJETIVO.** Describir la evidencia publicada sobre el PAE en el paciente cardíopata. **Metodología.** Revisión sistematizada basado en los pasos de la enfermería basada en la evidencia: pregunta clínica ¿Cuál es la evidencia científica publicada sobre el proceso enfermero en el paciente cardíopata?; búsqueda en las bases de datos SciELO, PubMed, CUIDEN, LILACS y Biblioteca de la UNAM con base en descriptores en ciencias de la salud "Proceso enfermero", "Cardiopata", "Cardiopatías" en idioma español, Inglés y portugués. **Datos recolectados** en tablas de evidencia y síntesis. **Análisis de contenido** a profundidad para generar categorías. **Resultados.** Se incluyeron 20 artículos, prevaleciendo estudios desarrollados en México (66.67%), el 75% fueron estudios de caso y 25% revisiones bibliográficas, que corresponden a nivel de evidencia y grado de recomendación IV/C. Aplicación del PAE en pacientes adultos (53%) y pediátricos (47%). Principales instrumentos utilizados fueron la valoración exhaustiva en el 100% y la interrelación taxonómica NANDA, NIC, NOC. Revistas que publican el tópico de interés son de México (65%) y Colombia (15%). Todas las revistas fueron de la disciplina de enfermería. **Conclusiones.** Las publicaciones demuestran que es posible aplicar el PAE en pacientes adultos

y pediátricos, pero existe una brecha entre lo académico y lo clínico ya que en el área hospitalaria las políticas de atención privilegian la productividad y la calidad. La escritura y publicación del conocimiento generado en la práctica clínica debe ir desarrollando evidencia que permita construir una identidad colectiva que de sentido a la formación y practica de enfermería, trascendencia a la aplicación del Proceso Enfermero y apego a las Teorías y Modelos de Enfermería.

Palabras clave: atención de enfermería, proceso de atención de enfermería, enfermería basada en la evidencia, evaluación de necesidades, teoría de enfermería.

FACTORES DE RIESGO PARA DÉFICIT NEUROLÓGICO DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDIACA CON CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA: UNA SERIE DE CASOS

Enf. Perf. Luis Ayala Monsalvo¹, Enf. Perf. Armando Castillo Mejía², Enf. Perf. Rey Salvador López Malpica³, MAHySP. Ma Loreto Solis Suchil⁴, Mtra. Ana María González Pérez⁵, Mtro. Julio César Cadena Estrada⁶.

¹Enfermero Perfusionista adscrito del Instituto Nacional de Pediatría, México.

²Enfermero Perfusionista Jefe de piso del Hospital de Gineco-obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional, México.

³Enfermero Perfusionista adscrito del Hospital Regional de alta Especialidad del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Veracruz, México.

⁴Enfermera Perfusionista Adscrita al Servicio de Perfusion. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México

⁵Coordinadora del Postécnico en Enfermería en Tecnología Extracorpórea, Escuela de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

⁶Jefe de Departamento de Investigación en Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

RESUMEN

Introducción. Los pacientes sometidos a cirugía cardíaca (CC) con circulación extracorpórea (CEC), pueden tener múltiples factores de riesgo para desarrollar alteraciones neurológicas que van desde déficit cognitivo hasta evento cerebrovascular; sin embargo, no se han encontrado estudios contundentes que permitan al equipo multidisciplinario tomar las medidas necesarias que garanticen una protección neurológica adecuada durante la cirugía. **Objetivo.** Describir los factores de riesgo que presentaron los pacientes con cambios en la función neurológica posterior a la CC con CEC. **Material y métodos.** Estudio observacional, retrospectivo y transversal de una serie de casos. Muestra de n=5 pacientes seleccionados por conveniencia, incluyó pacientes adultos y pediátricos que ingresaron a CC con CEC y presentaron cambios en su estado neurológico durante el posoperatorio inmediato. Datos recolectados con cédula ex profeso constituida por 8 apartados: variables sociodemográficas, material y equipo, farmacología neuroprotectora, farmacología anestésica, parámetros hemodinámicos, ventilatorios, hematológicas y concentraciones electrolíticas. **Análisis de datos** con estadística descriptiva. **Resultados.** Prevalcieron las mujeres (60%), la mayoría fue sometido a corrección de una cardiopatía congénita (60%); peso entre 70.60±21.55, talla de 158.60±9.889 y el área de superficie corporal 1.7300±0.27037. El custodiol solo se utilizó en 3 de los 5 casos y el manitol administrado fue 167.00±67.41. La hipotermia mínima fue de 30 °C. El flujo fue de 3200.00±1062.99 y la mediana de la presión arterial fue de 74.00±16.14. El hematocrito con una mediana de 31; la hemoglobina con mediana de 9.4 gr/dl. En la CEC el sodio se mantuvo en 4.02±4.14; la osmolaridad fue de 277 mOsm/l. **Conclusión.** El origen del déficit neurológico es multifactorial donde el equipo quirúrgico (cirujano, anestesiólogo y perfusionista), debe mantenerse en una comunicación efectiva para identificarlos y tratarlos oportunamente.

Palabras clave: cirugía cardíaca, circulación extracorpórea, daño neurológico, perfusión, complicaciones neurológicas, monitorización cerebral.

