

Investigación Clínica

Programa, resúmenes y trabajos libres

**I Congreso Científico Internacional
de Enfermería
III Encuentro Regional de Estudiantes
de Enfermería**

**17, 18 y 19 de octubre de 2018
Maracaibo, Venezuela**

Universidad del Zulia
Facultad de Medicina
Instituto de Investigaciones Clínicas
"Dr. Américo Negrette"
Maracaibo, Venezuela



Investigación Clínica

<https://sites.google.com/site/revistainvestigacionesclinicas>

Revista arbitrada dedicada a estudios humanos, animales y de laboratorio relacionados con la investigación clínica y asuntos conexos.

Publicada trimestralmente por el Instituto de Investigaciones Clínicas “Dr. Américo Negrette”, de la Facultad de Medicina, de la Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela.

Investigación Clínica está indizada en Science Citation Index Expanded (USA), Excerpta Medica/EMBASE y Scopus (Holanda), Tropical Diseases Bulletin y Global Health (UK), Biblioteca Regional de Medicina/BIREME (Brasil), Ulrich’s Periodicals, Journal Citation Reports (USA), Index Copernicus (Polonia), SIIEC Data Bases, Sección Iberoamérica (Argentina) e Infobase Index (India), Redalyc y las bases de datos: SciELO (www.Scielo.org.ve), Reveneyt, LILACS, LIVECS, PERIODICA y web de LUZ: <http://www.produccioncientificaluz.org/revistas>

Américo Negrette †
Editor Fundador (1960-1971)

Editora
Elena Ryder

Slavia Ryder
Editora 1972-1990

Asistente al Editor
Lisbeny Valencia

Comité Editorial (2019-2021)

José Luis Arcaya	Humberto Martínez
Deyseé Almarza	Jesús Mosquera
María Díez-Ewald	Jesús Quintero
Juan Pablo Hernández	Enrique Torres
Yraima Larreal	Nereida Valero
Renata Vargas	

Asesores Científicos Nacionales (2019-2021)

Alberto Aché (Maracay)	José Núñez Troconis (Maracaibo)
Francisco Álvarez (Maracaibo)	Pablo Ortega (Maracaibo)
Naillet Arraiz (Maracaibo)	Mariela Paoli (Mérida)
Mario Borín (Maracaibo)	Lorena Piñerúa (Maracaibo)
Rafael Bonfante Cabarcas (Barquisimeto)	Flor Pujol (Caracas)
Norma Bosch (Caracas)	Zulbey Rivero (Maracaibo)
Virgilio Bosch (Caracas)	Alexis Rodríguez (Caracas)
Rodolfo Devera (Ciudad Bolívar)	Martín Rodríguez (Caracas)
Saúl Dorfman (Maracaibo)	Egídio Romano (Caracas)
Jorge García-Tamayo (Maracaibo)	Arlette Sáez (Caracas)
Maritza Landaeta de Jiménez (Caracas)	Siham Salmen (Mérida)
Jorymar Leal (Maracaibo)	Liseti Solano (Valencia)
Crispín Marín (Maracaibo)	Herbert Stegemann (Caracas)
Diego Martinucci (Maracaibo)	Luis Tellez (Mérida)
Mireya Mendoza (Caracas)	René Utrera (Caracas)
Oscar Noya (Caracas)	Ninoska Viera (Maracaibo)
José Weisinger (Caracas)	

Asesores Científicos Internacionales (2019-2021)

Carlos Aguilar Salinas (México)	Carlos Lorenzo (USA)
Germán Añez (USA)	Juan E. Ludert (Mexico)
Lisbeth Berrueta (USA)	Jesús Luis (España)
Germán Camejo (Suecia)	Valdair Muglia (Brasil)
Peter Chedraui (Ecuador)	Alejandro Oliva (Argentina)
Antonio De Maio (USA)	José Antonio Páramo (España)
José Esparza (USA)	Isela Parra (México)
Francisco Femenia (Argentina)	Joaquín Peña (USA)
Hermes Flórez (USA)	Merce Pineda (España)
Azael Freitas (España)	Edelmiro Regañón (España)
Elvira Garza-González (México)	José Russo (USA)
José María Gutiérrez (Costa Rica)	Rodolfo Valdez (USA)
Tzasna Hernández (México)	Gustavo Vallejo (Colombia)

*Para cualquier otra información dirigir
su correspondencia a:*

Dra. Elena Ryder, Editora
Instituto de Investigaciones Clínicas
"Dr. Américo Negrette"
Facultad de Medicina, Universidad del Zulia
Maracaibo, Venezuela.

Teléfono:

+58-0414-6305451

Correos electrónicos:

elenaryder@gmail.com

riclinicas@gmail.com

Páginas web:

[https://sites.google.com/site/
revistainvestigacionesclinicas](https://sites.google.com/site/revistainvestigacionesclinicas)

[http://www.produccioncientificaulz.
org/revistas](http://www.produccioncientificaulz.org/revistas)

*For any information please address
correspondence to:*

Dr. Elena Ryder, Editor
Instituto de Investigaciones Clínicas
"Dr. Américo Negrette"
Facultad de Medicina, Universidad del Zulia
Maracaibo, Venezuela.

Phone:

+58-0414-6305451

E-mails:

elenaryder@gmail.com

riclinicas@gmail.com

Web pages:

[https://sites.google.com/site/
revistainvestigacionesclinicas](https://sites.google.com/site/revistainvestigacionesclinicas)

[http://www.produccioncientificaulz.
org/revistas](http://www.produccioncientificaulz.org/revistas)



Universidad del Zulia
Publicación auspiciada por el
Vicerrectorado Académico
Serbiluz-CONDES
Corporación Universitaria
REMINGTON, Colombia



© 2019. INVESTIGACIÓN CLÍNICA

© 2019. Instituto de Investigaciones Clínicas

CODEN: ICLIAD

Versión impresa ISSN: 0535-5133

Depósito legal pp 196002ZU37

Versión electrónica ISSN: 2477-9393

Depósito legal ppi 201502ZU4667

Artes finales:

Lisbeny Valencia

lisbenyvalencia@gmail.com

La evaluación y aceptación de los trabajos de este Congreso fue enteramente responsabilidad del Comité organizador del evento.

I Congreso Científico Internacional de Enfermería

III Encuentro Regional de Estudiantes de Enfermería

17, 18 y 19 de octubre de 2018

Programa, Resúmenes y Extensos

**Universidad del Zulia
Maracaibo, Venezuela**



COMITÉ ORGANIZADOR

Dr. Sergio Osorio Morales
Decano Presidente

MgSc. Carmen Zabala
Directora

MgSc. Isabel Agresott
*Presidente del Comité
Organizador*

Lic Leida Rivas
Secretaria

Dra. Eva Mendoza
*Coord. Comisión
de Finanzas*

MgSc. Yasmirys Valdeblanquez
*Coord. Comisión
de Logística*

Esp. Mauricio Fuenmayor
Coord. Comisión de RRPP

MgSc. Ediluz Fuenmayor
Coord. Comisión Científica

Ledo. Edixón Portillo
*Coord. Comisión
Relaciones
Interinstitucionales*

MgSc. Yeny Acevedo
*Coord. del III Encuentro
Nacional Estudiantil*

MgSc. Yeny Acevedo
*Coord. Cursos
Pre-Congreso*

COMITÉ CIENTÍFICO

MgSc. Ediluz Fuenmayor
Coord. Comisión Científica

Esp. Vanessa Belloso
Secretaria Comisión Científica

Profa. Esther Urdaneta
Profa. Milagro Matheus
Profa. Gregoriana Mendoza

Profa. Maira Prieto
Profa. Leida Rivas
Profa. Yeny Acevedo
Profa. Hilda Silva
Profa. Edicta Ferreira
Profa. Juana Benítez
Profa. Ana Gutiérrez
Profa. Cándida Santos
Profa. Beatriz González

CO PATROCINADORES DEL EVENTO

Gobernación del Estado Zulia
División de Estudios para Graduados de la Facultad de Medicina
Facultad de Medicina
Dirección de las Escuelas de Medicina, Bioanálisis y Nutrición y Dietética
Instituto de Investigaciones Clínicas
Instituto de Investigaciones Biológicas
Instituto de Salud Ocupacional y Ambiental
Instituto de Enfermedades Cardiovasculares
Instituto de Investigación Genética
División de Investigación División de Extensión División de Educación Médica

Contenido

Salutación	1
Acto de Instalación	3
Programa	5
Resúmenes	15
Trabajos en extenso.	43
Palabras de cierre del Congreso	128

Salutación

El Dr. Sergio Osorio Morales, Decano Presidente de la Facultad de Medicina y la MgSc Isabel Agresott Presidente del Comité Organizador del I Congreso Científico Internacional de Enfermería y III Encuentro Regional de Estudiantes de Enfermería, les da la más cordial bienvenida a este relevante acontecimiento científico donde asisten predominados conferencistas regionales e internacionales; quienes nos aportaran sus conocimientos y experiencias para contribuir al mejoramiento y actualización profesional del área de la salud.

Nuevamente la Facultad de Medicina y la Escuela de Enfermería amplía sus puertas para participar e intercambiar saberes científicos y técnicos con todos los profesionales de las ciencias de la salud, con sus estudiantes, con sus docentes con la seguridad y el entusiasmo humano que nos caracteriza para hacer posible la realización de este magno evento académico.

Con la seguridad de que los días que estemos cooperando en el programa serán de mucha complacencia y de grandes logros profesionales para todos.

BIENVENIDOS (AS)...
Gracias por su Asistencia.

Acto de Instalación

Palabras de Apertura de la Mgsc Isabel Agresott

Ciudadanos

Dra. Judith Aular de Durán

Vicerrectora Académica de la Universidad del Zulia

Dra. Marlene Primera

Secretaria de la Universidad del Zulia

Dr. Sergio Osorio

Decano de la Facultad de Medicina

MgSc. Hania Salazar

Presidente del Colegio de Profesionales de Enfermería.

Economista Termistocles Cabeza en representación de la Gobernación del Estado Zulia

Profesores y alumnos de la Escuela de Enfermería

Señoras y señores

Hoy es un día que nos invade de felicidad al celebrar los 50 AÑOS DE NUESTRA ESCUELA DE ENFERMERÍA, la misma que comenzó siendo un Departamento en la Facultad de Medicina, hoy la vemos transformado en la Escuela de Enfermería de la Facultad de Medicina, gracias a la visión de la hermana Juana Ortega, que tras su insistencia no descansó hasta ver cómo se abrían las puertas de la Escuela de Enfermería. Dirigida por el Dr. Romero Páez, el cual fue un líder visionario al enviar a preparar con estudios de cuarto nivel en el extranjero a las enfermeras que se encargarían de gerenciar el currículo dicha escuela. Fue así como en el año 1975 Fue designada la MgSc. Francisca Estrada como la primera Directora enfermera de la Escuela Enfermería, hoy Dra. Honoris Causa de la Facultad de Medicina; de esa manera comienza la trayectoria de la Escuela de Enfermería, quien con sus distintas directoras le dieron el impulso para ser la mejor escuela de enfermería a nivel nacional e internacional, desarrollándose en la gestión de la MgSc. Ana González de Uzcátegui el Proyecto UNI (Una nueva iniciativa), el cual pertenecía a la Facultad de Medicina para atender a las comunidades, pero el protagonismo lo lideraba la Escuela de Enfermería a través de su directora, la cual coordinó las actividades con todas las escuelas de la facultad de medicina e incluía también a la Facultad de odontología. Asimismo, en la escuela también se desarrollaron programas de profesionalización que le permitían a las enfermeras graduadas en las escuelas nacionales obtener el título de Licenciada en Enfermería a través del Programa PENSE y a aquellas graduadas en instituciones de nivel medio que obtuvieron el título de Bachiller asistencial se les daba el título de Lic. En Enfermería a través de programa PROFENES. Hoy en día todavía está vigente el Programa PETSE el cual les da el título de Licenciados a los Técnicos Superiores en Enfermería.

Es por eso que el 50 aniversario de la Escuela de Enfermería no podía pasar por alto. Fue así como nació la iniciativa de realizar el I Congreso Científico de la Escuela de Enfermería, en su actual directora, MgSc. Carmen Zabala, quien nos reunió para plantearnos la idea, la cual vimos con asombro y de inmediato nos preguntamos ¿Cómo vamos a hacer esta celebración en medio de la crisis en la

que se encuentra nuestro país? Debo reconocer que fui una de las primeras en ponerse muy pesimista con la idea en el momento, cuando de repente, la directora me nombra a mí para liderar el congreso. Después de varias reuniones se decide hacer el congreso y nos toca plantearse al Decano, Dr. Sergio Osorio, quien nos preguntaba: ¿Ustedes lo pensaron bien? ¿Ya analizaron? Y nos dijo: piénsenlo y me avisan. Luego, en la siguiente reunión con él le reafirmamos que sí estábamos dispuestas a hacer el congreso y nos dijo “Cuenten con mi apoyo incondicional”. Así que Dr. Sergio Osorio, aquí estamos celebrando por todo lo alto los 50 años de nuestra Escuela de Enfermería, gracias por cumplir con su palabra, por ayudarnos a realizar este sueño que veíamos imposible y que gracias a Dios y a su gestión hoy es una realidad, es por ello que la Escuela de Enfermería le estará eternamente agradecida.

Muchas Gracias!

Programa Científico

Salón Urdaneta 17 octubre

MAÑANA

Coordinador: *Profa. Vanessa Beloso.*

Moderadora: *Profa. Ana Gutiérrez*

- 9:00-9:30 CONFERENCIA MAGISTRAL
“Tecnología e innovación para el cuidado humanizado” Esp. Vilma Medina
- 9:30-10:00 “Bioética como plataforma de la gestión moderna” Dra. Eva Mendoza
- 10:00-10:30 “ADN organizacional en Enfermería” MgSc. Isabel Agressott
- 10:30-11:00 REFRIGERIO
- 11:00-11:15 Importancia del consumo de alimentos funcionales en la Prevención de enfermedades cardiovasculares. Prof. Zambrano Dolores Videoconferencia (Ecuador)

- 11:15-11:45 Evaluación dietética en futbolistas profesionales de Maracaibo. Prof. Daniela Paz
- 11:45-12:00 “Trabajo de equipo en promoción de la salud y vigilancia de alimentos saludables en bares escolares. Prof. Sabando Victoria. Videoconferencia (Ecuador)
- 12:00-1:00 ALMUERZO LIBRE

TARDE

Coordinador: *Prof. Everth Oquendo*

Moderadora: *Profa. Daniela Paz*

- 1:00-1:30 “Alimentación en tiempo de crisis” Dra. Hazel Anderson
- 1:30-1:45 “Prevalencia de inactividad física y factores de riesgo cardiometabólicos asociados”
- 1:45-2:15 “Las enfermedades cardiometabólicas en adultos jóvenes de Venezuela, propuesta de política pública”. MgSc. Márquez Hendrik

- 2:15-2:30 “Complicaciones que ocasiona el consumo prolongado de tabaco de mascar en pacientes inmunocomprometidos”
- 2:30-2:45 “Asociación entre óxido nítrico e hipotensión en pacientes de hemodiálisis crónica”
- 2:45-3:00 “Conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de enfermería”
- 3:00-4:00 ACTO DE INSTALACIÓN

Salón Falcón 17 octubre

MAÑANA

Coordinador: Profa. Esther Urdaneta

Moderadora: Profa. Maira Prieto

9:30-9:45 “Enfermería comunitaria ante las vivencias del cuidador informal”

9:45-10:00 “Cuidados espirituales en el duelo”

10:00-10:30 “Humanización del Cuidado a la Embarazada”. Dra. Gregoriana Mendoza

10:30-11:00 REFRIGERO

11:00-11:30 “Rol del profesional de enfermería ante la incertidumbre. Esp Ana Graterol

11:30-11:45 Corporeidad humana como realidad antropocéntrica en los cuidados espirituales en Enfermería.

11:45-12:00 La calidad del Cuidado a partir de la Enfermería. Prof. Lilia Sánchez
Videoconferencia (Ecuador)

TARDE

Coordinador: *Profe. Milagros Baralt*

Moderadora: *Profe. Leyda Rivas*

1:00-1:30 “Microbiota intestinal y su relación con las enfermedades mentales”. MgSc. Cándida Santos

1:30-1:45 “Prevalencia de trastornos del sueño en estudiantes de la escuela de medicina”

1:45-2:00 “Risoterapia como intervención para disminuir el dolor”

2:00-2:15 “Efectos de enfermería comunitaria en la aplicación de un protocolo de cuidado”

2:15-2:30 “Cuidados espirituales ante el afrontamiento psicológico de la depresión”

2:30-2:45 “Cuidados de enfermería ante problemática fundamental del ser humano: la muerte”

2:45-3:00 “Caracterización sociodemográfica de las embarazadas adolescentes con factores de riesgo de hipertensión arterial”. Prof. María Quijije
Videoconferencia (Ecuador)

Salón Sucre 17 octubre

MAÑANA

Coordinador: *Profa. Magaly Toledo*

Moderadora: *Profa. Erika Rojo*

9:30-9:45 “Trabajo de equipo en prevención drogadicción en adolescentes”
Prof. Sabando Victoria Videoconferencia (Ecuador)

9:45-10:00 Estrategias de enfermería para el bienestar físico del adulto mayor.
Prof. Verónica Gavilanes Videoconferencia (Ecuador)

10:00-10:30 “Escuela de Futbol para Padres: Una innovación extensionista de Enfermería. Prof. Yenny Acevedo

10:30-11:00 REFRIGERIO

11:00-11:30 Perfil antropométrico de futbolistas profesionales de Maracaibo

11:30-11:45 Relación de la educación para la salud y el autoconcepto en el consumo de alcohol

11:45-12:00 Epidemiología de las lesiones de futbolistas profesionales de Maracaibo

TARDE

Coordinador: *Profe. Eva Mendoza*

Moderadora: *Profe. Isabel Antúñez*

1:00-1:15 “Estimación de puntos de corte para circunferencia abdominal de acuerdo a la edad en el estudio de la prevalencia del síndrome metabólico”

1:15-1:30 “Conocimiento sobre el virus del papiloma humano en estudiantes de enfermería”

1:30-1:45 “Características del consumo de cigarrillo en los estudiantes de enfermería”

1:45-2:00 “Comportamiento epidemiológico del Visceral Adiposity Index (VAI) en la población adulta”

2:00-2:15 “Prevalencia del consumo de alcohol en estudiantes universitarios”

2:15-2:30 “Conocimiento de la marihuana como uso medicinal según los estudiantes de enfermería”

2:30-2:45 “Validación de instrumentos sobre trastornos del sueño en Estudiantes de medicina”

2:45-3:00 “Importancia de la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos”

Salón Urdaneta 18 octubre

MAÑANA

Coordinador: *Profa. Edicta Ferreira*

Moderadora: *Profa. Juana Benítez*

- | | | | |
|------------|--|-------------|--|
| 8:00-8:30 | Proceso de Atención de Enfermería desde una perspectiva docente. Prof. Everth Oquendo | 10:00-10:30 | Cirugía segura. Prof. Edicta Ferreira |
| 8:30-8:45 | Factores que inciden en la falla del sistema renal de los pacientes de la unidad de hemodiálisis del SAHUM | 10:30-11:00 | REFRIGERIO |
| 8:45-9:00 | Cambios epidemiológicos en la Difteria, enfermedad presuntamente erradicada: incidencia | 11:00-11:15 | Aplicación del lavado de manos en aéreas críticas |
| 9:00-9:30 | Prevención de la sepsis en la unidad de cuidados intensivos (UCI) un tema siempre vigente. Prof. Saraí Villarreal | 11:15-11:30 | Patrones funcionales en paciente con neumoencefalo. A propósito de un caso |
| 9:30-9:45 | Proceso de atención de enfermería a paciente con quemadura por fuego directo. A propósito de un caso | 11:30-12:00 | Teoría de Dorothea Orem y sus implicaciones en el autocuidado de pacientes diabéticos tipo II. Prof. Dolores Mirella Cedeño Holguin Videoconferencia (Ecuador) |
| 9:45-10:00 | Rol docente de los profesionales de enfermería de la UCI del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo | 12:00-1:00 | ALMUERZO LIBRE |

TARDE

Coordinador: *Profa. Hilda Silva.*

Moderadora: *Profa. Mimina de Milito.*

- | | | | |
|-----------|--|-----------|--|
| 1:00-1:30 | Transformación curricular de la Escuela de Enfermería desde un enfoque por competencias. Prof. Milagros Matheus | 1:45-2:30 | Conversatorio: "Trayectoria de la Escuela de Enfermería de LUZ en sus 50 años" Participación de Profesores Jubilados |
| 1:30-1:45 | Cuidar desde la teoría transpersonal de Jean Watson y sus implicaciones en el microcurrículo de la carrera de Enfermería. Prof. María Vera. Videoconferencia (Ecuador) | 2:30-4:00 | ACTO EN CONMEMORACION A JUBILIDAS. |

Salón Falcón 18 octubre

MAÑANA

Coordinador: *Profa. Yoli Mora*

Moderadora: *Profa. Ediluz Fuenmayor*

8:00-12:00 Trabajos de investigación a optar por premio “Juana Ortega”.

12:00-1:00 ALMUERZO LIBRE

Salón Sucre 18 octubre

MAÑANA

Coordinador: *Profe. Edixon Portillo*

Moderadora: *Profa. Carmen Hernández*

8:00-8:30 ¿Por qué borrar lo excepcional? Enfermería vanguardista en la triada silenciosa. Prof. Aragón Yaneth

8:30-8:45 Educación en salud ante el fenómeno del sufrimiento espiritual

8:45-9:00 Relación de la educación para la salud y el autoconcepto en el consumo de alcohol

9:00-9:15 Salud Reproductiva como factor determinante en el embarazo precoz

9:15-9:30 Modelo educativo para prevenir complicaciones de la hipertensión arterial en una comunidad de cárcel Montecristi-Ecuador. Prof. Ángela Pico (Ecuador)

9:30-9:45 Transición demográfica y geriátrica: un envejecimiento saludable. Prof. Lourdes Bello Videoconferencia (Ecuador)

9:45-10:15 La gestión del cuidado de enfermería en el adulto mayor. Prof Lilia Sánchez Videoconferencia (Ecuador)

10:15-10:30 Lenguaje Enfermero Nanda Noc Nic y sus implicaciones en la Gestión del Cuidado. Prof. Vintimilla Jhojana Videoconferencia (Ecuador)

10:30-11:00 REFRIGERIO

11:00-11:30 Cuidados Humanizados dirigidos a las personas con Discapacidad Visual

11:30-12:00 Trabajo de equipo en Prevención sobre alcoholismo, Violencia y embarazo en colegio Juan Montalvo Manta. Prof. Sabando Victoria Videoconferencia (Ecuador)

12:00-1:00 ALMUERZO LIBRE

Salón Urdaneta 19 octubre

MAÑANA

Coordinador: *Profa. Isabel Agressott*

Moderadora: *Profa. María Berríos*

- | | | | |
|------------|---|-------------|--|
| 8:00-8:30 | “Importancia de Las Tics en la investigación”. Dra. Dalia Plata | 10:00-10:30 | “Investigación aplicada en enfermería Vs investigación pura” Dra. Gregoriana Mendoza |
| 8:30-8:45 | “Método Hermenéutico - Dialéctico: elaboración de la episteme en la ciencia de enfermería | 10:30-11:00 | REFRIGERIO |
| 8:45-9:00 | Uso del modelo Hermenéutico-biográfico como herramienta de trabajo | 11:00-11:15 | Método Empírico Analítico generador del conocimiento científico en la Ciencia de Enfermería. |
| 9:00-9:30 | “Investigación en las ciencias de la salud”. Esp. Vanessa Belloso | 11:15-11:30 | Fenomenología: elaboración de la episteme en la ciencia de la Enfermería. |
| 9:30-9:45 | Etnografía investigación Acción: elaboración de la episteme en la ciencia de la Enfermería. | 11:30-11:45 | Método empírico- deductivo: elaboración del conocimiento en la ciencia de enfermería. |
| 9:45-10:00 | Método Empírico-inductivo: elaboración del conocimiento en la ciencia de Enfermería. | 12:00-1:00 | ALMUERZO LIBRE |

TARDE

Coordinador: *Profe. Yenny Acevedo*

Moderadora: *Profe. Carla Pérez*

- | | | | |
|-----------|---|-----------|---|
| 1:00-1:15 | La tecnología en el Proceso de Atención de Enfermería. revisión bibliográfica. Prof. Vintimilla Johana Videoconferencia (Ecuador) | 2:30-3:00 | Características clínico-epidemiológicas de los neonatos hospitalizados en el IVSS Hospital Dr. Adolfo Pons 2017-2018. |
| 1:15-1:45 | Protocolos de actuación ante la extravasación de vías periféricas en neonatos. Prof. Vanessa Belloso | 3:00-3:15 | Comportamiento epidemiológico de las subfracciones de HDL en individuos adultos” |
| 1:45-2:00 | Lenguaje Enfermero Nanda. Aplicación Del NIC y NOC A paciente Con Eclampsia. A Propósito de un Caso | 3:15-3:30 | La inflamación componente común de Parto prematuro, ruptura prematura de membranas ovulares y Preeclampsia. Prof. Guerrero Holger Videoconferencia (cuba) |
| 2:00-2:30 | Bioseguridad: lavado de manos. Esp. Michell Pirela | 3:30 | ACTO DE CLAUSURA |

Salón Falcón 19 octubre

MAÑANA

Coordinador: *Prof. Mauricio Fuenmayor*

Moderadora: *Profa. Nayana Fuenmayor.*

- 8:30-9:00 Atención de enfermería al paciente con enfermedad oncohematológica. Una mirada humanista. Prof. Ana Graterol
- 9:00-9:30 Tendencias de los protocolos en la administración citostático en el marco de la enfermería oncológica. Leda. Maira Álvarez
- 9:30-10:00 Características sociodemográfica y clínica de los pacientes con enfermedad oncohematológica.
- 10:00-10:30 REFRIGERIO
- 10:30-11:00 Enfermería en cuidados paliativos y atención primaria del paciente oncológico. Leda. Yusmarie Vargas

- 11:00-11:30 Caracterización sociodemográfica del paciente con factor de Riesgo para diabetes mellitus tipo 2: revisión bibliográfica. Prof. Miryam Loor Videoconferencia (Ecuador)
- 11:30-12:00 Planificación microcurricular desde las asignaturas teóricas prácticas y su vinculación con las teorizantes de enfermería. Prof. María Vera. Videoconferencia (Ecuador)
- 12:00-1:00 ALMUERZO LIBRE

Salón Sucre 19 octubre

MAÑANA

Coordinador: *Prof. Yaneth Aragón*

Moderadora: *Prof. Milagros Matheus*

- 8:00-8:30 Desarrollo sustentable de enfermería y su relación con la ecología. Dra. Eva Mendoza
- 8:30-8:45 Salud Ambiental: cuidados de enfermería ante los desechos sólidos
- 8:45-9:00 Importancia de la promoción de la salud en los adultos mayores Prof. Mirian Santos Videoconferencia (Ecuador)
- 9:00-9:15 Calidad de vida del adulto mayor
- 9:15-9:30 Envejecimiento desde una perspectiva de Enfermería. Prof. Lourdes Bello Videoconferencia (Ecuador)
- 9:30-9:45 Características físicas del adulto mayor. Prof. Lourdes Bello Videoconferencia (Ecuador)

- 9:45-10:00 Cultura Sorda. Leda. Duilia de Llamarte
- 10:00-10:30 REFRIGERIO
- 10:30-11:00 Programación Neurolingüística y la comunicación de los profesionales de enfermería- Prof. Ediluz Fuenmayor
- 11:00-11:30 Habilidades sociales de los profesionales de enfermería en el contexto comunitario. Prof. Yasmirys Valdeblanquez
- 11:30-12:00 La gerontología y el autocuidado en la actualidad. Prof. Mirian Santos Videoconferencia (Ecuador)
- 12:00-1:00 ALMUERZO LIBRE

Conferencias

Día 17 de Octubre 2018

CONFERENCIA MAGISTRAL “Tecnología e innovación para el cuidado humanizado”

Esp. Vilma Medina

“Bioética como Plataforma de la Gestión Moderna” **Dra. Eva Mendoza**

“ADN organizacional en Enfermería” **MgSc. Isabel Agressott**

“Humanización del Cuidado a la Embarazada”. **Dra. Gregoriana Mendoza**

“Evaluación dietética en futbolistas profesionales de Maracaibo” **Prof. Daniela Paz**

“Alimentación en tiempo de crisis” **Dra. Hazel Anderson**

“Las enfermedades cardiometabólicas en adultos jóvenes de Venezuela, propuesta de política pública”. **MgSc. Márquez Hendrik**

“Rol del profesional de enfermería ante la incertidumbre. **Esp Ana Graterol**

“Microbiota intestinal y su relación con las enfermedades mentales”. **MgSc. Cándida Santos**

Escuela de Fútbol para Padres: Una innovación extensionista de Enfermería.

Prof. Yenny Acevedo

Día 18 de Octubre 2018

Proceso de Atención de Enfermería desde una perspectiva docente. **Prof. Everth Oquendo**

Prevención de la sepsis en la unidad de cuidados intensivos (UCI) un tema siempre vigente.

Prof. Sarai Villarreal

Cirugía segura. **Prof. Edicta Fereira**

Transformación curricular de la Escuela de Enfermería desde un enfoque por competencias.

Prof. Milagros Matheus

Por qué borrar lo excepcional? Enfermería vanguardista en la triada silenciosa.

Prof. Aragón Yaneth

Día 19 de Octubre 2018

“Importancia de Las Tics en la investigación”. **Dra. Dalia Plata**

“Investigación en las ciencias de la salud”. **Esp. Vanessa Belloso**

“Investigación aplicada en enfermería Vs investigación pura” **Dra. Gregoriana Mendoza**

Protocolos de actuación ante la extravasación de vías periféricas en neonatos.

Prof. Vanessa Belloso

Bioseguridad: lavado de manos. **Esp. Michell Pirela**

Tendencias de los protocolos en la administración citostático en el marco de la enfermería oncológica. **Leda. Maira Álvarez**

Desarrollo sustentable de enfermería y su relación con la ecología. **Dra. Eva Mendoza**

Programación Neurolingüística y la comunicación de los profesionales de enfermería

Prof. Ediluz Fuenmayor

Habilidades sociales de los profesionales de enfermería en el contexto comunitario.

Prof. Yasmirys Valdeblanquez

Video Conferencias Internacionales Día 17 de Octubre 2018

Importancia del consumo de alimentos funcionales en la Prevención de enfermedades cardiovasculares. **Prof. Zambrano Dolores**
Trabajo de equipo en promoción de la salud y vigilancia de alimentos saludables en bares escolares. **Prof. Sabando Victoria**
La calidad del Cuidado a partir de la Enfermería. **Prof. Lilia Sánchez**
Caracterización sociodemográfica de las embarazadas Adolescentes con factores de riesgo de hipertensión arterial. **Prof. María Quijije**
Trabajo de equipo en prevención drogadicción en adolescentes. **Prof. Sabando Victoria**
Estrategias de enfermería para el bienestar físico del adulto mayor. **Prof. Verónica Gavilanes**

Día 18 de Octubre 2018

Cuidados de enfermería en la prevención del deterioro cognitivo del adulto mayor. **Prof. Lucas Mercedes**
Cuidar desde la teoría transpersonal de Jean Watson y sus implicaciones en el microcurrículo de la carrera de Enfermería. **Prof. María Vera**
Modelo educativo para prevenir complicaciones de la hipertensión arterial en una comunidad de cárcel Montecristi-Ecuador. **Prof. Ángela Pico**
Transición demográfica y geriátrica: un envejecimiento saludable. **Prof. Lourdes Bello**
La gestión del cuidado de enfermería en el adulto mayor. **Prof. Lilia Sánchez**
Lenguaje Enfermero NANDA NOC NIC y sus implicaciones en la Gestión del Cuidado. **Prof. Vintimilla Jhojana**
Trabajo de equipo en Prevención sobre alcoholismo, Violencia y embarazo en colegio Juan Montalvo Manta. **Prof. Sabando Victoria**

Día 19 de Octubre 2018

La tecnología en el Proceso de Atención de Enfermería. Revisión bibliográfica. **Prof. Vintimilla Jhojana**
Caracterización sociodemográfica del paciente con factor de Riesgo para diabetes mellitus tipo 2: revisión bibliográfica. **Prof. Miryam Loor**
Planificación microcurricular desde las asignaturas teóricas prácticas y su vinculación con las teorizantes de enfermería. **Prof. María Vera.**
Importancia de la promoción de la salud en los adultos mayores **Prof. Mirian Santos**
Envejecimiento desde una perspectiva de Enfermería. **Prof. Lourdes Bello**
Características físicas del adulto mayor. **Prof. Lourdes Bello**
La gerontología y el autocuidado en la actualidad. **Prof. Mirian Santos**

Investigaciones optando para el premio Juana Ortega (18 octubre 2018)

1. Cuidados Espirituales dirigidos a la persona con Discapacidad Motora
Investigadora Principal **Especialista Vanessa Belloso**
2. Programa Educativo: Cuidados de Heridas Operatorias Abdominales y Prevención de Infección del Sitio Quirúrgico
Investigadora Principal **Especialista Ana Graterol**

3. Relación del Programa de Prevención de Quemaduras y su Incidencia en el Hogar.

Investigadora Principal **Dra. Eva Mendoza**

4.-Promoción del Acompañamiento (Cuidados Espirituales) ante la Persona Humana de Tercera Edad

Investigadora Principal **Dra. Gregoriana Mendoza**

5.-Planes de Cuidado Estandarizado en Pediatría.

Investigadora Responsable **MgSc Yeny Acevedo**

Premio Juana Ortega

Promoción del Acompañamiento (Cuidados Espirituales) ante la Persona Humana de Tercera Edad

Investigadora Principal **Dra. Gregoriana Mendoza**

Resúmenes

COMPLICACIONES QUE OCASIONA EL CONSUMO PROLONGADO DE TABACO DE MASCAR EN PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS. REVISIÓN SISTÉMICA.

Juan Morales

Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia, Maracaibo; Venezuela. Unidad de Autodesarrollo de la Facultad de Medicina-LUZ. Maracaibo, Venezuela.
juan_15_morales@hotmail.com

El tabaco de mascar (Chimó) es una pasta blanda negruzca, derivada de hojas de tabaco natural y otros ingredientes, fabricación artesanal en los estados andinos de Venezuela, el consumo aumenta en los jóvenes de sexo masculino. El objetivo fue determinar las complicaciones que ocasiona el consumo prolongado de tabaco de mascar en pacientes inmunocomprometidos. Para ello se realizó una investigación descriptiva, diseño documental, revisión sistemática de la fuente de base de dato electrónica: Scielo. El Chimó es un preparado con diferentes componentes que son triturados y hervidos, el cual se convierte en un producto concentrado colocado en envases naturales o latas pequeñas. El consumo prolongado de chimó en pacientes inmunocomprometidos puede ocasionar micosis oportunistas, por la presencia de patógenos de origen fúngico saprofitos de ambiente como: *Aspergillus* que puede producir alteración en el sistema inmune, además de ocasionar intoxicaciones debido a la producción de metabolitos altamente tóxicos, capaces de ocasionar lesiones hepáticas y renales. Asimismo, el chimó produce cambios en el flujo salival de los consumidores por estímulo de las glándulas salivales; con un incremento en su actividad. También, causan a nivel de la mucosa oral daño tisular por las alte-

raciones en la microflora oral, favoreciendo la colonización de algunos patógenos orales capaces de generar infecciones periodontales severas (Gingivitis o Periodontitis). Por consiguiente, los pacientes con SIDA, linfomas, cáncer, neutropenia deben evitar uso de chimó debido a la presencia de patógenos oportunistas que pueden ocasionar complicaciones. Se recomienda advertir al paciente sobre el riesgo que conlleva el consumo de chimó.

Palabras clave: Tabaco de mascar, Chimó, Inmunocomprometidos.

ASOCIACIÓN ENTRE ÓXIDO NÍTRICO E HIPOTENSIÓN EN PACIENTES DE HEMODIÁLISIS CRÓNICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MARACAIBO.

Anderson Silva¹, Manuel Nava², Rubén Carrasquero², Marlon Villasmil², Víctor Lameda², Valeria Gallo², Wheeler Torres²

¹Servicio de Nefrología, Hospital Universitario de Maracaibo-Venezuela.

²Centro de Investigaciones Endocrino-Metabólicas, Facultad de Medicina, Escuela de Medicina, Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.
manuelnava_14@hotmail.com

La Hipotensión es la manifestación clínica más frecuente de inestabilidad hemodinámica durante el procedimiento de Hemodiálisis (HD). El origen de este trastorno hemodinámico es multifactorial, sin embargo, recientemente se ha planteado que el Óxido Nítrico (ON) juega un rol determinante, dado a que se ha demostrado que los niveles séricos se incrementan significativamente durante el proceso de HD, por

ello el objetivo de esta investigación fue determinar la asociación entre los niveles séricos de ON e hipotensión durante HD crónica en pacientes de la Unidad de HD del Hospital Universitario de Maracaibo. Para ello se realizó un estudio no experimental, de campo, descriptivo y transversal, que incluyó 10 individuos con antecedente de hipotensión en HD y 10 paciente controles, a los cuales se les determinó la concentración sérica de ON pre-diálisis durante el episodio hipotensivo al grupo caso, mientras que la medición al grupo control se efectuó al minuto 107 intradiálisis. La media de edad de la población estudiada fue $49,15 \pm 16,88$ años. No se encontraron diferencias entre las medias de PAS, PAD Y PAM prediálisis de los grupos estudiados, más si existieron diferencias intradiálisis. Asimismo se observaron diferencias significativas entre la media de ON intradiálisis de controles y casos ($24,80 \pm 3,35 \mu\text{M}$ vs $31,89 \pm 4,06 \mu\text{M}$ respectivamente, $p=0,0445$), mas no se encontraron diferencias en los valores prediálisis ($27,30 \pm 5,50 \mu\text{M}$ vs $29,70 \pm 9,44 \mu\text{M}$, respectivamente; $p=0,496$). Se concluyó que los individuos hipotensos poseen niveles de ON significativamente mayores durante un episodio hipotensivo, con respecto a los controles.

Palabras clave: Hipotensión, Hemodiálisis, Óxido Nítrico.

COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LAS SUBFRACCIONES DE HDL EN INDIVIDUOS ADULTOS DEL MUNICIPIO MARACAIBO.

*Ángel Ortega, Heliana Parra,
Carla Navarro, Marlon Villasmil,
María Suárez, Sergia Linares,
Wheeler Torres, Valmore Bermúdez*

Centro de Investigaciones Endocrino –
Metabólicas “Dr. Félix Gómez”
Facultad de Medicina.
Universidad del Zulia
Angelort94@gmail.com

Las implicaciones fisiopatológicas y clínicas de las HDL³ y HDL² en el riesgo cardiovascular es aún incierta, por lo que el objetivo de este

trabajo fue evaluar el comportamiento epidemiológico de las subfracciones de HDL en individuos adultos del municipio Maracaibo. Se realizó un estudio descriptivo, transversal, aleatorio, multietápico en 359 individuos de ambos sexos, mayores de 18 años, a los cuales se les determinó la concentración sérica de HDL³ y HDL². Las variables cuantitativas fueron expresadas mediante Media \pm DE y las diferencias estadísticas fueron evaluadas a través de la prueba T-student y ANOVA de un Factor. La edad media de la población fue $39,39 \pm 15,20$ años, donde 51,53% % pertenecían al sexo femenino y 48,47% al sexo masculino. Se observó que las mujeres con HDL-C bajas e hipertriacilgliceridemia mostraron concentraciones séricas de HDL³ y HDL² significativamente menores con respecto a aquellas con TAG normales ($p < 0,001$). Hallazgos similares fueron encontrados en aquellas mujeres con HDL-Bajas y PCR-us elevada, donde una concentración menor de HDL³ y relación HDL²/HDL³ menor prevaleció, con respecto a su contraparte sana ($p < 0,001$). En individuos del sexo masculinos con HDL-C Bajas y circunferencia abdominal elevada o HTA presentaron una concentración significativamente menor de HDL² ($p < 0,05$), mientras que en aquellos con PCR-us elevada mostraron una menor concentración de HDL³ ($p < 0,001$). Estas diferencias no se observaron en pacientes con HDL normales. Se demostró que en el sexo femenino tanto masculino la inflamación de bajo grado, determinada a través de PCR-us, está relacionada con una menor concentración de HDL³.

Palabras clave: HDL³, HDL², Factores de Riesgo, Inflamación de Bajo Grado.

COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DEL VISCERAL ADIPOSIY INDEX (VAI) EN LA POBLACIÓN ADULTA DEL MUNICIPIO MARACAIBO, VENEZUELA.

*Heliana Parra, Rubén Carrasquero,
Eliaana Luzardo, Valeria Gallo, Paola Ramírez,
Wheeler Torres, Bermúdez Valmore*

Centro de Investigaciones
Endocrino-Metabólicas, Facultad de
Medicina, Escuela de Medicina,
Universidad del Zulia,
Maracaibo-Venezuela.
helianapp20@hotmail.com

La obesidad es el exceso de grasa corporal. “Visceral Adiposity Index” (VAI) representa un índice basado en parámetros antropométricos y metabólicos que se ha correlacionado con el desarrollo de eventos cardiovasculares. El estudio busca evaluar el comportamiento epidemiológico de acuerdo al punto de corte establecido para la población adulta del municipio Maracaibo. Estudio descriptivo y transversal, realizado en 2026 individuos de ambos sexos, mayores de 18 años. Se realizó el cálculo del VAI según sexo utilizando los niveles de triacilglicéridos y HDL-C séricos, circunferencia abdominal e IMC. La variable VAI se evaluó de acuerdo al punto de corte e insulinoresistencia según el punto de corte para HOMAIR-2. Los resultados fueron expresados en frecuencias absolutas y relativas, se aplicó la prueba Z de proporciones y la prueba χ^2 (Chi cuadrado) para el análisis de estas últimas. En la población general 898 (44,3%) individuos presentaron $VAI \geq 1,9$. El punto de corte para VAI en la población general se asoció a grupos etarios; ($\chi^2=187,086$; $p<0,0001$), estatus educativo ($\chi^2=52,953$; $p<0,0001$), estatus socioeconómico ($\chi^2=12,305$; $p=0,002$), estado civil ($\chi^2=69,541$; $p<0,0001$), hábito tabáquico ($\chi^2=34,845$; $p<0,0001$) y actividad física de ocio ($\chi^2=22,927$, $p<0,0001$). Comportamiento similar mostrado cuando se evaluó el punto de corte para VAI en individuos no insulinoresistentes e insulinoresistentes, evidenciando una asociación significativa de acuerdo a grupos etarios, estatus educativo, estado civil, hábito tabáquico y actividad física de ocio. El punto de cor-

te establecido para VAI en la población adulta se asocia a variables sociodemográficas y psicobiológicas en la población general y en individuos sin insulinoresistencia e insulinoresistentes, pertenecientes al municipio Maracaibo.

Palabras clave: Obesidad, Visceral Adiposity Index, Insulinoresistencia.

PREVALENCIA DE TRASTORNOS DEL SUEÑO EN ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL ZULIA: PRIMEROS RESULTADOS DEL MUESTRO PILOTO.

*Valery Morillo, Ana Castro, Jorge Fuenmayor,
Carla Navarro, Jordan Bautista,
Wheeler Torres, Valmore Bermúdez*

Centro de Investigaciones Endocrino
Metabólicas “Dr. Félix Gómez”.
Universidad del Zulia,
Maracaibo-Venezuela.
valeryymb@hotmail.com

El objetivo fue determinar la prevalencia de los trastornos del sueño (TS) y su impacto en el rendimiento académico en estudiantes de medicina de la Universidad del Zulia. Estudio descriptivo, transversal con muestreo no aleatorio 146 estudiantes de medicina de ambos sexos mayores de 18 años. El diagnóstico TS se realizó por los cuestionarios autoaplicados SLEEP-50, Calidad de Sueño de Pittsburgh y Somnolencia Excesiva Diurna (SED) de Epworth. Dentro de los resultados se observó la prevalencia de los TS de 53,6% en primer año, 48,4% en segundo, 53,3% en tercer año, 39,1% en cuarto año y 70,6% en quinto y sexto Año 70,6% ($\chi^2=6,2$; $p=0,1$). Con respecto a la Somnolencia Excesiva Diurna se encontró una asociación estadísticamente significativa con los años de carrera ($\chi^2=10,47$; $p=0,03$), aumentando su prevalencia del 25% en primer año al 64,7% en quinto y sexto año. El 84,2% de los estudiantes tuvo mala calidad del sueño, sin observarse diferencias según el sexo ($\chi^2=0,01$; $p=0,9$) y los años de carrera ($\chi^2=1,97$; $p=0,7$). Los estudiantes con mala calidad de sueño tuvieron mayor proporción de algún TS comparados aquellos sin estos

trastornos (60,2% vs 21,7%; $p < 0,05$). No hubo diferencias significativas entre las mediana de notas entre aquellos con algún TS en los respectivos años. Se encontró una alta prevalencia de TS, SED y mala calidad del sueño en los estudiantes de la escuela de medicina de la Universidad del Zulia, por lo que deben realizarse más estudios para determinar su verdadero impacto en el desempeño académico de los mismos.

Palabras clave: Trastornos del sueño, somnolencia excesiva diurna, calidad del sueño.

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS SOBRE TRASTORNOS DEL SUEÑO EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL ZULIA.

Ana Castro, Alexander Manzano, Jordan Bautista, María Suárez, Alberto Landaeta, Wheeler Torres, Valmore Bermúdez

Centro de Investigaciones Endocrino – Metabólicas “Dr. Félix Gómez”
Facultad de Medicina.
Universidad del Zulia
anavaleriacastro@hotmail.com

Los trastornos del sueño son una variedad de condiciones que alteran la calidad, cantidad y horario del sueño, que afecta el desenvolvimiento normal del individuo. El objetivo fue evaluar la confiabilidad y validez de los cuestionarios SLEEP-50, calidad de sueño de Pittsburgh (CSP), higiene del sueño (HS) y de la escala de somnolencia excesiva diurna de Epworth (ESE) en estudiantes de medicina de la Universidad del Zulia. Estudio de campo, transversal en 146 estudiantes de primer a sexto año de medicina, muestreo no aleatorio, a quienes se les aplicó el cuestionario SLEEP-50, una adaptación del cuestionario de calidad de sueño de Pittsburgh, de la Escala de somnolencia excesiva diurna de Epworth, y un nuevo cuestionario de Higiene del Sueño (HDS) diseñado por los autores. Se utilizó el alfa de Cronbach para evaluar consistencia interna y se realizó un análisis factorial confirmatorio para la validez de constructo. El SLEEP-50 mostro confiabilidad ($\alpha = 0,85$) agrupándose en un total de 7 factores, mientras que

la ESE presento una consistencia interna ($\alpha = 0,73$) para un solo factor. Los cuestionarios de CSP e HS mostraron una confiabilidad aceptable ($\alpha = 0,68$ y $\alpha = 0,60$, respectivamente) con un total de dos factores para el primero y de cuatro factores para el segundo. En conclusión, la traducción al español del SLEEP-50, la adaptación de los cuestionarios CSP, ESE, y el nuevo cuestionario de HDS, muestran propiedades psicométricas que hacen de ellos unos instrumentos confiables para la evaluación de los trastornos del sueño y sus implicaciones en los estudiantes de medicina.

Palabras clave: Trastornos del sueño, instrumentos de validación, estudiantes de medicina.

IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES HIPERTENSOS

Isabella Espinosa, Daniela Lobo, Stefany Paz, Vanessa Belloso

Escuela de Enfermería, Cátedra metodología estadística, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela.
isabellaespinosa0209@gmail.com

La adherencia terapéutica es la conducta humana que expresa el grado de cuidado que tiene cada individuo para mantener su salud, a nivel mundial la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos se ha convertido en un problema de gran importancia, considerando que este hábito puede significar un factor de riesgo para los problemas de salud. El objetivo fue analizar la importancia de la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos. La metodología fue descriptiva de campo con un diseño no experimental utilizando un muestreo probabilístico aleatorio simple. La población fue de treinta (30) pacientes que asistieron el día 23/07/18 a la consulta de cardiología en el Instituto Enfermedades Cardiovasculares de la Universidad del Zulia. La muestra fue de doce (12) que representa el 40% de la población. Como método para la recolección de datos se utilizó un instrumento tipo cuestionario con 5 opciones de res-

puesta, elaborado por Martin Bayarre Grau 2008. Resultados: el 58,33% casi siempre toma los medicamentos indicados, el 50% casi siempre toma las dosis indicadas, el 41,66% nunca cumple las indicaciones relacionadas con la dieta, el 50% casi nunca realiza los ejercicios indicados, el 58,33% casi siempre asiste a las consultas de seguimientos programadas. Conclusiones: se observó dificultades en el cumplimiento de las indicaciones médicas ya que un bajo porcentaje de los pacientes se adhiere de forma total al tratamiento.

Palabras clave: adherencia, terapéutica, tratamiento, hipertensos.

HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO A LA EMBARAZADA.

Gregoriana Mendoza

Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia.
Maracaibo, Estado Zulia, República Bolivariana de Venezuela
gregoriana4333@gmail.com

En la naturaleza humana se conjuga lo biológico, lo psicológico, lo social, lo espiritual y lo ecológico; el ser humano es por antonomasia un ser humano; qué significa humanizar al ser humano, humanizar el cuidado a la embarazada ¿Acaso la usuaria pierde en algún momento su naturaleza humana por embarazarse? El objetivo del estudio es concienciar la humanización del cuidado a la embarazada. Metodología: enfoque pospositivista, método hermenéutico-dialéctico, entrevista dialógica. Análisis descriptivo: emergió las categorías: hacerse familiar, afable, prácticos: “no dejamos de ser personas, ni nosotros, ni los usuarios”, pero “nos volvemos pragmáticos con más de 6 horas de trabajo diario”. Análisis Concluyente: Las ciencias de la salud los trabajadores no dejan de ser humanos, ni dejan de ser persona humana, pero han perdido su sensibilidad a la belleza, a la estética al sentido de la vida, al valor del trabajo; se da más importancia a la cantidad de usuarias en las consultas, a los resultados de exámenes y eco gramas que a las palabras, la faz de las gravídicas o las vivencias del desarrollo y curso del embarazo; se olvida, la ternura, la transcendencia, la donación y la sen-

sibilidad ante la vida y el sufrimiento ajeno durante la prestación del servicio de salud. Los trabajadores de la salud viven en su día a día en las fases de negación, ira y depresión (fases afrontamiento psicológico). Promover el Programa Cuidar al cuidador formal brindando herramientas sobre el tiempo de relaciones interpersonales.

Palabras clave: cuidados, humanización, embarazadas, Enfermería.

PROMOCIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO (CUIDADOS ESPIRITUALES) ANTE LA PERSONA HUMANA DE TERCERA EDAD.

Gregoriana Mendoza¹, Vanessa Beloso^{1,2}, Ana Graterol³, Eva Mendoza¹

¹Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia,

²Hospital Adolfo Pons,

³Hospital Coromoto. Maracaibo, Estado Zulia, República Bolivariana de Venezuela.
gregoriana4333@gmail.com

La cosmogonía del envejecimiento en mundo postmoderno secularizado es la anulación de la persona humana. El secularismo propone en la conciencia vivir solo para sí en inmanencia, con desdibujo de la trascendencia; lo primordial e importante el ser joven, útil y productivo. El propósito fue analizar la promoción del acompañamiento (Cuidados Espirituales) ante la persona humana de tercera edad. Metodología paradigma cualitativo - método fenomenológico que busca la conciencia el mundo vivido, las creencias, las actitudes ante el envejecimiento Técnicas de recolección de la información la observación indirecta entrevista semiestructura, grabación y videos; el instrumento fue entrevista dialógica, informantes clave fueron 60 personas humanas de 55 a 90 años. Interpretación por los métodos hermenéutico dialéctico y fenomenológico. Análisis descriptivo en un primer momento emergieron las categorías: “soledad”, “días largos en casa”, “sueño con el reencuentro con mis hijos y nietos que se fueron del país”, “abandono”, “situación difícil estreñante y limitante en los últimos años de la vida”. Análisis descriptivo en un segundo momento surgieron las categorías: “reconocimien-

to”, volver a leer la vida, “dar sentido a la existencia, “libérame de la culpa” “reconciliación”, “trascendencia-felicidad”. Análisis concluyente: el acompañamiento cuidados espirituales son unas estrategias educativas en salud para la persona humana de tercera edad; brinda en las visitas la oportunidad de expresar la conciencia ser-ahí en la vejez, promueve al ser-con la familia, la comunidad y la sociedad. Mientras aumente la expectativa de la vida se necesitará más el acompañamiento de Enfermería a la persona humana de tercera edad.

Palabras clave: acompañamiento, cuidados espirituales, persona humana.

ESTIMACIÓN DE PUNTOS DE CORTE PARA CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL DE ACUERDO A LA EDAD EN EL ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN LA CIUDAD DE MARACAIBO.

Jorge Fuenmayor, Ángel Ortega, Valery Morillo, Eliana Luzardo, Alberto Landaeta, Wheele Torres, Valmore Bermúdez

Centro de Investigaciones
Endocrino-Metabólicas, Facultad de
Medicina, Escuela de Medicina,
Universidad del Zulia,
Maracaibo-Venezuela.
jorgefnmyr@gmail.com

La obesidad se define como la acumulación de grasa corporal disfuncional. Así mismo, la edad representa un factor determinante en la acumulación de grasa debido a que el envejecimiento constituye cambios en su distribución, composición y funcionalidad, lo cual aumenta el riesgo cardiometabólico. El objetivo de este trabajo fue determinar puntos de corte para circunferencia abdominal de acuerdo a la edad en la población adulta del municipio Maracaibo, Venezuela. Se realizó un estudio descriptivo y transversal en 1902 individuos de ambos sexos, mayores de 18 años. Se categorizó la muestra en 6 fenotipos metabólicos. Así mismo, se construyeron curvas COR para cada grupo etario y sexo, utili-

zando los fenotipos metabólicos. Las variables cuantitativas fueron expresadas mediante Media \pm DE y las diferencias estadísticas fueron evaluadas a través de la prueba T-student y ANOVA de un Factor. Las variables cualitativas fueron expresadas como frecuencias absolutas y relativas, se aplicó la prueba Z de proporciones y la prueba χ^2 . Del total de individuos evaluados, el 52,2% (n=992) perteneció al sexo femenino y 47,8% al sexo masculino. Puntos de cortes obtenidos para el grupo etario <30 fueron, mujeres 90cm (sensibilidad=96,8%, especificidad=97,7%) y hombres 93cm (sensibilidad=100%, especificidad=99,2%); 30-49 años, mujeres 93cm (sensibilidad=93,7%, especificidad=97,1%) y hombres 94cm (sensibilidad=97,3%, especificidad=100%); >50 años, mujeres 93cm (sensibilidad=91,8%, especificidad=86,7%) y hombres 100cm (sensibilidad=100%, especificidad=100%). Se propone el uso de puntos de cortes específicos de circunferencia abdominal por grupos etarios para evaluar la obesidad abdominal en la ciudad de Maracaibo.

Palabras clave: obesidad, circunferencia abdominal, riesgo cardio.

PREVALENCIA DE INACTIVIDAD FÍSICA Y FACTORES DE RIESGO CARDIOMETABÓLICOS ASOCIADOS: ESTUDIO TRANSVERSAL EN LA CIUDAD DE MARACAIBO.

Alexander Manzano, Manuel Nava, Víctor Lameda, Jim Palmar, Paola Ramírez, Wheele Torres, Valmore Bermúdez

Centro de Investigaciones
Endocrino-Metabólica “Dr. Félix Gómez”.
Escuela de Medicina, Facultad Medicina.
Universidad del Zulia.
Maracaibo – Venezuela.
amanzano_8@hotmail.com

La inactividad física representa un problema de salud pública responsable de 5 millones de muertes en el mundo, relacionada a riesgo de enfermedades cardiovasculares. El objetivo fue determinar la prevalencia de inactividad física y su asociación con factores de riesgo cardiometabólico. Estudio descriptivo, transversal, mues-

treo aleatorio, incluyó 2230 individuos adultos de ambos sexos. Para evaluar la actividad física se aplicó IPAQ-LF (International Physical Activity Questionnaire – Long Form), se definió de forma general y por dominios al individuo inactivo como aquellos con <600 MET-minutos/semana. Las variables se expresaron en frecuencias absolutas y relativas, se realizó el Chi-cuadrado y prueba Z, se efectuaron modelos de regresión logística múltiple para los factores de riesgos. Se obtuvo una mayor prevalencia de individuos inactivos en las esferas de trabajo (79,9%), transporte (80,3%) y ocio (76,8%), significativamente mayor en mujeres. Se observó una tendencia ascendente en la prevalencia de individuos con alteración del estado glicémico a medida que se suman los dominios inactivos ($\chi^2 = 19,476$; $p = 0,013$). El análisis multivariante de inactividad por dominios demostró un riesgo elevado principalmente para ocio en el grupo etario mayor (OR: 1,93; IC:1,38-2,71); transporte en el estado de obesidad (OR: 1,53; IC:1,08-2,16); trabajo en el nivel educativo de secundaria (OR: 5,65; IC:1,28-24,97) y hogar en el IV estrato socioeconómico (OR: 3,40; IC:1,43-8,07), siendo este último comportamiento similar para inactividad general (OR: 3,84; IC:1,59-9,28). Existe una elevada prevalencia de inactividad en la población y se requiere estrategias de salud pública para los factores de riesgo por dominios de actividad física.

Palabras clave: inactividad física, factores de riesgo, enfermedad cardiovascular.

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS ESTUDIANTES DEL SEGUNDO SEMESTRE DE ENFERMERÍA SOBRE LA RISOTERAPIA COMO INTERVENCIÓN PARA DISMINUIR EL DOLOR.

*Silmary Ramos, María Briceño,
Evilacio López, Cinthya Torrealba,
Vanessa Belloso*

Escuela de Enfermería, Facultad de
Medicina, Universidad del Zulia
Silmaryr_13@hotmail.com

La risa es un don para expresar alegría o felicidad y también puede ser beneficioso para la

salud. El objetivo fue determinar el nivel de conocimiento de los estudiantes de enfermería sobre la risoterapia como intervención para disminuir el dolor. Descriptiva, de campo no experimental. La población 40 estudiantes del segundo semestre de Enfermería de la Universidad del Zulia, muestreo probabilístico aleatorio simple, muestra de 26 estudiantes. La técnica de recolección de datos fue la encuesta, con un cuestionario diseñado por la Universidad Autónoma de Baja California (2009), el cual consta de cinco (5) ítems con preguntas de respuesta dicotómica. Los resultados obtenidos fueron: El 61,53% manifestó que, si conocen que es la risoterapia, un 53,84% respondió que si conoce para que se utiliza y en cuanto a su efectividad el 69,23% manifestó que si es efectiva la risoterapia para disminuir el dolor, el 73,07% manifestó que no conocen establecimientos de salud donde se aplique este tipo de terapia y por último el 61,53% respondió que sí conocen las técnicas utilizadas para realizar la risoterapia. Las conclusiones: En esta investigación se denota que la población estudiada tiene conocimientos sobre la definición de la risoterapia y su efectividad como intervención para disminuir el dolor, también manifiesta que conocen las técnicas utilizadas para llevar a cabo este tipo de terapia, sin embargo, muchos de los encuestados no conocen ningún establecimiento de salud donde se realice.

Palabras clave: Riso terapia, dolor, salud.

CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN ESTUDIANTES DEL TERCER SEMESTRE DE LA ESCUELA DE ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD DEL ZULIA.

*Esthefany Silva, Siuri González,
Jaimar Ibarra, Vanessa Belloso*

Escuela de Enfermería,
Facultad de Medicina,
Universidad del Zulia
esthefanyesthel1998@gmail.com

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un problema de salud mental cada vez más frecuentes en los jóvenes. No existe un

concepto unificado de las conductas de riesgo, este término hace referencia a todas aquellas manifestaciones similares en forma, pero menores en intensidad a las de los trastornos (TCA). El objetivo fue analizar las conductas alimentarias de riesgo en los estudiantes del tercer semestre de enfermería. El tipo de investigación fue estadística descriptiva de campo no experimental. La población fue de cuarenta 40 estudiantes de enfermería del tercer semestre. La muestra fue de 30 que represento el 75% de la población. Como método para la recolección de datos se utilizó la entrevista y como técnica se utilizó un instrumento diseñado por Unikel, Bójórquez y Carreño 2004. Con 7 ítems de dos opciones de respuesta dicotómica y un muestreo no probabilístico. Resultados: Analizadas las conductas alimentarias de riesgo en los estudiantes de enfermería del tercer semestre se obtiene con un 70% que no les preocupa engordar, con un 90% que en ocasiones han comido demasiado, con un 93% que no han vomitado para tratar de bajar de peso, con un 97% que no han hecho ayunas para bajar de peso y con un 77% que no han hecho dieta. No es prevalente la conducta alimentaria de riesgo en los estudiantes. Conclusión: el instrumento utilizado demostró que los estudiantes del tercer semestre no tienen riesgo de padecer enfermedades mentales. No demuestran importancia al sobrepeso.

Palabras clave: trastornos, riesgo alimenticio y sobrepeso.

CONOCIMIENTO DE LA MARIHUANA COMO USO MEDICINAL SEGUN LOS ESTUDIANTES DEL 3 ER SEMESTRE DE LA ESCUELA DE ENFERMERIA.

Linda Joves, Jimmel Petit, María Rosado, Vanessa Belloso

Escuela de Enfermería, Cátedra
Metodología Estadística, Facultad de
Medicina.
Universidad del Zulia, Maracaibo,
Venezuela.
Linnde-le@hotmail.com

La marihuana es una de las drogas más usadas en el mundo. El término “marihuana medicinal” se refiere a utilizar toda la planta de

marihuana, sin procesar, así como sus extractos puros, para tratar una enfermedad o mejorar un síntoma. El objetivo fue Analizar el conocimiento de la marihuana como uso medicinal según los estudiantes del 3er semestre de la escuela de enfermería. La población cuarenta (40) estudiantes muestra 25, muestreo probabilístico al azar simple. Método de recolección de datos la entrevista y como técnica un cuestionario con (5) ítems, con alternativas de respuesta, para el análisis realizado por Rukel 2018, se implementó una serie de preguntas para clasificar e interpretar acerca de la marihuana medicinal e incógnita de su legalización, se utilizó la estadística descriptiva. Resultados: se analizó el consumo de marihuana en personas cercanas y se determinó que el 99.3% conoce más de 6 personas que consumen, también que el 99.5% está de acuerdo con la legalización como uso medicinal pero el 99.5% está en desacuerdo con la legalización como uso recreativo y el 60.1% determino que los efectos del consumo de la marihuana como uso recreativo son negativos y el 15.1% planteo que tiene efectos neutro y por ultimo 90% determino que no conocía personas que consumieran marihuana como medicina por el contrario el 10% restante que si conocían. Conclusión: El nivel de consumo de marihuana como uso recreativo es predominante y como uso medicinal es deficiente ya que no es legalmente admitida en el país.

Palabras clave: Marihuana, uso medicinal, enfermería.

CORPOREIDAD HUMANA COMO REALIDAD ANTROPOCÉNTRICA EN LOS CUIDADOS ESPIRITUALES EN ENFERMERÍA.

Zulimar González, Nerio Ochoa, Luis Gutiérrez, Gregoriana Mendoza

Escuela de Enfermería, Facultad de
Medicina, Universidad del Zulia,
Maracaibo, Estado Zulia, República
Bolivariana de Venezuela.
Nochoa-95@hotmail.com

La corporeidad humana es la percepción del cuerpo, la mente, el espíritu, la relación con los otros, así como también, son los movimien-

tos que una persona humana puede realizar. Atraves de su percepción del cuerpo y de la motricidad, accede a la información, siente y atribuye significación al mundo externo. Propósito: analizar Corporeidad humana como realidad antropocéntrica en los cuidados espirituales en Enfermería. Metodología paradigma cualitativo-método hermenéutico dialectico. Técnicas de recolección de la información la observación indirecta entrevista semi-estructura, el instrumento fue entrevista dialógica. Análisis descriptivo categorías emergentes: inmanencia cuando decidí estudiar y graduarme, cuando decidí hacer algo por mí mismo, cuando decidí tomar decisión por mí mismo, cuando asumí una deuda, trascendencia cuando doy ayuda una persona para solucionar un problema, es cuando dejo huellas en mi familia, es cuando me dono haciendo la cómoda, ser espiritual es mi conciencia cuando reflexiono sobre un hecho bueno o malo cuando lo allá hecho, cuando tuve una perdida amorosa y mi conciencia no me dejaba en paz, ser para la comunión es la comunicación o el dialogo con mi familia amigos es la promoción de la paz es decir evitar la discusión con la familia o la comunidad, es llegar a un acuerdo para solucionar un conflicto Análisis concluyente: con los cuidados espirituales que aplica la corporeidad humana se encuentra la esencia de la enfermera y el usuario, es el encuentro de la dos existencia y esto promoción de salud.

Palabras clave: Corporeidad, antropocéntrica, cuidados espirituales en Enfermería.

CUIDADOS ESPIRITUALES EN ENFERMERÍA ANTE PROBLEMÁTICA FUNDAMENTAL DEL SER HUMANO: LA MUERTE

Brenda González, Michell Guerrero, Yorbelín Fuentes, Diover Machado, Gregoriana Mendoza

Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia, Maracaibo, Estado Zulia, República Bolivariana de Venezuela.
brenda17_gonzalez@hotmail.com

La muerte ha sido un problema para el ser humano se cuestiona su existencia y la del mun-

do entero, a nivel cultural refiere una mentalidad y una manera de ver el fenómeno de la muerte. En la sociedad se observa de la destrucción de la vida más débil e inocente por parte de los más fuertes y poderosos. Propósito analizar el cuidado espiritual en Enfermería ante problemática fundamental del ser humano: la Muerte. Metodología paradigma cualitativo-método hermenéutico dialectico. Técnicas de recolección de la información la observación indirecta entrevista semi-estructura, el instrumento fue entrevista dialógica. Análisis descriptivo del monólogo de visita en el cementerio categorías: la experiencia fue sobrenatural me sentí triste, el ambiente estaba solo con una brisa pensativa, sentí miedo piense que me iba a salir el difunto, el fantasma, la visita me marco la vida ahora la veo desde una perspectiva diferente reflexione sobre las oportunidades de la vida la cual hay que aprovechar en cada momento, realizar cosas buenas y cumplir mis metas, cuándo llegue a mi casa di un fuerte abrazo a toda mi familia en especial a mi papá, ahora se la importancia de la vida. Análisis concluyente: con la visita valore' la vida humana y la capacidad de brindar atención de enfermería sin miedo a los usuarios en fase terminal, proporcionándole los últimos cuidados, la despedida de este mundo y a los familiares orientación en el proceso de morir para que manifieste sus emociones, el amor a sí mismo y a sus familiares.

Palabras clave: cuidados, espirituales, Enfermería, problemática, muerte.

CARACTERISTICAS DEL CONSUMO DE CIGARRILLO EN LOS ESTUDIANTES DEL TERCER SEMESTRE DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DEL ZULIA.

Luis Gutiérrez, Adrián Villalobos, Vanessa Belloso

Escuela de Enfermería, catedra Metodología Estadística, Facultad de Medicina Universidad del Zulia Maracaibo – Venezuela.
Luisricardogutierrezmarquez99@gmail.com

El consumo del cigarrillo se encuentra incorporado en los hábitos de la sociedad desde

los años treinta, se considera un uso legal de la droga nicotina, con fines recreativos y su consumo es muy común en los estudiantes universitarios. El objetivo fue determinar las características del consumo del cigarrillo en los estudiantes del tercer semestre de enfermería. Descriptiva, de campo con un diseño no experimental. La población 40 estudiantes. Muestra de 30 que represento el 75% de la población. El tipo de muestreo fue probabilístico al azar simple. Método para la recolección de datos: la entrevista y como técnica un instrumento tipo cuestionario con cinco ítems cada uno con tres opciones de respuesta realizado por Fernandini, 2011. En los resultados el 40% dijo que no fumaban en la actualidad, donde fumas con mayor frecuencia el 66,6% respondió que no fumaban, el 40% dijo que el motivo por el cual fumo por primera vez fue por curiosidad, crees que el humo de otra persona hace daño el 83,3% dijo que si y las causas por las cuales no fuman el 50% dijo que afecta a la salud. En conclusión, a pesar de la aceptación social el consumo de cigarrillo el manejo de este en los estudiantes de enfermería fue bajo, así como la gran mayoría considero que este es perjudicial para la salud y es necesario tomar consciencia sobre el consumo de cigarrillo ya que es la puerta de entrada a otras drogas más costosas y perjudiciales para nuestra vida.

Palabras clave: Estudiantes de Enfermería, consumo, cigarrillo.

IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES HIPERTENSOS.

Isabella Espinosa, Daniela Lobo, Stefany Paz, Vanessa Belloso

Escuela de Enfermería, Cátedra Metodología Estadística, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela.
isabellaespinosa0209@gmail.com

La adherencia terapéutica es la conducta humana que expresa el grado de cuidado que tiene cada individuo para mantener su salud, a Nivel mundial la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos se ha convertido en un pro-

blema de gran importancia, considerando que este hábito puede significar un factor de riesgo para los problemas de salud. El objetivo fue analizar la importancia de la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos. La metodología fue descriptiva de campo con un diseño no experimental utilizando un muestreo probabilístico aleatorio simple. La población fue de treinta (30) pacientes que asistieron el día 23/07/18 a la consulta de cardiología en IEC LUZ. La muestra fue de doce (12) que representa el 40% de la población. Como método para la recolección de datos se utilizó un instrumento tipo cuestionario con 5 opciones de respuesta, elaborado por Martin Bayarre Grau, 2008. Resultados: el 58,33% casi siempre toma los medicamentos indicados, el 50% casi siempre toma las dosis indicadas, el 41,66% nunca cumple las indicaciones relacionadas con la dieta, el 50% casi nunca realiza los ejercicios indicados, el 58,33% casi siempre asiste a las consultas de seguimientos programadas. Conclusiones: Se observó dificultades en el cumplimiento de las indicaciones médicas ya que un bajo porcentaje de los pacientes se adhiere de forma total al tratamiento.

Palabras clave: adherencia, terapéutica, tratamiento, hipertensos.

CONOCIMIENTO SOBRE EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN ESTUDIANTES DEL TERCER SEMESTRE DE ENFERMERÍA EN LA UNIVERSIDAD DEL ZULIA.

Ysmari Medina, María Angarita, Gabriela Pérez, Vanessa Belloso

Escuela de Enfermería, Cátedra Metodología Estadística, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela.
ysmarimedina@hotmail.com

Las infecciones de transmisión sexual son muy comunes a nivel mundial, incluyendo el virus del papiloma humano (VPH), el cual se propaga a través de contacto sexual con una persona infectada. El objetivo de esta investigación, es analizar el nivel de conocimiento que tienen los estudiantes del tercer semestre de enfermería de la universidad del Zulia, acerca del VPH.

El tipo de investigación fue descriptiva de campo, con diseño no experimental. La población fue de 40 estudiantes cursantes del tercer semestre de enfermería en el periodo activo único 2018. La muestra fue de dieciséis estudiantes, la cual obtuvimos a través del muestreo probabilístico azar simple. Como método de recolección de datos se utilizó de instrumento un cuestionario con cinco ítems y dos opciones de respuestas dicotómicas, diseñado por la Universidad de Carabobo. Se aplicó el cuestionario a los dieciséis alumnos que incluyó ejercicio de función sexual, parejas sexuales, etiología del VPH, modo de transmisión y prevención. Resultados: predominó el sexo femenino con un 81.25%. Los estudiantes refirieron haber tenido relaciones sexuales el 56.25% y no haber tenido más de una pareja sexual el 81.25%. El 95.9% tuvo un conocimiento excelente y significativamente mayor de quienes lo presentaron como bueno, el cual fue el 4.11%. Conclusión: el nivel de conocimiento que obtuvieron estos estudiantes a los cuales se les realizó el análisis, fue de un alto nivel. Este conocimiento se puede asociar a un ejercicio responsable de la sexualidad en ambos géneros.

Palabras clave: sexualidad, VPH, enfermería.

ENFERMERÍA COMUNITARIA ANTE LAS VIVENCIAS DEL CUIDADOR INFORMAL.

*Keyris Rincón, Amada Ramírez,
Vanessa Belloso*

Escuela de enfermería, Cátedra trabajo de grado, Facultad de medicina, Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela.
keyris41@gmail.com

El presente trabajo de investigación tuvo como propósito principal analizar las vivencias del cuidador informal de personas con discapacidad. Los fundamentos epistemológicos fueron el método fenomenológico o de comportamiento con un enfoque de tipo cualitativo. Los informantes clave que conformaron la investigación fue de seis (6) personas adultas de género femenino con edades conformadas entre los veintiséis años (26) y los sesenta años (60) de edad,

todas cuidadoras de personas con algún tipo de discapacidad. Las técnicas de recolección de la información utilizadas fueron: la observación directa, la entrevista semiestructurada, la grabación, la filmación, la toma de notas y el autorreportaje. La técnica de registro de la información se realizó mediante la transcripción de 14 corpus discursivos, buscando ideas claves para agruparlas en categorías. Resultados del análisis descriptivo antes de los cuidados de enfermería: categorías centrales (C1) “cuidado” “Mi experiencia como cuidador comenzó a raíz de un embarazo que tuve que vino con bastantes complicaciones”, C2 “emociones” “a veces me pongo de mal humor porque no me acostumbro a esta situación”, C3 “familia” “nos compenetramos más como padre e hija y hasta mi hijo que me ayudo pudo interactuar más con su abuelo”, C4 “apoyo” “recibo ayuda de mis amigos, de mis hermanos pero así monetaria”. La investigación surge de la necesidad de integrar a la enfermería con los cuidadores, tomando en cuenta los pocos conocimientos que estos con respecto a la labor tan importante y compleja que realizan.

Palabras clave: Discapacidad, cuidador informal, enfermería comunitaria.

MÉTODO HERMENÉUTICO - DIALÉCTICO: ELABORACIÓN DE LA EPISTEME EN LA CIENCIA DE ENFERMERÍA.

*Josefina Sulbaran, Silvia Rincón,
Yusmary Baltazar, Yennife Montiel,
Yennifer González*

Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia.
Maracaibo, Estado Zulia, República Bolivariana de Venezuela
josefinasulbaran348@gmail.com

El posmodernismo es un movimiento artístico, cultural y filosófico que surge en el siglo XX como oposición del movimiento moderno, critica a la racionalidad y el formalismo en busca de una nueva expresión. Propósito: analizar La Hermenéutica – Dialéctica en la elaboración de la episteme en la ciencia de enfermería Metodología paradigma cualitativo – método herme-

nético dialéctico, él método es un término que proviene del verbo griego *hermeneuon* que quiere decir interpretar según la teoría de Dilthey (1900) es el proceso por el cual se conoce la vida psíquica con la ayuda de los signos sensibles que son su manifestación. Técnicas de recolección de la información la observación indirecta entrevista semi-estructura, grabación y videos; el instrumento fue entrevista dialógica; es una forma de conocer la filosofía que rige la vida de la persona humana con el objetivo de lograr la ampliación hermenéutica de sí mismo. Análisis descriptivo donde se escriben las categorías emergentes, las ideas, para Martínez (2008) es una transformación fundamental del modo de pensar, percibir y valorar los usuarios. Análisis concluyente en enfermería es importante la interpretación de los resultados, la evaluación de los datos de los problemas de los usuarios, familia y comunidad, la relación constante en el diálogo y las conductas construyen el conocimiento en la ciencia. Enfermería es una ciencia postmoderna.

Palabras clave: método, interpretación, expresión-diálogo.

MÉTODO EMPÍRICO-DEDUCTIVO: ELABORACIÓN DEL CONOCIMIENTO EN LA CIENCIA DE ENFERMERÍA.

*María Rangel, Oriana Marín, María Ruiz,
Lisbeth Carvajal, Ana Viloria*

Escuela de Enfermería, Facultad de
Medicina, Universidad del Zulia.
Maracaibo, Estado Zulia, República
Bolivariana de Venezuela.
Rangelmaria224@gmail.com

El conocimiento científico en la modernidad, marca el inicio de un periodo de transformación de los métodos aristotélicos y medievales para promover el comienzo de las ciencias básicas. El objetivo es identificar el método empírico-deductivo: Elaboración del conocimiento en la ciencia de enfermería. Metodología paradigma neopositivista método empírico deductivo. La deducción es el método que permite pasar de afirmaciones de carácter general a hechos particulares, en donde a partir de ciertas premisas se derivan conclusiones. Los instru-

mentos que se utilizan son un cuestionario el cual es un formulario que contiene las preguntas o variables de la investigación y en el que se registran las respuestas de los encuestados y un código arbitrario que se refiere a la observación directa del observador ante el fenómeno de estudio, en enfermería sería el usuario o la familia. Mediante los cuales se obtendrá resultados estadísticos descriptivos el cual resumen cuantitativamente un conjunto de datos. Para tener una visión global de los datos que se van a analizar, y estadístico inferenciales sirve tanto para una población como para una muestra (un subconjunto de esa población cuyos elementos son elegidos al azar), la estadística inferencial trabaja con muestras a partir de las cuales intenta extraer resultados concretos sobre la población estudiada. En conclusión, con la utilización y buen manejo de este método se puede llegar a desarrollar un razonamiento con diferentes características, en el ámbito de la práctica de enfermería se puede comprobar las diferentes hipótesis postuladas. Enfermería es una ciencia aplicada moderna.

Palabras clave: Enfermería, ciencia, resultado.

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS.

*Helianna Olano, Érica Govia, Esley Vera,
Vanessa Belloso*

Escuela de Enfermería, Catedra
metodología estadística, Facultad de
Medicina, Universidad del Zulia,
Maracaibo, Venezuela.
heliannao@gmail.com

El consumo de alcohol se considera un problema de salud pública es un factor de riesgo para desarrollar enfermedades, sufrir accidentes y por consiguiente llevar a la muerte. El objetivo fue determinar la prevalencia de consumo de alcohol en los estudiantes de la escuela de enfermería de la Universidad del Zulia. El tipo de investigación fue descriptiva, de campo con un diseño no experimental. La población fue de 60 estudiantes del III semestre de enfermería, con una muestra de 34, el tipo de muestreo fue pro-

babilístico azar simple. Como método para la recolección de datos se utilizó un cuestionario con 7 ítems y 2 alternativas de respuesta. Resultados: (98%) de los estudiantes reportaron que han consumido alcohol al menos una vez, (47%) se ha sentido motivado a consumir bebidas alcohólicas buscando un efecto relajante en situaciones de estrés, (77%) se ha sentido motivado por sus amigos a consumir alcohol, (29%) ha tenido relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol, (82%) no lo han criticado que está bebiendo mucho, (100%) nunca ha desplazado recursos para invertirlos en la compra de bebidas alcohólicas y el (41%) ha vivido situaciones en las que el consumo de alcohol ha interferido con sus estudios. De acuerdo con los resultados del estudio es posible afirmar que la prevalencia de consumo de alcohol es alta en jóvenes universitarios, sirviendo como parte del ciclo vital de los jóvenes en el cual la presión y aceptación de amigos frente a esta conducta son favorecedores y reforzadores de la misma.

Palabras clave: consumo, alcohol, estudiantes universitarios.

MÉTODO EMPÍRICO-INDUCTIVO: ELABORACIÓN DEL CONOCIMIENTO EN LA CIENCIA DE ENFERMERÍA.

*Laleska Cruz, Esteban Carrasco,
Lisfranny Coster, Andrés Castro*

Escuela de Enfermería, Facultad de
Medicina, Universidad del Zulia.
Maracaibo, Estado Zulia, República
Bolivariana de Venezuela.
Laleskacruz@gmail.com

En la Edad Moderna el hombre cuestiona la realidad humana y su naturaleza empiezan a adquirir una gran importancia dentro del debate filosófico; esto hace que los aspectos religiosos empiecen a formar un segundo plano, tuvo sus orígenes en las ideas de Aristóteles alrededor del año 600 A.C., el mismo fue modificado por Francis Bacon alrededor de 1620 sus ideas en el libro *Novum Organum*, con el cual le hizo contraposición al *Organon*; la nueva ciencia interpretación mecanicista de la realidad. Esta concepción científica influye a las corrientes filosóficas que replantea aspectos de sí mismos y de la rea-

lidad que puedan ser verificables y comprobados. El objetivo: analizar el método empírico-inductivo para la elaboración del conocimiento en la ciencia de Enfermería. Metodología: paradigma neopositivista método empírico inductivo: se elabora conclusiones generales a partir de enunciados observacionales particulares o singulares. Se formulan leyes a través de la observación de múltiples fenómenos clasifican y llegar a establecer relaciones, interpretación realista del conocimiento científico, objetividad. Instrumentos cuestionario formulario preguntas extrae información estudio de caso; en segundo instrumento un código arbitrario o lista de cotejo con respuesta dicotómica. Resultados: datos recolectados estadísticos descriptivos tabulados, clasificados y analizados. Conclusión: método empírico-inductivo elabora conocimiento en la ciencia de Enfermería, es la aplicación del método científico sus pasos esenciales: la observación, clasificación, derivación inductiva ir de lo particular a lo general al todo. Modo primordial en la silogística de Enfermería el proceso de atención de Enfermería en sus 5 fases, evidenciando a Enfermería ciencia moderna.

Palabras clave: enfermería, ciencia, empirismo inductivo.

FACTORES QUE INCIDEN EN LA FALLA DEL SISTEMA RENAL DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MARACAIBO.

*Mayde Moreno, María Espina,
María Iriarte, Nacary Escalante,
Vanesa Belloso*

Escuela de Enfermería, Cátedra:
Metodología Estadística, Facultad de
Medicina, Universidad del Zulia.
Maracaibo, Venezuela.
Maydemoreno27@gmail.com

La insuficiencia renal es una enfermedad que se caracteriza por el deterioro progresivo de la función renal que tiene como consecuencia que el riñón pierda la capacidad de cumplir con funciones. Son muchas las causas de la enfermedad renal crónica (ERC). Las dos causas más comunes, la hipertensión arterial (presión arterial

alta) y la diabetes son responsables de dos tercios de los casos de ERC. El objetivo de este proyecto de investigación es determinar los factores más comunes que inciden en la falla del sistema renal de la población del hospital universitario de Maracaibo. Metodológicamente el tipo de investigación es descriptivo de campo con un diseño no experimental, la población fue de treinta (30) personas, pacientes de hemodiálisis. La muestra fue de trece (13) personas que equivalen al 40% de la población total se realizó una entrevista tipo cuestionario de 4 preguntas de la autoría de kosiak 2005. Los resultados finales de la encuesta dieron a conocer que un 69,23% de la población está en tratamiento por presentar hipertensión arterial, un 30,76% diabetes mellitus, un 30,76% por insuficiencia cardiaca, 15,38% por enfermedades hereditarias, y un 23,07% por factores hereditarios. Se pudo determinar que el principal factor que afecta a los pacientes de hemodiálisis del hospital universitario es la hipertensión arterial seguida de diabetes mellitus y la insuficiencia cardiaca.

Palabras clave: Enfermería, Sistema Renal, Hemodiálisis.

USO DEL MODELO HERMENÉUTICO-BIOGRÁFICO COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO EN ENFERMERÍA.

Oswaldo Aguado, Jorgeidy Bermúdez, Génesis Caldera, Iriana Luzardo

Escuela de Enfermería, Catedra Metodología de la investigación, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.
Oswaldo_aguado@hotmail.com

Alrededor del mundo, la enfermería es considerada una profesión que tiene como objeto satisfacer las necesidades humanísticas del ser humano basándose en fundamentos teóricos y científicos, y si bien una de las esferas que componen al ser humano es la psicosocial, es una la cual enfermería debe abordar de distintas maneras para satisfacer sus distintas necesidades. El objetivo de esta investigación fue enfatizar en la importancia y el uso del modelo Hermenéutico-biográfico como herramienta de tra-

bajo en las actividades de enfermería, a través de la revisión teórica del mismo para proporcionar un cuidado de calidad a los pacientes. Se limitó la aplicabilidad de este modelo para la ciencia de enfermería, se consultan obras, citas e investigaciones de autores como Heidegger (1927) Gadamer (1960) y Macias (2000) para la elaboración de la investigación, interpretando y relacionando los conocimientos impartidos y enfatizando la importancia de su uso como herramienta de ayuda hacia al paciente y hacia al enfermero. Esto ayuda a entender mejor la situación del paciente frente a su enfermedad, estado o discapacidad y tomar las acciones necesarias para ayudarlo a sobrellevar su situación y proporcionar una atención en salud de calidad, proporcionando al paciente un cuidado especializado para su esfera psicosocial.

Palabras clave: Enfermería, historia de vida, hermenéutica.

CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR.

Daniela Morales, Milagros Castillos, Eva Mendoza, Gregoriana Mendoza

Escuela de Enfermería
Facultad de Medicina
Universidad del Zulia. Maracaibo,
República Bolivariana de Venezuela.
Damg_0@hotmail.com

El propósito de la investigación fue analizar la calidad de vida del adulto mayor en la Parroquia Antonio Borjas Romero del Municipio Maracaibo estado Zulia, aplicando una metodología cualitativa, método fenomenológico, hermenéutico dialectico, cuyos informantes clave fueron 8 personas de la tercera edad. Las técnicas de recolección fueron; la observación no participativa, la entrevista semiestructurada, el autorreportaje, la filmación, la grabación y las notas de campo. Las técnicas de registro fueron la transcripción de 10 corpus discursivos. Se realizó la triangulación, el análisis descriptivo y concluyente. En el análisis descriptivo las categorías de mayor frecuencia fueron *alimentación* “yo como alimentos balanceado bajo en grasa y sal”; *ejercicios físicos*, “yo camino mucho”; *soledad* “cuando estoy lejos de mis familiares”

muerte “ pienso que la muerte algo natural. En el análisis concluyente, los informantes clave refirieron que su calidad de vida y su entorno se ha visto afectada en todas las dimensiones tales como la física, psicológica, social y medio ambiental. Los resultados concuerdan con la teoría de la O.M.S en el año 2014, define la calidad de vida como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en su relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Este concepto está influido de modo complejo por la salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, así como la relación con los elementos esenciales del entorno.

Palabras clave: calidad de vida, adulto mayor, fenomenológico.

MÉTODO EMPÍRICO ANALÍTICO GENERADOR DEL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO EN LA CIENCIA DE ENFERMERÍA.

*Anthony Lugo, Ariadnes Rodríguez,
Nardymar Romero*

Escuela de Enfermería, Facultad de
Medicina, Universidad del Zulia,
Maracaibo, Estado Zulia, República
Bolivariana de Venezuela.
anthonylugo@zulia.ve

La filosofía fue una corriente del pensamiento que abarca el comienzo del razonamiento de la reforma protestante hasta los últimos años del siglo XX. Se considera a René Descartes padre de la filosofía quien llegó a la conclusión que para evitar el error no basta la inteligencia, sino que hay que aplicarlo adecuadamente. El objetivo fue concentrarse en lo subjetivo y las dudas planteadas sobre la posibilidad de un conocimiento. Metodología paradigma neopositivista método empírico forma parte de lo que se ha llamado Filosofía Analítica, la cual según Quintanilla es un modelo de investigación científica que se basa en la experimentación y la lógica empírica, caracterizándose por ser un modelo factico de hechos que realmente acontecen, es autocorregible y progresivo, está abierto a la incorporación de nuevos conocimientos, la

hipótesis es un procedimiento basado en la evidencia muestral y la teoría de probabilidad. Los instrumentos son un cuestionario que son una serie de preguntas u otras indicaciones con el propósito de obtener información de o consultado y un código arbitrario es una lista de cotejo. Resultado 2 estadísticos descriptivos y estadístico inferenciales (por eso enfermería es una ciencia). Conclusión Florence Nightingale fue innovadora en la recolección, tabulación y presentación gráfica de las estadísticas descriptivas. Su contribución a la reforma fue de las condiciones sanitarias de los hospitales. Realizó su tabulación referencia a los soldados que morían en la Guerra de Crimea (1853-1856) debido a enfermedades infecciosas, morían 1.023 soldados de cada 10.000.

Palabras clave: Enfermería, Ciencia, Florence, Nightingale, Empirismo.

FENOMENOLOGÍA: ELABORACIÓN DE LA EPISTEME EN LA CIENCIA DE LA ENFERMERÍA.

*Eliangel Urdaneta, Endryna Mendoza,
Edgary Morillo, María Mavárez, Mariyen Vega*

Escuela de Enfermería, Facultad de
Medicina, Universidad del Zulia.
Maracaibo, Estado Zulia, República
Bolivariana de Venezuela.
eliangelurdaneta@zulia.ve

Debido a la insuficiencia de los métodos cuantitativos para el estudio y comprensión de las realidades humanas, han sido concebidos y aceptados nuevos métodos para la investigación del comportamiento humano, entre ellos surge el método fenomenológico, ideal de la corriente posmoderna en la que se desenvuelve la labor de enfermería más allá de lo sistemático y cuantificable. El propósito fue analizar la fenomenología para la elaboración de la episteme en la ciencia de enfermería, mediante una metodología con paradigma cualitativo-método fenomenológico; basado en las vivencias propias del ser, de su esencia, de su mundo interno, es decir, la conciencia. Técnicas de recolección de la información: la observación indirecta, entrevista semi-estructurada, grabación y videos; el instrumento es una entrevista dialógica en la cual se

indaga en la conciencia del ser humano para describir de la forma más precisa los fenómenos vivenciados por éste sin alterar su estructura, esta comprende cinco preguntas. Análisis descriptivo se escriben las categorías emergentes este método busca el estudio de las experiencias dolorosas, de ansiedad, depresivas, u otras que únicamente pueden ser expresadas por la persona, por medio del pensamiento y las ideas, es decir las categorías que emergen. Análisis concluyente: enfermería implementa un método de estudio que va más allá de la labor protocolizada (estudio del aspecto físico), se dirige a la comprensión de la vivencia propia de la persona (la conciencia, el espíritu), que atraviesa por una circunstancia particular la cual percibe y describe a su forma, por esta razón enfermería es una ciencia postmoderna.

Palabras clave: Enfermería, Fenomenología, investigación cualitativa.

ETNOGRAFÍA INVESTIGACIÓN ACCIÓN: ELABORACIÓN DE LA EPISTEME EN LA CIENCIA DE LA ENFERMERÍA.

José Parra, Sabrina Robinson, Yorgelis Perche, Vanessa Perdomo

Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia, Maracaibo, Estado Zulia, República Bolivariana de Venezuela.
Josealejandroparraabreu@gmail.com

La investigación etnográfica es el método para analizar y enfatizar las cuestiones descriptivas e interpretativas de un ámbito sociocultural concreto. Ha sido ampliamente utilizada en los estudios de la antropología social y la educación, considerada como uno de los métodos de investigación más relevantes dentro de la investigación humanístico-interpretativa (según Arnal, Del Rincón y Latorre 1992). Etnografía proviene del griego. *ethnos* significa “tribu” o “pueblo”, y el término *grapho* “yo escribo”. Su traducción es “yo escribo de la tribu” o “descripción de los pueblos”. Se caracteriza por seguir un modelo cíclico, holístico y naturalista, de carácter fenomenológico con permanencia relativamente persistente y de carácter inductivo. El

método de recolección de datos la entrevista; para recabar mayor información y descubrir datos que son inaccesibles a simple vista para una persona que no forma parte de la cultura en cuestión; como técnica (cuestionario) con cinco (5) ítems con tres alternativas de respuesta. Los profesionales de enfermería deben tener una formación que combine todos los conocimientos que estudian al ser humano desde diversos enfoques, ya que cuidar no sólo significa curar, sino también acompañar, entender a los pacientes en toda su humanidad. La enfermería ha tomado como base la metodología etnográfica para realizar investigación, para preparar los alumnos. La etnografía interpreta los fenómenos sociales bajo una perspectiva “desde dentro” de los participantes de ese grupo de personas. Esto le permite al investigador tener una visión de cómo es la vida social, para relacionarlos con la salud y enfermedad desde la óptica de enfermería.

Palabras clave: Enfermería, Ciencia, Investigación, Etnografía, Sociocultural.

CUIDADOS ESPIRITUALES ANTE EL AFRONTAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN.

Nairovis Cárdenas, Lorena Velázquez, Gregoriana Mendoza, Evert Oquendo

Escuela de Enfermería, Cátedra trabajo de Grado, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela.
lorenav.fajardo@hotmail.com

El bienestar personal puede estar afectado por el afrontamiento psicológico de la depresión, la depresión azota al mundo entero. Aproximadamente 322 millones de personas la padecen, La depresión es una de las causas más comunes de incapacidad, ausentismo laboral y de multi millonarias pérdidas económicas anuales. La incidencia es superior en las mujeres (5,1%) en comparación con los hombres (3,5%). (OMS, 2005-2015). El presente estudio tiene como propósito: analizar los cuidados espirituales en el afrontamiento psicológico depresión. La Metodología de la investigación fue cualitativa y el método fenomenológico, la muestra grupo conformado por seis (6) informantes clave en estado de ánimo depresivo, los cuales se eligieron

mediante previo permiso del consejo comunal (Barrio Los Pinos A) en edades comprendidas 18-50; el instrumento para la recolección de datos se utilizó: autorreportaje, entrevista semi-estructurada constó de un máximo de 5 ítems, la validez fue por juicio de tres expertos indicando su confiabilidad, abra tres momentos de aplicación de la entrevista: uno el autorreportaje, dos antes de aplicar por 15 días los cuidados y tres después de aplicar los cuidados espirituales. Análisis Descriptivo por medio del proceso de categorización por medio de los corpus discursivos, se conocerá la vida psíquica de las autoras e informantes en estudio, así como el significado de las cosas; mediante la interpretación de las palabras, los gestos y cualquier acto u obra. Y finalmente la Triangulación o El Análisis Concluyente las categorías emergentes en los tres momentos con las concepciones teóricas y los 6 antecedentes.

Palabras clave: Depresión, cuidados espirituales, afrontamiento psicológico.

EDUCACION EN SALUD ANTE EL FENOMENO DE SUFRIMIENTO ESPIRITUAL.

*Justo Polo, Vanessa Belloso,
Gregoriana Mendoza*

Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia, Maracaibo, República Bolivariana de Venezuela.
mericarmen22@gmail.com

El odio, que es otra expresión común del hombre y es vivida diariamente, pero a su vez es causante de muchas situaciones negativas que pueden poner en riesgo la vida de la personas, así mismo crea en la sociedad una destrucción del equilibrio armónico. Analizar la educación en salud ante el fenómeno del sufrimiento espiritual (odio), a la parroquia Chiquinquirá del municipio Maracaibo, Edo. Zulia, aplicando una Metodología: este tipo de estudio de la investigación es la indagación cualitativa, el método a utilizar para es el fenomenológico, que estudia las realidades tal como son. Como instrumento se utilizó una entrevista semiestructurada que consta de un mínimo de 5 preguntas. Se le apli-

co a los informantes claves (06) en forma de auto reportaje, las técnicas de recolección fueron; la observación la filmación, la grabación y el auto reportaje. Para el análisis descriptivo antes de los cuidados espirituales se utilizaron los corpus discursivos los cuales arrojaron categorías de mayor frecuencia como: “amor” “odio” “paz” “personas que amamos” “dios” “tristeza” “resentimiento” “ira” “Familia” “arrepentimiento” “amigos”.

Palabras clave: Amor, cuidados espirituales, sufrimiento espiritual.

CUIDADOS HUMANIZADOS DIRIGIDOS A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL.

*Marymar Villalobos, Polanka Sosa,
Vanessa Belloso*

Escuela de enfermería, Cátedra trabajo de Grado, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.
marymar_villalobos13@hotmail.com

La presente investigación tuvo como propósito explicar los cuidados humanizados dirigidos a las personas con discapacidad visual. Basado en el enfoque cualitativo, método fenomenológico. Los informantes clave fueron seis (6) personas con discapacidad visual de ambos géneros, todos mayores de 30 años. Las técnicas de recolección de la información fueron: el autorreportaje, la observación no participativa, la entrevista semiestructurada, las grabaciones, las filmaciones y la toma de notas. La técnica de registro de transcripción de la información fue mediante la transcripción de 16 corpus discursivos buscando ideas clave categorizándolas en temas claves. Resultados del análisis descriptivo antes de los cuidados humanizados: temas centrales (C1) “Familia”: “Conseguir un buen trabajo para darle calidad de vida a mi hijo” (C2) “Conciencia de “Si mismo””: “Esas cosas a mí no me han impedido para llegar donde he llegado” (C3) “Aprendizaje”: “porque tuve unos padres que no fueron unas personas cultas, preparadas nos trataron de una manera muy normal a mí y a mi hermanos ciegos nos enseñaron todo lo que puede hacer una persona normal o sea sin discapacidad” (C4) “Proyecto de Vida”. “En la

asociación pues bien, porque este es mi movimiento fisiológico es mi proyecto de vida por ahora” La investigación surge para determinar los cuidados humanizados dirigidos a la persona con Discapacidad Visual, con la finalidad de incrementar el bienestar tanto físicamente, emocionalmente, espiritualmente y socialmente de la persona con discapacidad así como también fomentar una buena actitud y una motivación que busque abarcar todas las esferas de su “ser”.

Palabras clave: Cuidados humanizados, discapacidad, persona.

DESARROLLO SUSTENTABLE DE ENFERMERÍA Y SU RELACIÓN CON LA ECOLOGÍA.

Eva Mendoza, Ana Graterol, Gregoriana Mendoza, Vanessa Beloso, Eva Graterol

Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia.
Maracaibo, República Bolivariana de Venezuela.
evadegraterol@yahoo.com

El desarrollo sustentable es fundamental para poder subsistir teniendo los recursos necesarios y una gestión eficaz; la naturaleza peculiar de este fenómeno puede ser captada desde el marco de referencia interno del sujeto quien las vive. El objetivo fue analizar la relación del desarrollo sustentable de enfermería con la ecología aplicando una metodología neopositivista empírico deductiva mediante la revisión de bases de datos de Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2011, ONU, (1993). Nightingale (1851) El término desarrollo sustentable surgió como efecto de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, ONU (1993), el PNUD (2011) se enmarca en los ocho objetivos del milenio: la reducción de la pobreza y el hambre; mejorar la salud materna, la garantía de la sostenibilidad del medio ambiente. Hidalgo y col. (2012) lograron medir 31 universidades españolas, donde presentaron mayor desempeño en la sensibilización ambiental incluyendo los residuos y la docencia en un 72,18%; la teoría ambientalista de Nightingale (1851) exhorta a

conservar la energía vital desde la acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos, colocándolo en las mejores condiciones posibles. Se centra en el medio ambiente y un entorno saludable a través de asegurar el aire puro, agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz. Conclusiones se revela la responsabilidad de Enfermería con la naturaleza, y la importancia de trabajar la gestión de los recursos para su sostenibilidad y sustentabilidad para concebir el desarrollo, la vida humana por el sustento de los recursos naturales.

Palabras clave: Desarrollo sustentable, Enfermería, Ecología.

CUIDADOS ESPIRITUALES EN EL DUELO.

Jailis Echeverría, Alcira García, Evert Oquendo, Gregoriana Mendoza

Escuela de Enfermería, Cátedra trabajo de Grado, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela.
Jailis18@hotmail.com

Desde la más remota antigüedad los seres humanos se han enfrentado al misterio de la vida que inevitablemente termina en la muerte, así mismo la muerte ha estado presente en el devenir humano, sin embargo, actualmente en nuestra sociedad contemporánea se vive como un tabú. El propósito fue analizar los cuidados espirituales ante el duelo, en la parroquia Cacique Mara y Francisco Eugenio Bustamante, Municipio Maracaibo estado Zulia. La Metodología de tipo cualitativa, método utilizado fenomenológico, que estudia las realidades tal como son vivenciadas en el ser humano, es decir su conciencia. Los informantes clave fueron 8 personas adultas en edades comprendidas de 25-40 años en proceso de duelo, el instrumento fue una entrevista semi estructurada que constó de 5 ítems, las técnicas de recolección de la información fueron la observación: el autorreportaje, la filmación, la grabación y el video, la validez fue por juicio de tres expertos. Hubo tres momentos de aplicación de la entrevista: uno el autorreportaje, dos antes de aplicar por 15 días los cuidados y tres después de aplicar los cuidados espirituales Para el Análisis Descriptivo por medio

del proceso de categorización de los 20 corpus discursivos se conoció la vida mental, espiritual y social de las autoras e informantes clave, así como el significado de las cosas; mediante la interpretación de las palabras, los gestos y cualquier acto u obra. Y finalmente la Triangulación o el Análisis Concluyente las categorías emergentes en los tres momentos con las concepciones teóricas y los 6 antecedentes.

Palabras clave: Fenomenología, duelo, cuidados espirituales.

EFECTOS DE ENFERMERÍA COMUNITARIA EN LA APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE CUIDADO.

*Naileth González, Johmitzi Miquelena,
Gregoriana Mendoza, Milagros Baralt*

Escuela de Enfermería, Cátedra trabajo de Grado, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.
Nailethgonzalez2011@hotmail.com

La salud es una de las riquezas más preciadas para un ser humano, sin embargo, múltiples factores actúan contrario al deseo del hombre provocando un cambio en el nivel de calidad de vida de la persona. Objetivo fue determinar los efectos de la enfermería comunitaria en la aplicación de un protocolo de cuidados. Metodología: tipo de investigación fue explicativa, con un diseño experimental de campo tipo n. 4. La población y la muestra veinticinco pacientes con diabetes tipo II. método para la recolección de la información se utilizó un instrumento tipo cuestionario con 36 ítems con cuatro alternativas de respuestas correspondiente a la escala de actitud tipo Likert. La validez fue dada por el juicio de tres expertos, para la confiabilidad se aplicó una prueba piloto se determinó la confiabilidad con fórmula de Alfa Cronbach fue 0.78 lo que arrojó que el instrumento es medianamente confiable. Resultados a través del programa computarizado SPSS versión 20.0. Se buscarán los estadísticos descriptivos (promedio y variabilidad) y los estadísticos inferenciales la prueba t de Student en muestras relacionadas. Conclusiones: determinara los efectos de la enfermería comunitaria en la aplicación de un protocolo de cuidados.

Palabras clave: Comunitaria, protocolo, cuidado de Enfermería.

SALUD AMBIENTAL: CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE LOS DESECHOS SÓLIDOS.

Lili Beth Barrios, Gregoriana Mendoza

Escuela de Enfermería, Cátedra de trabajo de Grado, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela.
Lilibeth26barrios@gmail.com

Los seres humanos necesitan de la naturaleza para su sustento y sobrevivencia, por tal motivo la ecología debe ser preservada para mantener y recuperar su equilibrio, tener calidad de vida y un medio ambiente saludable. El objetivo fue determinar la relación salud ambiental con los cuidados de enfermería ante los desechos sólidos. El tipo de investigación según Cortes e Iglesias (2004) y Hernández, Fernández y Baptista (2014) fue cuantitativa de nivel correlacional, con un diseño de campo no experimental. La población tomada fue quinientos (500) usuarios de la parroquia Luis de Vicente del municipio mara del estado Zulia. La muestra fueron cincuenta (50) usuarios. La Metodología para la recolección de datos se utilizó la entrevista y como técnica se diseñó un instrumento (cuestionario) con treinta (30) ítems con cuatro alternativas de respuestas. La validez fue dada por tres expertos del área, para la confiabilidad se aplicó una prueba piloto se determinó la confiabilidad por la fórmula de Alfa de Cronbach a través del programa computarizado de SPSS versión 20.0. Resultado: 0,748. Indicando que es medianamente confiable. La solicitud de permiso para la aplicación de la prueba piloto y ejecución de la investigación a voceros del consejo comunal La Esperanza se aplicó el consentimiento informado Conclusiones: Se logró determinar la relación salud ambiental con los cuidados de enfermería.

Palabras clave: salud ambiental, cuidados, desechos sólidos.

INVESTIGACIÓN APLICADA EN ENFERMERÍA VS CIENCIA PURA.

Gregoriana Mendoza

Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia.
Hospital Adolfo Pons. Hospital Coromoto.
Maracaibo, Estado Zulia, República Bolivariana de Venezuela.
gregoriana4333@gmail.com

El hombre ser pensante se ha planteado interrogantes desde su aparición en la tierra. La ciencia es el pensamiento, la idea, el porqué de las realidades. Propósito: concienciar la investigación aplicada en Enfermería vs la ciencia pura. Enfoque pospositivista, método hermenéutico-dialéctico. Por medio de la razón el ser humano busca su cosmogonía, por dos vertientes la primera la idea, el pensamiento puro, básico y la segunda vertiente el pensamiento resolutivo ante las realidades múltiples; ciencia pura fundamental y ciencia aplicada. En la ciencia pura solo se busca obtener conocimiento de un determinado sector de la realidad constituir la base teórica. La ciencia aplicada trata de explicar los conocimientos de la ciencia básica en los problemas prácticos de la cotidianidad. Las ciencias básicas adquieren conocimiento de los métodos diversos logrando un razonamiento lógico, aplicar el método, abierto para cuestionar, arriesgarse en busca de nuevos caminos y construir métodos de resolución de problemas. En siglos XVIII y XIX el modernismo con el idealismo, el iluminismo origen en el pensamiento de Florence Nightingale la concepción dialógica de crear modelos empírico inductivo, empírico analítico y empírico deductivo sustentado en las matemáticas: aritmética, álgebra; física, química, biología y las estadísticas confluyendo en su pensamiento dar soluciones a las realidades múltiples en la sociedad europea innovando: ciencia aplicada ciencia del cuidado de Enfermería. Ciencia social ciencia para la salud. Enfermería ciencia aplicada pensamiento complejo busca dar soluciones en los aspectos físico, mental, espiritual, social y ecológico al usuario, a la familia y a la comunidad.

Palabras clave: Pensamiento, Ciencia Básica, Enfermería.

CAMBIOS EPIDEMIOLÓGICOS EN LA DIFTERIA, ENFERMEDAD PRESUNTAMENTE ERRADICADA: INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO, PREVENCIÓN Y LABOR DE ENFERMERÍA.

Juterlith Puertas

Escuela de Enfermería, Cátedra trabajo de Grado, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela.
puertassarai@gmail.com

Actualmente en Venezuela existe un número considerable de incidencia de enfermedades infecciosas que habían sido erradicadas; pero que volvieron, aparentemente para quedarse. Tal es el caso de la Difteria, la cual ha cobrado la vida de muchos pacientes. El objetivo de esta investigación es indicar los factores que llevan a la reaparición de esta enfermedad, orientar sobre sus medidas preventivas y exponer las acciones de Enfermería en este problema epidemiológico. Las cifras oficiales según el Ministerio de Salud Venezolano en mayo de 2017 confirmaron la reaparición de la Difteria en abril de 2016, desde esa fecha se han confirmado 1.086 casos de la infección mortal, luego de 24 años de haber sido erradicada. Existen múltiples factores de riesgo, enmarcando la ausencia del factor preventivo, las inmunizaciones. Los estándares de una cobertura de vacunación se cumplen cuando el 95% de la población está protegida y el porcentaje de vacunación en Venezuela nunca ha superado del 78%. Dando un enfoque al papel del profesional de Enfermería, las actividades están encaminadas a la protección específica para la promoción de la Salud, en este caso; la vacunación, emprendiendo rol educativo, asistencial y administrativo para favorecer la salud colectiva. Conclusión: Para el control de las incidencias de esta enfermedad son necesarias las labores preventivas que debe asumir el personal de Enfermería.

Palabras clave: Enfermería, Difteria-incidencia, prevención.

ROL DOCENTE DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA UCI DEL SERVICIO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MARACAIBO.

Rosa Urdaneta

División de Estudios para Graduados,
Trabajo Especial de Grado, Facultad de
Medicina, Universidad del Zulia,
Maracaibo, Venezuela.
rosa_20660197@hotmail.com

El rol docente de enfermería debe de estar guiado por el interés que requiere un nivel de conciencia de los profesionales y de los estudiantes. El objetivo fue analizar el rol docente que cumplen los profesionales de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivo del SAHUM. El tipo de investigación descriptiva con un diseño no experimental transversal. La población de veinticuatro (24) profesionales de enfermería y veinticuatro (24) enfermeros en formación. Se emplearon dos cuestionarios, el primero dirigido a profesionales, consto de 12 preguntas abiertas donde la numero 12 emitió 23 preguntas cerradas, y el segundo cuestionario dirigido a estudiantes consto de 9 preguntas abiertas donde la numero 9 emitió 23 cerradas de tipo Likert. La validez por (03) expertos, la confiabilidad mediante Alfa Cronbach obteniéndose 0,72 para el primer instrumento y 0,93 para el segundo. Se solicitó permiso para la aplicación de prueba piloto y ejecución de la Investigación a la Dirección de SAHUM y a DIPLADOIN aplicándose el consentimiento informado. Se tabularon los datos en el programa SPSS versión 20.0, para el análisis se diseñó un baremo de cinco categorías para clasificar e interpretar el rol docente (muy alta, alta, medio, baja y muy bajo) El cumplimiento de rol docente en sus tres dimensiones percibido por los profesionales y estudiantes, docente-personas profesionales (95%) en formación (61%), docente-docente profesionales (65%) en formación (58%) y docente-investigador profesionales (51%) en formación (34%). El rol docente que cumplen los profesionales de enfermería fue de nivel medio a bajo en una escala de (21%-59%).

Palabras clave: Rol docente, enfermería, cumplimiento.

SALUD REPRODUCTIVA COMO FACTOR DETERMINANTE EN EL EMBARAZO PRECOZ.

María Duno, María Meléndez, Katherine Trejo, Vanessa Belloso

Escuela de Enfermería, Catedra Trabajo de
Grado, Facultad de Medicina, Universidad
del Zulia, Maracaibo, Venezuela.
Duno_mariadlosangeles@outlook.com

El embarazo en la adolescencia es uno de los hechos que más preocupa a la sociedad, es visto un problema de falta de información sobre temas de salud reproductiva en jóvenes Esta investigación propone analizar la importancia sobre la educación reproductiva en las adolescentes. La investigación que se decidió implementar es descriptiva no experimental. La población que intervino en esta investigación fueron 40 estudiantes del 3er semestre de la Escuela de Enfermería. La muestra fue representada por un 25% de la población, es decir, 16 estudiantes. Se utilizó una encuesta creada por Moya conformada por 5 preguntas con opción a respuesta dicotómica. El 99% de las estudiantes les han hablado del embarazo en sus hogares, el 50% tiene un familiar o conocido que presenta embarazo precoz, el 99% han recibido capacitaciones o charlas sobre el tema, el 99% considera que la familia influye en que las jóvenes presenten o no embarazo precoz, 96% opina que el alto índice de embarazo precoz se da por falta de información. Las estudiantes de 3er semestre de enfermería conocen sobre el embarazo ya que han recibido capacitaciones y se le ha mencionado el tema en sus hogares, consideran a la familiar como un factor tanto negativo como positivo para que se presente o no el embarazo a temprana edad, las estudiantes han presenciado embarazos a temprana edad y dedujeron que el alto índice de embarazos precoz que se está presentando se da por la falta de información de salud reproductiva a las jóvenes.

Palabras clave: Embarazo, investigación, jóvenes.

BIOÉTICA COMO PLATAFORMA DE LA GESTIÓN MODERNA.

Eva Mendoza

Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia.
Maracaibo, República Bolivariana de Venezuela
evadegraterol@yahoo.com

La gestión moderna busca la manera de influir sobre las personas para que ejecuten en forma motivacional el logro de las metas de la organización, pero influyen en esto los factores humanos para la gestión al preguntar sobre qué cosa les gusta a las personas, la bioética juega un papel primordial en la gestión de las personas. El objetivo es analizar la bioética como plataforma de la gestión moderna. Revisión documental Koontz *et al.* (1989); Donnelly *et al.* (1997); Newtron (2000); Balderas (2001). Los gerentes deben esforzarse para armonizar los objetivos individuales con los de la organización. El esfuerzo debería ir dirigido a lograr espacios de tolerancia que hiciesen posible el diálogo entre diferentes discursos, distintas personas y creencias. Al formularse principios generales como el Respeto, la Beneficencia, la Justicia, la dignidad de la persona, la autonomía se pone un marco referencial general para que reglas más particulares pudiesen articularse. Cada persona es única con sus propias habilidades, aspiraciones diferentes, pero todas son seres humanos y merecen ser tratados como tales. Para indicar el modo en que los principios bioéticos deben guiar la conducta tanto del gerente moderno como de las personas en la organización podían ser aplicados en forma efectiva. Los líderes gerentes a través de la función de dirección ayudan a las personas a darse cuenta de que pueden satisfacer sus propias necesidades y utilizar sus competencias al tiempo para contribuir a lograr las exigencias de la organización.

Palabras clave: Gestión moderna, bioética, principios.

ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE LA INCERTIDUMBRE DE LA ENFERMEDAD.

Ana Graterol

Universidad del Zulia. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería
anaraquelg@yahoo.com

La incertidumbre son recursos existentes para ayudar a la persona en la interpretación de estímulos externos e internos. El objetivo fue analizar la relación del rol del profesional de enfermería ante la incertidumbre de la enfermedad aplicando una metodología neopositivista empírico deductiva mediante la revisión de teóricos como Mishle (1988) citado por Ferrer *et al.* (2008), Watson (1979); citado Por Marriner y Alligood (2007); Graterol (2013) En los resultados según Mishle (1988) el rol del profesional de la enfermería es establecer estrategias cuando la incertidumbre es valorada por la persona enferma como una oportunidad, búsqueda de un sitio seguro, es ofrecer apoyo social, reconocer la necesidad de expresar emociones con las personas significativas, que se sientan escuchadas, comprendidas, la necesidad de conocer y comprender el proceso de la enfermedad; las personas deben explorar comparaciones de refuerzo, compararse ellos mismos con otras personas que están en una situación peor. Recurrir a una enfermera que le ayude a buscar alternativas. Al percibir emociones y sentimientos desconocidos; valorar la soledad, la independencia. Según Graterol (2013) los cuidados humanos y espirituales transforman la conciencia de los profesionales ante la persona con enfermedad sensibilizando el fuero interno de cada cuidador formal Ayudando a su equilibrio espiritual, psicológico y social ante la incertidumbre de la enfermedad. Watson (1979) afirma que el desarrollo de una relación de ayuda – confianza entre el profesional de enfermería – persona es fundamental para el cuidado transpersonal, debido a que mediante esta se fomenta la expresión de sentimientos, la empatía y comunicación eficaz.

Palabras clave: Rol del Profesional de Enfermería, Incertidumbre y Enfermedad.

PREVENCIÓN DE LA SEPSIS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI).

Saraí Villarreal

Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería, Universidad del Zulia.
Maracaibo, Venezuela.
luzardovillarreal@gmail.com

La sepsis es causada por una desregulación de la respuesta del individuo a la infección. Dicha respuesta origina un daño tisular y orgánico. La sepsis constituye una de las principales causas de mortalidad en Venezuela, y un motivo frecuente de ingreso a unidades de cuidados intensivos, por ello los profesionales de la salud que trabajan en la uci deben conocer los últimos avances de la sepsis. Se tuvo como objetivo difundir las medidas de prevención de la sepsis en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Se realizó una revisión documental del último consenso sepsis 2016. Se introduce una definición de sepsis y una escala que permite la identificación precoz de la sepsis y la permanencia de los pacientes en la UCI, a través del empleo de la escala quickSOFA, asimismo continuar con la eliminación del foco de infección, así como con la toma de hemocultivos y otros según el foco de infección. Se prefiere iniciar la nutrición enteral, en la medida de lo posible, en cantidades toleradas por el paciente, conjuntamente con soluciones glucosadas endovenosas. También durante la ventilación mecánica emplear sedantes, planificar el destete progresivo, la posición de la cabecera de la cama unos 30-45° y aseo de la cavidad oral con clorhexidina para prevenir la neumonía asociada a la ventilación mecánica. Al conocer y aplicar las recomendaciones dadas en el consenso 2016 se contribuye a la prevención, así como la detección precoz y cuidados oportunos que disminuyan la mortalidad por sepsis.

Palabras clave: Sepsis, Prevención, Enfermería.

ALIMENTACIÓN EN TIEMPO DE CRISIS.

Hazel Anderson

Universidad del Zulia. Docente Titular de pregrado y posgrado. Coordinadora Académica de la Especialidad en Nutrición Clínica.
Facultad de Medicina.
Hazelanderson2001@gmail.com

La importancia de la nutrición para el mantenimiento de la salud y la longevidad ha sido plenamente estudiada, Aun cuando existen muchas publicaciones sobre los Hunzas, fue Sir Robert Mac Carrison en 1917 el pionero con su estudio sobre los Hunzas. Una alimentación saludable con el predominio de granos, vegetales y frutas es un pilar fundamental dentro del estilo de vida tal como ha sido demostrado por la Dieta Mediterránea. La alimentación incluye desde la disponibilidad del alimento su ingreso al organismo hasta la absorción del mismo. Los alimentos están conformados por nutrientes: proteínas, grasas, carbohidratos, vitaminas, minerales y agua, los cuales permiten las funciones vitales, crecimiento, desarrollo y la reproducción del ser humano; que permite piel sana, visión adecuada, función cognitiva adecuada y longevidad, evitando enfermedades, en tiempos de crisis se debe aplicar la alimentación inteligente. La alimentación debe incluir los alimentos más económicos, pero más nutritivos como: huevo (principalmente en las embarazadas, niños y adultos mayores), ricota, granos (mínimo 4 veces por semana), vegetales y frutas de la estación (que incluya los 5 colores de la salud: amarillo, verde, rojo, morado y blanco). Fraccionar si es posible en tres comidas, donde se combine arroz, o pasta, o harina de maíz o yuca o plátano con los vegetales o frutas de diferentes colores para enriquecerlos con vitaminas, minerales. Colocar siempre las grasas al final, al momento de servir la comida, evitando las frituras. Esto permitirán que al consumir alimentos de calidad en tiempos de crisis conserves tu salud.

Palabras clave: Alimentación, salud, nutrientes.

CÓMO ENFERMA EL SER HUMANO?

Diego Muñoz

Universidad del Zulia.
Facultad de Medicina.
Maracaibo, Venezuela.
diego_smc77@hotmail.com

La conducta de enfermedad es una línea de trabajo que inició en 1951 con el sociólogo Parsons y la publicación de *The social system*, donde balanceó el concepto de “rol social del enfermo. La conducta de enfermedad fue desarrollada por Mechanic en 1986, explicando cómo se responden a las sensaciones corporales y condiciones bajo las cuales se encuentran para llegar a percibir las como anormales o parte normal de su vida. La atención médica y de enfermería, hay que adaptarla con la conducta normal de enfermedad, donde el individuo se percibe enfermo, interpreta la enfermedad, los síntomas, asume su rol social, busca ayuda médica, coopera con su tratamiento y recuperación; pues de estos factores dependerá el mecanismo individual como el paciente enferma. El profesional está obligado a lograr habilidades en las relaciones interpersonales y de cuidado humano que le permitan producir cambios en los estilos de vida de los pacientes y en la conducta de enfermedad, sobre todo en la escala de motivos y valores implícitos en sus interpretaciones y razonamientos del proceso nosológico; con el fin de hacer coincidir las necesidades subjetivas de salud con las reales. Las nuevas exigencias de la profesión, requieren de un cambio cualitativo del modelo de atención que considere el papel de los patrones individuales más que los generalizables. El objetivo fue analizar las perspectivas psicológicas, sociológicas, antropológicas, fenomenológicas, biológicas y psicopatológicas implicadas en la reacción del ser humano ante la enfermedad para tomar insumos que permitan responder la pregunta ¿Cómo enferma el ser humano?

Palabras clave: Conducta de enfermedad, Percepción de salud y enfermedad.

AUTOESTIMA EN ADULTOS MAYORES CON Y SIN ACTIVIDAD FÍSICA.

Liliam González, Noris Acosta, Diego Muñoz, Omaira Noguera, Sofía Vera, Alexis Fuenmayor, María Márquez, Kenny González

Universidad del Zulia. Facultad de Medicina. Maracaibo-Venezuela
diego_smc77@hotmail.com

La calidad de vida en el adulto mayor implica la autoestima, y se relaciona con la ejecución de actividades cotidianas. El objetivo fue determinar la influencia de la actividad física sobre la autoestima en adultos mayores en un establecimiento de salud. Investigación descriptiva, no experimental, transversal y correlacional, muestra censal 35 personas de 60 años, quienes asisten a las actividades programadas en el club del adulto mayor. Técnica de recolección de información la encuesta y como instrumentos un cuestionario de datos sociodemográficos y de realización de actividad física (frecuencia mínima 2 veces por semana y duración mínima 40 minutos), diseñado y validado para la investigación y la Escala de Autoestima de Rosenberg. Los resultados se analizaron con el paquete SPSS 17.0. La mayoría, 42% tienen entre 60 y 65 años, 65% son mujeres, 43% son casados, 71% tienen estudios de nivel primario; solo 28% realizan actividad física mínimo 2 veces por semana y al menos por 40 minutos, de los cuales el 63% son hombres. El 62% tuvieron un nivel de autoestima bajo, 23% autoestima media y 15% autoestima alta; al relacionarla con la actividad física, todos los que realizan actividad física tienen autoestima alta y 67% con autoestima baja no la realizan. Al comparar estos dos grupos utilizando una prueba de significancia estadística ($\alpha = 0.05$) se evidencia una relación entre la actividad física mínimo 2 veces semanales de al menos 40 minutos con un mayor nivel de autoestima. La actividad física influye sobre la autoestima en adultos mayores.

Palabras clave: Adulto mayor, actividad física, autoestima.

ESTRÉS LABORAL EN PERSONAL ASISTENCIAL DE UN HOSPITAL PÚBLICO DEL MUNICIPIO MARACAIBO.

Diego Muñoz, Liliam González, Noris Acosta, Omaira Noguera, Sofía Vera, María Márquez, Wilson Cando, Kenny González

Universidad del Zulia.
Facultad de Medicina.
Maracaibo, Venezuela.
diego_smc77@hotmail.com

La psicología de la salud ocupacional y la medicina del trabajo han establecido en múltiples estudios alrededor del mundo, que el trabajo con altas exigencias de tipo cognitivo, psicológico y emocional, asociado a un escaso control sobre la tarea, bajo apoyo social de pares y jefes, y una deficiente calidad del liderazgo en profesionales que laboran en servicios humanos, está fuertemente asociado con factores de riesgo para estrés en todas las esferas y más aún estrés de tipo laboral. El objetivo de este trabajo fue determinar la frecuencia de estrés laboral en trabajadores de salud de un hospital público del municipio Maracaibo, durante el período enero-julio de 2018. Investigación de tipo descriptiva, con diseño no experimental, prospectivo y transversal. La muestra fue de 70 personas que laboran en un hospital público del municipio Maracaibo, de los cuales fueron 35 médicos y 35 enfermeras. Se aplicó el instrumento de estrés laboral de la OIT-OMS. Para el análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva, calculando frecuencia y porcentajes. Como resultado, 48% de los encuestados presentó estrés en nivel intermedio, 26% estrés en nivel alto y 6% nivel bajo. Además, 20% de la muestra estudiada no presentó indicadores de estrés. Se concluye que la mayoría de los trabajadores, tanto médicos como profesionales de enfermería que laboran en las áreas asistenciales del centro de salud incluido en el estudio, presentaron algún nivel de estrés, siendo el nivel intermedio el nivel más frecuente.

Palabras clave: Estrés laboral, personal de salud, personal asistencial.

PROGRAMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA Y LA COMUNICACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.

Ediluz Fuenmayor

Hospital Universitario. Maracaibo, Estado Zulia, República Bolivariana de Venezuela.
efuenmayorb@hotmail.com

El presente estudio de campo, enmarcado en el paradigma cuantitativo, descriptivo no experimental transeccional, tuvo como objetivo fundamental evaluar la Programación Neurolingüística (PNL) y la Comunicación en los Profesionales de Enfermería. La programación neurolingüística es una habilidad práctica capaz de asegurar resultados realmente esperados mediante la fijación de metas para cada situación. Este proceso es modelar, dado que consiste en un conjunto de modelos, habilidades y técnicas, cada vez utilizada con mayor frecuencia en salud, logrando una comunicación efectiva, desarrollo de una personalidad y acelerar el aprendizaje, la comunicación según Sambrano es la información de sentimientos y conocimientos transmitida a alguien con quien se comparte una serie de experiencias para obtener un aprendizaje productivo, lo cual denota un intercambio de información entre dos entidades, es un medio que transmite un mensaje. Los resultados permitieron que los profesionales de enfermería, utilizan el metamodelo como estrategia basada en la PNL para comunicarse con sus compañeros, asimismo, utilizan la metáfora y el anclaje en su comunicación. Se corroboró que los profesionales de enfermería en su mayoría redefinen los hechos al tener problemas comunicacionales les asignan nuevos significados a las relaciones conflictivas. Se concluye que es pertinente reorientar el proceso comunicacional hacia una comunicación efectiva dentro de las relaciones que establece con las personas. Al respecto se formulan recomendaciones orientadas a minimizar las debilidades detectadas.

Palabras clave: Programación Neurolingüística, Comunicación, Profesionales de Enfermería.

TRABAJO DE EQUIPO EN PREVENCIÓN SOBRE ALCOHOLISMO, VIOLENCIA Y EMBARAZO EN COLEGIO JUAN MONTALVO MANTA.

Victoria Sabando¹, Amelia Arteaga², Karina Molina³, Jeraldynne Cedeño

¹ Facultad de Enfermería de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí República del Ecuador.

² Facultad de Medicina de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí República del Ecuador y Sala de Primera Acogida del Hospital Rodríguez Zambrano.

³ Facultad de Ciencias Humanísticas, Carrera de Psicología de la Universidad Técnica de Manabí República del Ecuador. magalisabando@yahoo.es

El trabajo de equipo como eje transversal en el desarrollo de proyectos de investigación y vinculación promueve la cultura investigativa y aprendizajes significativos en los estudiantes en su práctica pre profesional sobre la prevención del consumo de drogas entre ellas el alcoholismo, violencia y embarazo en adolescentes en establecimientos educativos. El presente trabajo de investigación en los estudiantes del Colegio Juan Montalvo presenta un gran problema de salud pública de una forma progresiva puesto que se considera al alcoholismo asociado a la violencia intrafamiliar en escolares y adolescentes, como un problema de alta relevancia para las familias y toda la sociedad en general. Identificar las principales causas del consumo de alcohol en los estudiantes del Colegio Juan Montalvo, con el fin de desarrollar un programa educativo en salud preventiva continuo y sistemático que ayude a minimizar problemas en adolescentes y por ende prevenir el consumo de alcohol, violencia de género y embarazo en los adolescentes y jóvenes en establecimientos educativos. Con metodología empírica, e inductiva, enfoque pos-positivista, se aplicaron encuestas, observación de campo y revisiones documentales. Los principales factores que afectan el inicio de consumo de alcohol fueron los problemas de violencia intrafamiliar, los altos problemas sociales que los adolescentes encuentran en las calles, la

edad de inicio de ingesta de alcohol oscila entre los 15 y 17 años de edad y que cada vez es mucho más frecuente, afectando las relaciones intrafamiliares en las cuales se presume no existe un entorno adecuado en el ámbito familiar, educativo y sociedad.

Palabras clave: Trabajo de equipo, Consumo de alcohol, violencia intrafamiliar.

TRABAJO DE EQUIPO EN PROMOCIÓN DE LA SALUD Y VIGILANCIA DE ALIMENTOS SALUDABLES EN BARES ESCOLARES.

Victoria Sabando¹, Amelia Arteaga², Karina Molina³, Sandra Pazmiño⁴, Génesis García¹, Rita Briones⁴

¹Facultad de Enfermería de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí República del Ecuador. ² Facultad de Medicina de la

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí República del Ecuador y Sala de Primera Acogida del Hospital Rodríguez Zambrano.

³Facultad de Ciencias Humanísticas, Carrera de Psicología de la Universidad Técnica de Manabí República del Ecuador. ⁴Hospital Verdi Cevallos Balda. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Laica.

magalisabando@yahoo.es

La promoción de salud y vigilancia en bares escolares es una estrategia para facilitar a estudiantes y población conocimientos habilidades y destrezas de vida saludable. Identificar factores de riesgos biológicos e higiénicos sanitarios asociados a la aparición de enfermedades ocasionadas por los alimentos que se expenden en los bares escolares. Estudio descriptivo empírico, enfoque pos-positivista, observación de campo en las Escuelas Aníbal San Andrés y Manuela Octavio Rivera en 150 estudiantes 4to a 7mo de educación básica en coordinación con centro de salud de Montecristi de Manta. Se identificó bajo grado de responsabilidad en el cumplimiento de las normas de higiene un 50%, medidas higiénicas en adquisición, preparación y manipulación de los alimentos el 70%, y 80%

desconoce a qué temperatura se debe mantener los alimentos para su adecuada conservación, el 50% utilizan agua del grifo para preparar los alimentos, el 95% refirió carecer de conocimiento de tipos de contaminación alimentaria, el 90% de administradores y docentes escaseaban de conocimientos sobre las normas y protocolos del reglamento bares escolares según acuerdo interministerial 0004-10 un 95% privan del certificado de salud ocupacional, el 50% utiliza el delantal como implemento de trabajo. El personal de salud con equipos multidisciplinarios de estudiantes deben trabajar en campañas educativas a fin de capacitar en forma continua y sistemática sobre la aplicación de normativas de escuelas saludables, monitoreo y vigilancia del cumplimiento de leyes en bares escolares, para la correcta manipulación de alimentos preparados, y ofertarlos en condiciones que garanticen calidad en el servicio.

Palabra clave: Promoción, salud preventiva, bares escolares.

TEORÍA DE DOROTHEA OREM Y SUS IMPLICACIONES EN EL AUTOCUIDADO DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II.

Dolores Cedeño¹, Esther Urdaneta²

¹ Facultad de Enfermería, Universidad Estatal del Sur de Manabí. Manta. Ecuador

² Facultad de Medicina, Profesor Agregado. Escuela Enfermería, Universidad del Zulia. Maracaibo-Venezuela.

doloresmirella@hotmail.com

eurdaneta02@gmail.com

El presente estudio tuvo como objetivo disertar sobre las implicaciones de La Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem aplicada a fomentar el autocuidado en individuos que padecen Diabetes tipo II, específicamente en lo referente a requisitos de autocuidado universales, requisitos de autocuidado de desarrollo, requisitos de autocuidado de las alteraciones de la salud. Así como lo relacionado al déficit de autocuidado y el sistema de apoyo educativo, aspectos de esta teoría que se aplican al individuo que padece esta enfermedad. Se revisaron algunas investigaciones en relación a los conocimientos del individuo sobre el conocimiento en relación al autocuidado y estos coinciden en la deficiencia de conocimientos en este aspecto tan importante. Esta teoría se presenta como una alternativa para las intervenciones del personal de enfermería, en desarrollar el conocimiento necesario para ayudar a los individuos y las familias a iniciar y mantener conductas que lleven a reducir los riesgos de la enfermedad o de sufrir complicaciones que tengan enormes implicaciones individuales, familiares y sociales en las personas.

Palabras clave: Dorothea Orem, autocuidado y Diabetes tipo 2.

Trabajos en extenso

PROMOCIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO (CUIDADOS ESPIRITUALES) ANTE LA PERSONA HUMANA DE TERCERA EDAD.

Gregoriana Mendoza¹, Vanessa Belloso^{1,2}, Ana Graterol^{1,3} y Eva Mendoza¹

¹Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad del Zulia,
²Hospital Adolfo Pons, ³Hospital Coromoto. Maracaibo, Estado Zulia, República Bolivariana de Venezuela.
gregoriana4333@gmail.com

Resumen. La persona humana en su crecimiento y desarrollo va envejeciendo desde su nacimiento, las células, los tejidos y los órganos tienen su temporalidad. La cosmogonía del envejecimiento en mundo postmoderno secularizado es la anulación de la persona humana. El secularismo ideología individualista propone en la conciencia vivir solo para sí en inmanencia, con desdibujo de la trascendencia; siendo, lo primordial e importante el ser joven, útil y productivo. Propósito: analizar la promoción del acompañamiento (Cuidados Espirituales) ante la persona humana de tercera edad. Metodología paradigma cualitativo-método fenomenológico que busca la conciencia el mundo vivido, las creencias, las actitudes ante el envejecimiento y las relaciones o vínculos de las personas humanas de la tercera edad con la sociedad. Técnicas de recolección de la información la observación indirecta entrevista semiestructura, grabación y videos; el instrumento fue entrevista dialógica, informantes clave fueron 60 personas humanas de 55 a 90 años. Interpretación por los métodos hermenéutico dialéctico y fenomenológico. Resultados: Análisis descriptivo en un primer momento emergió las categorías: "soledad", "días largos en casa", "sueño con el reencuentro con mis hijos y nietos que se fueron del país,

"abandono", "situación difícil estresante y limitante en los últimos años de la vida". Análisis descriptivo en un segundo momento emergió las categorías: "reconocimiento", "volver a leer la vida", "dar sentido a la existencia", "liberarme de la culpa" "reconciliación", "trascendencia-felicidad". Conclusión o Fase de triangulación: el acompañamiento cuidados espirituales son unas estrategias educativas en salud para la persona humana de tercera edad; brinda en las visitas la oportunidad de expresar la conciencia ser-ahí en la vejez, promueve al ser-con la familia, la comunidad y la sociedad. Mientras aumenta la expectativa de la vida se necesitará más el acompañamiento de Enfermería a la persona humana de tercera edad.

Palabras clave: acompañamiento, cuidados espirituales, persona humana de tercera edad.

INTRODUCCIÓN

La persona humana en su crecimiento y desarrollo va envejeciendo desde su nacimiento, las células, los tejidos y órganos tienen su temporalidad. La cosmogonía del envejecimiento en mundo postmoderno secularizado es la anulación de la persona humana. El secularismo ideología individualista propone en la conciencia vivir solo para sí en inmanencia, con desdibujo de la trascendencia; siendo, lo importante el ser joven, útil y productivo. Es necesario promover el acompañamiento de la familia y comunidad a las personas humanas de tercera edad por medio de los cuidados espirituales.

METODOLOGÍA

Paradigma cualitativo-método fenomenológico que busca la conciencia el mundo vivido (1), las creencias, las actitudes ante el envejecimiento y las relaciones o vínculos de las personas humanas de la tercera edad con la sociedad. Técnicas de recolección de la información la ob-

servación indirecta entrevista semiestructura, grabación y videos; el instrumento fue entrevista dialógica. Las técnicas seleccionadas se apoyaron en los encuentros o visitas de 15 días, los informantes clave fueron 60 personas humanas de 55 a 90 años. Este estudio se fundamentó en los textos de: en primer lugar, en Husserl Ideas Relativas a una Fenomenología Pura y una Filosofía Fenomenológica (2); en segundo lugar, Heidegger el ser y el tiempo (3); y, en tercer lugar, Martínez con el método Fenomenológico. Se transcribieron 60 corpus discursivos en un primer momento y 60 corpus discursivos en un segundo momento. Se realizó el proceso de categorización (1).

RESULTADOS

Los temas del primer momento fueron "soledad", "días largos", "reencuentro", "abandono", "situación, últimos años de la vida". Los temas del segundo momento fueron "reconocimiento", volver a leer la vida, "dar sentido a la existencia", "libérame de la culpa", "reconciliación", "acompañamiento", "trascendencia- felicidad" (2, 3) se realizó el proceso de la triangulación y análisis descriptivo antes y después de los encuentros.

Las categorías son: **C1 soledad**: "por qué estoy quedando sola" "sé fueron los hijos se casaron tan jóvenes". **C2 "días largos"**: "da igual que sea de día o de noche". **C3 "reencuentro"**: "espero que algún día se reúnan conmigo", "yo quisiera reconciliarme con mi hija, pero no sé cómo hacerlo soy muy orgullosa", **C4 "abandono"**: "han muertos mi amigos, años sin que vengan nadie acá". **C5 "situación últimos años de la vida"**: "han influido en todo, comida, la luz, el agua, la basura, la quema y el humo" (2, 3).

Después de 15 días, de acompañamiento y enseñanza del personal de Enfermería: las categorías (C) centrales consideradas por los informantes, para quienes lo primordial son la significación de las acciones. fueron: en primer lugar, la **C1 "reconocimiento"** expresiones: "cuando me gradué me dieron el diploma de bailarina", "que me reconozcan tal como soy a pesar de mi edad", "no me gustan los apodosos", "ahora me llaman Francisco y no el trompo" (2, 3,4).

En segundo lugar, **C2 volver a leer la vida** "es recibir viejos momentos importantes", "en el tiempo de mi juventud había más alegría que ahora", "feliz de recordar mi niñez con los juegos tradicionales" (4). En tercer lugar, **C3 búsqueda de un sentido**: "me pregunto por qué he sufrido la enfermedad por qué se enferman mis hijos". En cuarto lugar, **C4 Librarse de la culpa**: "librarme o reconocer mi error cuando tengo un concepto errado de alguien", "librar mi conciencia de los errores" (4).

En quinto lugar, **C5 reconciliación** estar dispuesto a conversar para limpiar cualquier diferencia buscando restablecer una mejor relación de vida: "un día le respondí mal a una inquilina me sentí mal al otro día le pedí disculpas" En último, **C6 trascendencia - felicidad**: "dejo huellas cuando realizo algo productivo por otros", "cuando ayudo y presto mis servicios a la iglesia sin recibir nada" (4).

DISCUSIÓN

Es la parte de la sección se presentan en primer lugar, se confrontan los hallazgos en el análisis descriptivo por la obra El Ser y el Tiempo (3); en segundo lugar, la confrontación de los hallazgos en el análisis descriptivo con la Ciencia de Enfermería: la filosofía y ciencia de (5) y la teoría fenomenológica cuidados espirituales como innovación educativa (4).

En primer lugar, filosofía ontológica en la obra el ser y la nada converge con el principio no contradicción, es decir, en el ser no se originan cambios; no es posible dejar de ser aunque vivencie la nulidad ante las circunstancias de la vida. Además, la persona humana tiene cuatro tipos de conciencia, ellas son: la imaginativa, la afectiva, la pre reflexiva y la reflexiva. La conciencia imaginativa es dar poder o debilidad a las cosas inanimadas o infra personales. La conciencia afectiva cualidad de amor u odio a las cosas o circunstancias. La conciencia reflexiva mundo interno donde prevalece el yo como único ser importante, la única realidad. Por último, la conciencia pre reflexiva cuando reconoce la existencia del otro, como ser de igual importancia en el mundo. (1) Así como también, en la filosofía ontológica El Ser y El Tiempo, la plenitud del ser se encuentra en el "ser -ahí, el ser-con y en la muerte" (2, 3).

Los informantes clave en este estudio, en el primer momento expresaron las vivencias en la nulidad (dimensión temporal) donde manifestaron sus creencias, sus conciencias imaginativa, afectiva y reflexiva emergieron las categorías: C1 soledad, C2 días largos, C3 reencuentro, C4 abandono y C5 situación últimos años de la vida; dichas categorías son expresión viva del no ser, de la anulación, un objeto y no sujeto en el mundo. Después de los 15 días de acompañamiento, el segundo momento experimentaron emergiendo las categorías: C1 reconocimiento, C2 volver a leer la vida, C3 dar sentido a la existencia, C4 libérame de la culpa, C5 reconciliación, C6 trascendencia-felicidad", su ser aun en la vejez, su ser permanece en el tiempo (4).

Los informantes vivenciaron con mayor intensidad la realidad existencial: la conciencia pre reflexiva su ser con. Para comprender y aprehender el proceso de la vejez del "ser -ahí", la familia y el personal de Enfermería deben ser esencialmente uno con él ("ser-con"); la experiencia en el proceso de envejecimiento es esencialmente salir de sí mismo ir hacia el envejeciente acompañarlo trascendiendo en él en forma empática (2). En sentido ontológico, es una experiencia existencial el personal de enfermería se hicieron uno con la persona humana en tercera edad. En segundo lugar, la confrontación de los hallazgos del análisis descriptivo con la Ciencia de Enfermería: la filosofía y ciencia. Entre los conceptos principales: en primer orden, formación de un sistema humanístico-almatista de valores donde se extiende el sentido de satisfacción de sí mismo en la educación; en segundo orden, inculcación de la fe-esperanza es la promoción del cuidado de enfermería holístico; en tercer orden, cultivación de la sensibilidad reconocimiento sentimientos y auto concepto de la enfermera(o) y el usuario; en cuarto orden desarrollo de una relación de ayuda-confianza es importante enfermera(o) usuario; en quinto orden, promoción y aceptación de las expresiones de los sentimientos positivos y negativos comprensión intelectual y emocional (5).

En sexto orden, promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal permite el autocuidado y crecimiento personal; en séptimo orden, provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, socio-cultural y espiritual influencia entorno interno y externo en la salud;

asistencia en la gratificación de las necesidades humana reconocimiento de las necesidades humana de la enfermera (o) y del usuario (5).

El postulado de Watson y sus conceptos ofrece una orientación fenomenológica, existencial y espiritual para el proceso del cuidado holístico del usuario de tercera edad; ellos en conjunto con los cuidados espirituales como innovación educativa fundamentaron a la investigación ya que abarcaron la satisfacción de las necesidades espirituales de los adultos mayores, generando cambios de actitud ante el proceso de salud, las etapas de crecimiento, desarrollo, la vejez y proceso de morir.

CONCLUSIÓN

Por consiguiente, el análisis concluyente después de aplicar la estrategia e innovación educativa cuidados espirituales a los informantes clave vivenciaron y observaron al ser -ahí" y el "ser-con" en la "existencia" (2, 3,4). Fueron esos momentos donde se vivenció con mayor intensidad la realidad: la conciencia de su ser y las negaciones, el ser y el no ser de la persona humana, la conciencia de sí, la autoconciencia la conciencia reflexiva y pre reflexiva. El compartir el ser -ahí" con el "ser -con" la "existencia". El encuentro de la "existencia con la existencia". El crecimiento de la "existencia con la existencia. Su "ser -ahí" volvió a vivir, a vivenciar el proceso de la vida; su mundo inter-sujetivo experimentó la capacidad de tomar, asumir, empoderarse, poseer su historia, su existencia. "El acercamiento a los usuarios y a la familia en esos 15 días ha sido muy bueno", resalta el grado de aceptación del cuidador; "la intervención en mi persona ha sido muy buena", "ud. se ha ocupado de uno". "La vivencia de la comunicación en la familia, es muy importante"; "lo mejor de mí para mis familiares, amigos y compañeros", "ellos cuentan conmigo", "la convivencia del día a día es importante"; "sin embargo, mis familiares por allá en sus casas y yo por aquí sola en mi casa" (2, 3, 4).

Se logró que la persona humana en tercera edad y el cuidador se empoderaran de la conciencia de sí, la conciencia psicológica intencional en modificar los mecanismos de afrontamiento psicológico en su existencia; así como también, asumieran la conciencia colectiva en su "existencia" para modificar las imágenes y afectos adversos (odios) hacia la vejez y el pro-

ceso de morir en la sociedad maracaibera. Además, la conciencia epistemológica intencional (2, 3, 4, 5).

REFERENCIAS

1. **Martínez M.** Comportamiento Humano. Nuevos Métodos de Investigación México. Trillas 2007: 35-45.
2. **Husserl E.** Invitación a la Fenomenología México. Fondo de Cultura Económica 2010: 40-45.
3. **Heidegger M.** El Ser y El Tiempo México. Fondo de Cultura Económica 2009: 33-39.
4. **Mendoza G.** Cuidados Espirituales como Innovación Educativa. Teoría Fenomenológica. Tesis Doctoral 2014: 22-30.
5. **Tomey A.** Alligood M. Modelos y Teorías en Enfermería 4ta ed España: Elsevier 2003: 142-156.

CUIDAR DESDE LA TEORÍA TRANSPERSONAL DE JEAN WATSON Y SUS IMPLICACIONES EN EL MICROCURRÍCULO DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA.

María Vera¹ y Esther Urdaneta²

¹Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera Enfermería Universidad Técnica de Babahoyo, Los Ríos-Ecuador. ²Facultad de Medicina, Profesor Agregado. Escuela Enfermería, Universidad del Zulia, Maracaibo-Venezuela.
[.M_vera_2008@hotmail.com](mailto:M_vera_2008@hotmail.com)

Resumen. El cuidado de Enfermería constituye el objetivo, el cuerpo y la finalidad de la profesión, cuidar implica preocupación, acompañamiento, sensibilidad y competencias. El cuidar y el cuidado se constituye en el hacer de Enfermería como un modo, una manera, un patrón, una estructura, un proceso. Por ello la carrera de enfermería dentro de su currículo tiene como misión principal proporcionar las competencias para el cuidado del ser humano de manera integral, de ahí la necesidad de asumir los postulados de la teoría transpersonal de Jean Watson que destaca el cuidado como la esencia del ejercicio profesional de la Enfermería, incluye las relaciones transpersonales entre la enfermera y el paciente. Preservando la dignidad humana y el cuidado humanizado en la atención a

los pacientes. Para ello se debe fortalecer a través del microcurrículo el empoderamiento del postulado filosófico de la teorizante ya que es a partir de la formación de pregrado cuando el estudiante adquiere competencias cuyo significado de valores y principios promueven el rescate de la dignidad humana, lo que le permitirá ser autónomo, desarrollar compromiso social, capacidad crítica racional, tomar postura transformadora, entender el respeto por el otro y su compromiso con el desarrollo y fortalecimiento de la profesión. Estableciendo un perfil acorde a las competencias específicas de la profesión que conlleve a armonizar la teoría y la práctica en el cuidado del paciente.

Palabras clave: Micro currículo, Teoría transpersonal de Jean Watson, Cuidado de enfermería.

INTRODUCCIÓN

El modelo Educativo de la Universidad Técnica de Babahoyo (Ecuador) y por ende el de la Formación de Licenciados en Enfermería de la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud se sustenta en la concepción de competencia con un enfoque holístico enfatizando en el desarrollo de conocimientos, actitudes y habilidades constructivista y de acuerdo a los 4 pilares de la Educación sugeridos por la UNESCO aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a ser y aprender a vivir juntos. Por tanto enrumbar la educación a través de los 4 pilares permite la formación de un individuo capaz de entender los cambios necesarios para la transformación de la sociedad e interactuar bajo principios de dignidad humana, el informe de Delors para la continuidad en la formación de un ser íntegro, las universidades para este hecho reorganizan sus programas de estudios pero sin involucramiento desde la curricula de los modelos conceptuales propios de enfermería, para luego reajustar los fundamentos epistemológicos y vincular las teorizantes que han dado espacio científico e investigativo a la profesión.

Dentro de este contexto el currículo de Enfermería, se fundamenta en teorías propias de enfermería, que caractericen la práctica y la sistematización del cuidado (1), destacan el aporte de la teoría de Jean Watson (2), en la preparación académica, al afirmar que su nivel de for-

mación profesional permite conocer y comprender la integralidad del ser humano, para abordarlo con idoneidad ética en una relación interpersonal de “cuidado integral”, orientado hacia el desarrollo de potencialidades que promuevan su autocuidado y el mejoramiento de la calidad de vida. *Cabe destacar que la enfermería es considerada como ciencia y arte, con conocimientos propios e independientes que apunta al cuidado integral, teniendo en cuenta elementos disciplinares y profesionales. Entre las teorizantes que destacan el cuidado humanizado y científico es pertinente mencionar a Jean Watson quien sugiere en sus teorías incluir el cuidado humanizado en el momento de la atención a los pacientes, haciendo evidente los aspectos éticos, del arte y los espirituales-metafísicos, llevando a reflexionar sobre el fundamento moral y metafísico de la conducta profesional de enfermería, necesario en la formación de pregrado (2).*

Según Quintero, para Jean Watson la enfermería se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud, a la prevención de las enfermedades y al cuidado de los enfermos. Los enfermos requieren cuidados integrales que promuevan humanismo, la salud y la calidad de vida, con las debidas consideraciones de las diferencias individuales (3). Watson (1), sostiene que: Ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, es necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería.

La Teoría del Cuidado Transpersonal de Watson “contribuye a la sensibilización de los profesionales hacia aspectos más humanos”. Su implementación y aplicación debe iniciarse desde el proceso de formación de todo enfermero. Es a partir de la formación universitaria cuando el estudiante fortalece las competencias profesionales a fin de ser autónomo, desarrollar compromiso social, capacidad crítica racional, tomar postura transformadora, entender el respeto por el otro y su compromiso con el desarrollo y fortalecimiento de la profesión (4).

Estos aportes científicos justifican la necesidad de preparar a los estudiantes para que puedan brindar un cuidado humanizado en la

práctica pre profesional. De allí la importancia de la revisión del microcurrículo de la carrera en todas las asignaturas que pertenecen a la unidad profesional, porque son las que nutren directamente al perfil de egreso del profesional de enfermería. Por consiguiente, a través de la formación el estudiante debe responder a las competencias básicas y específicas que le permitan reflexionar sobre el significado que una acción tiene para sí (autocuidado) y para la persona que solicite apoyo o ayuda, en relación con su salud y bienestar y que pueda construir conocimientos acerca del proceso del ser y el vivir en la solidaridad humana que se desprende del acto del cuidar.

METODOLOGÍA

Es de interés analizar el enfoque filosófico de la teoría de Watson, para ello se realizó la búsqueda de información de artículos científicos e información relevante de otras fuentes. Se realizó, una revisión de investigaciones anteriores relacionadas con el tema y concuerdan con las aseveraciones de la teorizante Margaret Jean Watson quien desarrolló la Teoría del Cuidado Humano, al considerar el cuidado efectivo por medio de la relación transpersonal, es decir, el cuidado que trasciende tiempo, espacio y materia de paciente y profesional para que formen un único elemento en sintonía, además del momento puntual de la interacción, de manera a favorecer la restauración de la salud (5).

RESULTADOS

En un artículo científico se exponen lo relevante de comprender los fundamentos ontológicos del cuidado y sus componentes teóricos para dar sentido coherente y consistente a enfermería como una *ciencia humana*. De ahí la utilidad de la teoría de Watson, al plantear una filosofía de cuidados, un lenguaje teórico propio de la profesión y una vinculación entre teoría-práctica que revitaliza de aspectos perdidos o invisibilizados de la enfermería como los que plantea (6).

En este sentido, se afirma que la corriente filosófica con la que Watson ha estudiado el cuidado es el existencial fenomenológico con base espiritual, donde el cuidado es un ideal moral y ético de la profesión, es decir, el cui-

dado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. Así los cuidados de enfermería conforman un proceso interpersonal que consiste en intervenciones que resultan de la satisfacción de las necesidades humanas. Los conceptos principales que utiliza la autora en su modelo, y que van más allá de los conceptos paradigmáticos, basa su teoría sobre el ejercicio profesional en 10 elementos enumerados a continuación: (2).

1. Formación de un sistema de valores humanístico-altruista: afirma que estos valores se aprenden a principios de la vida. Es aquí donde es fundamental la enseñanza del cuidado humanizado a través del microcurriculo.
2. Infundir fe-esperanza: promueve la asistencia de una enfermería holística y potencia la salud entre los pacientes, describe el rol de la enfermera en el desarrollo de interrelaciones eficaces con el paciente y en la promoción del bienestar.
3. Desarrollo de la sensibilidad de la enfermera hacia ella misma y hacia los demás: las enfermeras al reconocer su sensibilidad y sus sentimientos se vuelven más genuinas, auténticas y sensibles hacia el problema de salud del paciente. Es preciso conocerse a sí mismo para poder comprender al otro (2).
4. Desarrollo de una relación ayuda-confianza: el desarrollo de este tipo de relación es vital para la asistencia transpersonal, este tipo de relación promueve y acepta la expresión de sentimientos positivos y negativos. Implica coherencia, empatía, afecto no posesivo y comunicación eficaz. Dentro del microcurriculo se debe hacer énfasis en la relación enfermero-paciente como estrategia para establecer una alianza que contribuya al cuidado del paciente (2).
5. Promover, compartir y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos, en una experiencia que conlleva riesgos, la enfermera debe estar preparada para la expresión de estos sentimientos y debe estar preparada para reconocer que la comprensión intelectual y la comprensión emocional de una situación son diferentes.
6. Utilización sistemática del método de resolución de problemas para la toma de decisiones: para ello emplea el Proceso de Atención de Enfermera (PAE) como proceso sistemático y organizado que conlleva un planteamiento científico de la resolución de los problemas del cuidado de enfermería.
7. Promoción de la enseñanza-aprendizaje: permite informar al paciente e implicarlo en la responsabilidad sobre su salud y su bienestar, la enfermera facilita este proceso mediante estrategias, diseñadas para permitir que el paciente logre el autocuidado.
8. Promoción de un entorno de apoyo, de protección y/o de corrección mental, física, sociocultural y espiritual: la enfermera debe reconocer la influencia que tienen los factores internos y externos en la salud y en la enfermedad de los individuos. El bienestar mental, espiritual y sociocultural de los individuos son aspectos fundamentales en la salud tanto como los aspectos epidemiológicos.
9. Asistencia para la satisfacción de las necesidades humanas: los pacientes deben satisfacer las necesidades de orden inferior (alimentación, eliminación, oxigenación) antes de intentar satisfacer las necesidades de orden superior (2).
10. Tolerancia con las fuerzas fenomenológicas: la fenomenología describe los datos de una situación que se presenta que ayuda a comprenderla.

DISCUSIÓN

Watson (1, 2) sustenta su trabajo en desarrollar una base moral y filosófica significativa en la labor del personal de enfermería, y hace mención a un sistema de valores humanos altruistas, que tiene como principal motivo y objetivo para cada enfermero expresar el amor y los conocimientos de la disciplina a cada persona. Este cuidado humanizado podría ser brindado aplicando los 10 elementos que Watson incluye en su teoría, además de proporcionar un trato cordial, tolerante, tranquilo, tomando en cuenta cada esfera que compone al ser humano. Cabe destacar la vigencia de los postulados de Watson (1,2)

que promueve la aplicación de valores éticos morales en el cuidado de enfermería, rescatando la importancia de la promoción de la salud, el autocuidado y el papel primordial del paciente en el mantenimiento de la salud y prevención de las enfermedades para lograr un cuidado humanizado. Sin perder de vista el rol científico de la enfermera a través de la utilización del Proceso de Atención de Enfermería. Es decir que el cuidado humanizado, basado en principios, valores, sensibilidad, empatía no está separado de un cuidado científico y de calidad, donde el objeto y sujeto de este cuidado es el paciente y donde la enfermera juega un rol primordial.

CONCLUSIÓN

Es fundamental incorporar desde la academia en especial en el desarrollo de la planificación de las asignaturas profesionalizantes la aplicación de este modelo, en la formación de los estudiantes de enfermería para proporcionarle las bases filosófica, ontológica y epistemológica en su práctica profesional, para así esclarecer el proceso del cuidado humano en enfermería, preservar el concepto de persona humana en nuestra ciencia y mejorar la contribución a la sociedad. Lo que permitirá que los estudiantes de enfermería en formación y en búsqueda del conocimiento puedan vincular de manera armónica la teoría con la práctica, evitando las discrepancias entre conocimiento teórico y el desempeño profesional. Se destaca la importancia del análisis de la teoría de Watson (1, 2,) para el alineamiento de la práctica asistencial de carácter pre profesional, al considerar la complejidad del ser humano en todas sus dimensiones lo que permitirá un educando con crecimiento personal y promotor de salud para la familia y las comunidades, al tener un compromiso moral de proteger y dignificar la vida de las personas, esta teoría ofrece una orientación a la utilidad en el suministro del cuidado enfermero.

REFERENCIAS

1. Izquierdo Machín E. Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. Rev Cubana Enferm 2015; 31(3): Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/686>.

2. Marriner T, Raile A. Modelos y teorías en enfermería. 4ta ed España: Elsevier, 2008:142-156.
3. Quintero B. Ética del cuidado humano bajo los enfoques de Milton Mayeroff y Jean Watson. Ciencia y Sociedad 2001; 26(1): 16-22.
4. Ospina B, Cifuentes J, Benavides N, Rodríguez M, Merchán V. Actividad académica básica: Cuidado transpersonal: humanizando el ser y quehacer del enfermero en formación, 2016:53-55. <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1476/1676>.
5. Saviato R, Ribeiro E. Asistencia en Enfermería y Jean Watson: Una reflexión de empatía. Rev Escola Anna Nery 2016; 20 (1): 17-23.
6. Urra E, Jana A, García V. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Ciencia y Enfermería 2011;17(3): 14.

PROGRAMA EDUCATIVO: CUIDADOS DE HERIDAS ABDOMINALES OPERATORIAS Y PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO.

Ana Graterol^{1, 3}, Eva Mendoza¹,
Vanessa Belloso^{1, 2}, Gregoriana Mendoza¹,
Eva Graterol^{1, 4, 5}, Ynés Graterol^{1, 4, 5}

¹Universidad del Zulia. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería,

²Hospital Adolfo Pons IVSS,

³Hospital Coromoto, ⁴SAHUM, ⁵DEPG.
anaraquelg@yahoo.com

Resumen. El objetivo fue determinar el efecto del programa educativo en cuidados de heridas abdominales operatorias para la prevención de infección del sitio quirúrgico. Se utilizó una metodología con método empírico deductivo explicativo, diseño cuasi experimental, población de 90 entre postoperados y cuidadores informales con una muestra 30 usuarios de un solo grupo. Muestreo no probabilístico con criterios de inclusión; se utilizó una lista de cotejo. La validez del instrumento por el juicio de expertos y la confiabilidad por prueba piloto a 10 usuarios a través de la formula Alpha Cronbach resultando 0,75 Hipótesis: El programa educativo en cuidados de heridas operatorias abdominales tiene significación para la prevención de infección del sitio quirúrgico. Se utilizó el pro-

grama estadístico SPSS versión 20.0 para Windows. La estadística, descriptiva empleó la frecuencia absoluta, porcentual y promedio. Para establecer la asociación entre la variable independiente y dependiente se implementó la estadística inferencial t de student. Antes del tratamiento 24% de los usuarios, consideraron el edema en la herida, el 19% reconocen la presencia de rubor, el 17% identificaron la presencia de secreción sero-purulenta. Después del tratamiento se minimizó la infección y complicaciones en la herida en un 96,6% y en un 93,3%. Se obtuvo un grado de significación de 0,003 ($P < 0.005$) en la muestra. La prueba t indicó un grado de asociación entre el programa educativo y la prevención de infección del sitio quirúrgico. Hubo cambio en la conducta y actitud de los cuidadores informales y usuarios después de aplicar el tratamiento.

Palabras clave: Programa educativo, cuidados de heridas abdominales operatorias y prevención de infección del sitio quirúrgico.

INTRODUCCIÓN

Según la OMS las infecciones quirúrgicas, causadas por bacterias que penetran a través de la incisión, sitúan en peligro la vida de millones de pacientes cada año, y contribuyen a la propagación de la resistencia a los antibióticos. En los países de ingresos bajos y medianos, un 11% de los pacientes operados sufren infecciones. En África, hasta un 20% de las mujeres sometidas a cesárea sufren infecciones de la herida. En los Estados Unidos de América las infecciones contribuyen a que los pacientes pasen 400.000 días más en el hospital, con un costo adicional de US\$ 900 millones al año (1). En este orden de ideas, un estudio de cohortes prospectivo, internacional y multicéntrico realizado en el 2018 denominado Infección del sitio quirúrgico (SSI) después de la cirugía gastrointestinal en países de ingresos altos, medios y bajos según Índice de desarrollo humano de las Naciones Unidas (IDH); reporto que la incidencia de SSI fue variado entre los países con alta (691 [9.4%], medio (549 [14.0%]) y baja (298 [23.2%]) IDH ($p < 0.001$) (2).

En el 2016 se realizó en Cuba un estudio denominado **Infección del sitio quirúrgico en puérperas con cesárea** el estudio desveló infección de

la herida en 4,9% del total de cesáreas realizadas. Predominaron las cesáreas urgentes (91,9%), con heridas limpias contaminadas (93,5%) e infecciones incisionales superficiales (53,2%) (3). En Venezuela se realizó una investigación en el 2013 denominada desempeño de las enfermeras (o) en el cuidado de las heridas quirúrgicas, el trabajo reveló que el 60% del personal de enfermería observado no realizaron la valoración de la herida quirúrgica, el 74% no aplicaron las técnicas de asepsia y antisepsia, el 42% no realizaron una limpieza eficaz y un 27% carecen de prácticas para evitar propagar infecciones (4).

Las infecciones de heridas abdominales afectan gravemente el curso posoperatorio, con una mortalidad que varía del 7 al 80%. La infección de la herida quirúrgica abdominal es una de las tres infecciones asociadas a la atención en salud más costosas, determinada por una mayor estancia hospitalaria, administración de antibióticos de alto precio, utilización de material de limpieza en grandes cantidades, además los gastos que debe efectuar cuando ha egresado del hospital para regresar a su revisión, alimentación que debe mejorar para favorecer su recuperación (5).

Los factores que influyen en la infección de la herida quirúrgica son. A. Factores Dependientes del Germen: Cantidad 10^5 gérmenes x gramo de tejido y la Virulencia. B. factores dependientes del paciente: edad avanzada; diabetes, obesidad, cáncer, inmunodepresión, quimioterapia, radioterapia, desnutrición: la hipoalbuminemia favorece las infecciones (6). C. Factores dependientes del acto operatorio: Medidas de asepsia tanto del cirujano, enfermería, como del paciente; duración de la intervención; transfusiones; catéteres y sondas; implantes: profilaxis antibiótica: hay pacientes indicados para profilaxis; isquemia-hipoxia tejidos; D. Factores propios de la hospitalización: Hospitalización prolongada y la resistencia a los antibióticos, y la presencia de microorganismos propias del área hospitalaria (6).

La clínica del proceso infeccioso es: A. Inflamación: Calor, dolor, rubor y edema; Fiebre de 38 a 40 grados centígrados con escalofrío y que aparece de forma vespertina; Impotencia funcional: dependiendo de donde esté la infección, si está en el abdomen le resultara difícil

respirar profundo y toser; edema; secreción hemática, seropurulenta (6). En este sentido, se requiere el cuidado de la herida postoperatoria para la reducción de bacterias a través de un proceso de asepsia de la misma. Los objetivos son prevenir y reducir el riesgo de infección del sitio quirúrgico (5).

El material y equipo para el cuidado de la herida en el hogar es: un equipo de curación; bata protectora; cubrebocas; guantes estériles; gasas estériles; solución antiséptica (iodopovidona jabón y solución); parche adhesivo, protectores de cama. Reunir el material y el equipo. lavar las manos, explicar al paciente o al familiar más cercano el procedimiento para obtener su colaboración; preparar el campo estéril con el material necesario; colocarse cubrebocas y bata protectora; retirar el apósito que cubre la herida con precaución; evitar tocar la parte interna del mismo, desechar en el lugar indicado (5).

Lavarse las manos nuevamente, colocar los guantes; realizar la asepsia con iodopovidona (evitar su uso si el paciente es alérgico) en la herida de arriba hacia abajo, del centro a la periferia, con una gasa diferente en cada movimiento. Repetir el procedimiento cuantas veces sea necesario hasta que consigue la limpieza total de la herida. Aplicar con una gasa estéril iodopovidona solución dejando en el área por lo menos dos minutos. Al cabo del tiempo retirar el exceso con una gasa estéril si es necesario. Cubrir la herida con un apósito estéril y colocar adhesivo. Retirar los guantes, bata y cubrebocas y desecharlos en los sitios indicados para cada uno de ellos. Anotar las observaciones encontradas en la herida y las complicaciones en una hoja tales como dolor, rubor, calor, edema, secreción purulenta, hemática (5).

Determinar el efecto del programa educativo en cuidados de heridas abdominales operatorias para la prevención de infección del sitio quirúrgico. Describir las características socio demográficas de los usuarios con heridas abdominales operatorias. Caracterizar las heridas abdominales quirúrgicas. Analizar los resultados

de la aplicación de las técnicas de asepsia y antisepsia en el cuidado de las heridas abdominales operatorias. Comparar el antes y el después de la aplicación del programa educativo en el cuidado de heridas abdominales operatorias para la prevención de infección del sitio quirúrgico.

METODOLOGÍA

Método empírico deductivo explicativo, diseño cuasi experimental, población de 90 entre postoperados y cuidadores informales con una muestra 30 usuarios de un solo grupo. Muestreo no probabilístico con criterios de inclusión; se manejó una lista de cotejo con respuestas dicotómicas. La validez del instrumento por el juicio de expertos y la confiabilidad por prueba piloto a 10 usuarios a través de la formula Alpha Cronbach resultando 0,75. Hipótesis: El programa educativo en cuidados de heridas operatorias abdominales tiene significación para la prevención de infección del sitio quirúrgico. Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 20.0 para Windows. La estadística, descriptiva empleó la frecuencia absoluta, porcentual y promedio. Para establecer la asociación entre la variable independiente y dependiente se implementó la estadística inferencial t de student.

RESULTADOS

El 53,3% que representa 16 de los Postoperados, se encontraban entre 30-50 años de edad, el 60% de sexo femenino, el 46% con diabetes, el 40% con obesidad, el 66,6% con nivel instruccional secundaria y con una estadía de tres días de hospitalización aproximadamente. Obsérvese en la Tabla I el 24% que representa 7 de los 30 usuarios, consideraron la observación del edema en la herida operatoria, además el 19% reconocen la presencia de rubor. El 17% del grupo identificaron la presencia de secreción sero-purulenta. Es decir, los 30 usuarios identificaron en diferentes porcentajes las características de infección como dolor, rubor, edema, calor y complicaciones en la herida abdominal operatoria.

TABLA I
CARACTERÍSTICAS OBSERVADAS DE LAS
HERIDAS ABDOMINALES OPERATORIAS
ANTES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA

CARACTERÍSTICAS	SÍ		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Calor	5	14			5	14
Dolor	5	16			5	16
Rubor	6	19			6	19
Edema	7	24			7	24
Secreción hemática	2	10			2	10
Secreción sero-purulenta	5	17			5	17
TOTAL	30	100			30	100

Obsérvese en la Tabla II que el 100% que representa los 30 usuarios, realizan la redemonstración luego de la demostración de la colocación de guantes, el uso de antiséptico, el lavado y secado de la herida, y la colocación de apósitos estériles; mientras que el 93,3% realiza el lavado de manos, la apertura del material sin contaminación y el retiro de apósitos contaminados.

Obsérvese en la Tabla III, después del tratamiento se minimizo la infección y complicaciones en la herida en un 96,6% y en un 93,3%.

TABLA II
APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA EN EL CUIDADO
DE LAS HERIDAS ABDOMINALES OPERATORIAS

APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA	SÍ		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Lavado de Manos	28	93.3	2	6.6	30	100
Uso de vestimenta	15	50	15	50	30	100
Apertura del material sin contaminación	28	93.3	2	6.6	30	100
Retiro de apósitos contaminados	28	93.3	2	6.6	30	100
Lavado de las manos nuevamente	25	83,3	5	16,6	30	100
Colocación de guantes	30	100	-	-	30	100
Uso de antiséptico	30	100	-	-	30	100
Lavado de herida	30	100	-	-	30	100
Aplica las técnicas de limpieza	20	66.6	10	33.3	30	100
Secado de la herida	30	100	-	-	30	100
Colocación de apósitos estériles	30	100	-	-	30	100
Retira los guantes, bata y cubrebocas y los desecha en los sitios indicados para ellos	25	83.3	5	16.6	30	100

Además, los cuidadores informales y usuarios se sensibilizaron sobre la importancia de la prevención.

Se presentó un grado de significación de 0,003 en la muestra relacionada. La prueba t indicó un grado de asociación entre el programa educativo y la prevención de infección del sitio quirúrgico. Se comprueba la hipótesis el programa educativo en cuidados de heridas operatorias abdominales tiene significación para la prevención de infección del sitio quirúrgico.

TABLA III
CARACTERÍSTICAS DE LAS HERIDAS
ABDOMINALES OPERATORIAS DESPUÉS
DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA

CARACTERÍSTICAS	SÍ		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Calor	2	6,6	28	93,3	30	99,9
Dolor	1	3,3	29	96,6	30	99,9
Rubor	3	10	27	90	30	100
Edema	5	16,6	25	83,3	30	99,9
Secreción hemática	3	10	27	90	30	100
Secreción sero-purulenta	3	10	27	90	30	100
TOTAL	17	56,5	163	543,2	180	599,7

DISCUSIÓN

Los resultados concuerdan antes de aplicar el programa educativo con lo planteado por Ramírez (3), donde la infección de la herida en 4,9% del total de cesáreas realizadas. Predominaron las cesáreas urgentes (91,9%), con heridas limpias contaminadas (93,5%) e infecciones incisionales superficiales (53,2%). También coinciden con la OMS (1), la cual establece lineamientos antes, durante y después del inicio de la cirugía como seguridad de la misma. Asimismo, se relaciona con Arrieta (4) donde el 60% del personal de enfermería observado no realizaron la valoración de la herida quirúrgica y el 74%, no aplicaron las técnicas de asepsia y antisepsia. Para Martiñón y Leija (5) las infecciones de heridas abdominales presentan una mortalidad que varía del 7 al 80%, con secuelas graves en los pacientes. La infección de herida quirúrgica abdominal es una de las tres infecciones asociadas a la atención en salud más costosa. Para Yuste (6) los factores dependientes del paciente favorecen las infecciones.

CONCLUSIÓN

Hubo cambio en la conducta y actitud de los cuidadores informales y usuarios después de aplicar el tratamiento. Por lo tanto, el efecto del programa educativo en cuidados de heridas abdominales operatorias para la prevención de infección del sitio quirúrgico constituye una enseñanza de cuidados en el hogar para prevenir o minimizar la infección en el sitio quirúrgico.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial para la Salud (OMS). La OMS recomienda 29 formas de detener las infecciones quirúrgicas y evitar microorganismos multirresistentes 2016: 18.
2. Global Surg Collaborative. Infección del sitio quirúrgico después de la cirugía gastrointestinal en países de ingresos altos, medios y bajos: un estudio de cohortes prospectivo, internacional y multicéntrico 2018: 25-28 <https://www.cochrane.org/es/CD012653/revision-global-de-las-revisiones-cochrane-de-las-intervenciones-utilizadas-durante-la-cirugia-para>
3. Ramírez Y, Zayas A, Infante S, Ramírez Y, Mesa I, Montoto V. Infección del sitio quirúrgico en puerperas con cesárea. Rev Cubana Obs-

tet Ginecol 2016; 42(1): 22-30. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000100005&lng=es&nrm=iso. ISSN 0138-600X.

4. Arrieta F, Brown I, Portillo J, Quintero S, Rodríguez V, Ruiz A. Desempeño de las enfermeras (o) en el cuidado de las heridas quirúrgicas Trabajo de Grado para obtener título de licenciadas en enfermería 2013: 1-59.
5. Martiñón R, Leija C. Manejo de la herida quirúrgica. Rev Mexicana de Enfermería Cardiológica 2000;8 (1-4): 53-55.
6. Ministerio de Salud Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) instituto nacional de epidemiología (ine) sociedad argentina de infectología (sadi). "actualización sobre medidas de prevención de infecciones de sitio quirúrgico". Documento final de consenso interinstitucional 2015:1-109 http://www.sogiba.org.ar/images/consenso_sadi.pdf

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTE CON QUEMADURA POR FUEGO DIRECTO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Eva Graterol^{1,4,5}, Vanessa Belloso^{1,2},
Eva Mendoza¹, Ana Graterol^{1,3},
Gregoriana Mendoza¹

¹Universidad del Zulia. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería,
²Hospital Adolfo Pons IVSS,
³Hospital Coromoto,
⁴SAHUM, ⁵DEPG.
eva_graterol@outlook.com

Resumen. Los niños están más propensos a accidentes en el hogar, por caídas, o quemaduras en la cocina o por aparatos eléctricos Las quemaduras son un importante y creciente motivo de consulta y hospitalización que se asocia a una elevada morbimortalidad. Las repercusiones físicas y psicológicas aumentan notoriamente de manera lineal con la extensión de la quemadura. El objetivo fue describir el proceso de atención de enfermería a paciente con quemadura por fuego directo por medio de diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería a un paciente con quemadura internado en el área de Caumatología del Hospital Coromoto, Municipio Maracaibo, junio 2018. Enfoque Neo-

positivista método empírico-inductivo a través del proceso de atención de enfermería NANDA, NIC y NOC este método permite a las enfermeras ofrecer cuidados de forma racional, lógica y sistemática en la identificación de las necesidades. Se trata de un paciente masculino de 28 años edad quien ingresó el día 26/06/2018 con diagnóstico de quemadura por fuego directo con una SCQ 80% tipo AB-B en cara, miembro superior e inferior, tórax y abdomen con áreas blanquecinas y ligero aumento de volumen generalizado. Se destacaron tres necesidades interferidas la primera respiración con el diagnóstico (dx) de Deterioro del intercambio de gases relacionado con (r/c) desequilibrio ventilación-perfusión, la segunda alimentación con el dx Desequilibrio hidroelectrolítico r/c alteración de la permeabilidad capilar y vasodilatación; la tercera seguridad con el dx de Dolor Agudo r/c estimulación de los nociceptores. Se percibió que la aplicación del proceso de atención de enfermería en este paciente contribuyó para delimitar el campo de actuación específico, así como identificar los cuidados prioritarios.

Palabras clave: quemaduras, fuego directo, proceso de atención de enfermería.

INTRODUCCIÓN

Las quemaduras son accidentes que se han ido incrementando en los últimos años. Ellas ocasionan aproximadamente 180.000 muertes al año que en su gran mayoría tienen lugar en los países de bajo y mediano ingreso económico significando dos tercios en las regiones de África y de Asia Sudoriental, las lesiones por quemaduras no fatales son una de las principales causas de morbilidad. Las quemaduras se producen mayormente en el ámbito doméstico y laboral; ellas son prevenibles (1). Venezuela no escapa de esta situación en el 2011, se presentaron 40.000 casos de quemaduras que representan 0.2% de los pacientes atendidos en ese año, siendo esta misma estadística para el estado Zulia, entre las causas principales se pueden mencionar el agua hirviendo, fuego directo por quema de basura, el escape de gas, las conexiones eléctricas defectuosas, el hurto de la electricidad. La protocolización del tratamiento de las quemaduras establece en esta evaluación inicial la magnitud del daño, determinando la exten-

sión y la profundidad de la quemadura y la evaluación secundaria (2).

Las quemaduras se pueden definir como un Trauma Prevenible, que compromete piel, mucosas y tejidos subyacentes, producida generalmente por la acción de agentes de tipo físicos, químicos, eléctricos, biológicos y radiaciones; el tipo de lesión depende de la cantidad de energía involucrada, el tiempo de acción de ésta y las características de la zona afectada, las repercusiones pueden ser locales o sistémicas. Para el diagnóstico de una quemadura se debe conocer muy bien la extensión, profundidad y localización o zonas comprometidas, de manera de determinar la magnitud de la lesión y de esta manera su índice de gravedad, lo que permite definir el tratamiento adecuado para cada paciente (3). Se clasifican las quemaduras según la profundidad en primer Grado o A: caracterizado por eritema sin vesículas, con dolor, ejemplo la quemadura solar. La epidermis está afectada sin existir ampollas ni pérdida de líquidos. Se restablecen la piel en 3-7 días sin dejar cicatriz (4).

Las de segundo Grado superficial o AB Superficial, generalmente se producen por líquidos calientes con destrucción de la epidermis y menos del 50% de la dermis. Presentan eritema claro o rojo brillante con dolor, formación de flictenas y aspecto húmedo. El proceso de curación es de 7-10 días pudiéndose producir una mínima cicatriz o hipopigmentación. **Segundo Grado Profundo o AB Profunda:** Están producidas por líquidos calientes. Existe afectación de la epidermis y de más del 50% de la dermis con destrucción de fibras nerviosas por lo tanto son menos dolorosas. El color es rojo oscuro o blanco manchado. En quemaduras extensas hay una gran pérdida de líquidos. Habitualmente necesitan injertos. Precisan de 2-3 semanas para la mejoría con riesgo importante de cicatrices hipertróficas y sobreinfección.

Las de tercer Grado o B: Producidas por sustancias químicas, eléctricas o contacto prolongado con líquidos calientes. Son las más severas se afectan todas las capas de la piel, pudiendo también perjudicar la fascia, el músculo y el hueso. Tienen una apariencia blanca perlada o carbonizada. No son dolorosas ni tienen flictenas y adoptan una textura seca. Para sanar necesitan la realización de injertos (4).

El objetivo fue describir el proceso de atención de enfermería a paciente con quemadura por fuego directo por medio de diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería a un paciente con quemadura internado en el área de Caumatología del Hospital Coromoto, Municipio Maracaibo, junio 2018. Los diagnósticos enfermero definen la respuesta humana de un paciente en una enfermedad y no la enfermedad misma.

Para orientar el análisis de los datos del paciente desde una perspectiva enfermera y llegar a un juicio diagnóstico enfermero es necesario manejar el concepto de respuesta humana, al que se define como comportamientos observados o afirmaciones verbales donde se incluyen la forma en que una persona, familia o comunidad reacciona ante una situación o el significado personal que da a los acontecimientos. Las respuestas pueden ser fisiológicas, psicológicas, sociales o espirituales, pero lo más frecuente es que sean combinaciones bio-psico-sociales-espirituales (5).

METODOLOGÍA

Se utilizó método empírico-inductivo a través del proceso de atención de enfermería NANDA, NIC y NOC (6) este método permite a las enfermeras ofrecer cuidados de forma racional, lógica y sistemática en la identificación de las necesidades y resolución de los problemas.

Descripción del Caso: Se trata de un paciente masculino de 28 años edad quien ingresó el día 26/06/2018 procedente del estado Apure posterior a contacto directo por fuego por explosión de una bombona, es traído al hospital

Coromoto por el medio de aviación, es valorado por el médico de guardia, se le cumple el manejo inicial de restitución de líquidos (parkland) y se ingresa con el diagnóstico de quemadura por fuego directo con una SCQ 80% tipo AB-B en cara, miembro superior e inferior, tórax y abdomen con áreas blanquecinas y ligero aumento de volumen generalizado, es llevado al quirófano donde se le realizan primeramente el aseo, se colocan apósitos y posterior escarectomias en 4 oportunidades al final del tratamiento se le realiza el procedimiento de injerto para la reconstrucción de la piel, es egresado 8 semanas después de su ingreso.

RESULTADOS

Obsérvese en la Tabla I que el diagnóstico de enfermería predominante fue el deterioro del intercambio gaseoso (NANDA) de la necesidad interferida de respiración con las intervenciones de enfermería en primer lugar las autónomas como valorar signos vitales (NIC) y los resultados de esas intervenciones como mejoró el intercambio de gases (NOC).

Obsérvese en la Tabla II que el diagnóstico de enfermería predominante fue el desequilibrio hidroelectrolítico (H/E) (NANDA) de la necesidad interferida de la alimentación con las intervenciones de enfermería en primer lugar las autónomas como realizar examen físico, valorar signos vitales (NIC) y los resultados de esas intervenciones como se logró mejorar la alteración hídrica y de electrolitos (NOC).

Obsérvese en la Tabla III que el diagnóstico de enfermería predominante fue el dolor agudo (NANDA) de la necesidad interferida de segu-

TABLA I
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. NECESIDAD RESPIRACIÓN

Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Intervenciones (NIC)	Resultado (NOC)
Deterioro del intercambio gaseoso R/c: desequilibrio ventilación-perfusión M/p: pH: 7,25 PO ₂ : 60 mm Hg PCO ₂ : 50 mm Hg HCO ₃ : 24 meq/lts Sat O ₂ : 60 % Taquipnea, Taquicardia	Valorar signos vitales. Controlar FR, FC. Valorar gases arteriales. Realizar monitoreo ventilatorio. Asistir al médico durante la intubación del paciente Mantener parámetros ventilatorios	Mejoro el intercambio de gases. pH: 7,35 PO ₂ : 80 mm Hg PCO ₂ : 35 mm Hg

TABLA II
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. NECESIDAD ALIMENTACIÓN

Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Intervenciones (NIC)	Resultados (NOC)
Desequilibrio H/E R/c: alteración de la permeabilidad capilar y vasodilatación M/p: edema generalizado, oliguria, taquicardia, HTA, hiponatremia, hipokalemia, hipocalcemia	Realizar examen físico. Registrar signos vitales. Extraer muestra para electrolitos. Adm. Fluidoterapia Analizar los resultados de electrolitos Realizar correcciones. Controlar ingeridos y eliminados	Se logra mejorar la alteración hídrica y de electrolitos.

TABLA III
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. NECESIDAD SEGURIDAD

Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Intervenciones (NIC)	Resultado (NOC)
Dolor Agudo R/c: Estimulación de nociceptores M/p: Pac. Refiere mucho dolor "me duele mucho" Quejido, intraquilidad, taquicardia, agitado	Entablar una relación terapéutica Valorar Características del dolor. Controlar FC. Administrar bomba analgésica. Motivar a realizar respiraciones profundas	El paciente manifestó alivio del dolor

ridad con las intervenciones de enfermería en primer lugar las autónomas como entablar una relación terapéutica (NIC) y los resultados de esas intervenciones como el paciente manifestó alivio del dolor (NOC).

DISCUSIÓN

Los resultados coinciden con lo evidenciado por Marriner y Raile (5) con el proceso de atención de enfermería porque guía el cuidado en forma independiente tomando en consideración las respuestas humanas del paciente, es decir, la reacción de la persona ante una situación o el significado personal que da a los acontecimientos. Las manifestaciones pueden ser fisiológicas, psicológicas, sociales o espirituales, pero lo más frecuente es que sean combinaciones biopsicosociales-espirituales. Además, coincide con Fuentes (2) los mismos confirman que las etiologías de las quemaduras pueden ser por fuego directo como es el caso presentado, por agua hirviendo, por electricidad, por sustancias químicas, gases y por radiaciones.

También, coincide con Ferj. y con Peñalba y Maraño (3,4) donde aseveran que en una quemadura se debe conocer muy bien la extensión,

la profundidad y la localización o zonas comprometidas, de manera de determinar la magnitud de la lesión y de este modo su índice de gravedad, lo que permite definir el tratamiento adecuado para cada paciente. En este caso las quemaduras fueron por fuego directo con una SCQ 80% tipo AB-B en cara, miembro superior e inferior, tórax y abdomen con áreas blanquecinas y ligero aumento de volumen generalizado. Asimismo, se establecieron diagnósticos enfermeros según el manual de diagnósticos de enfermería (NANDA) tomando en consideración las necesidades de Henderson Hospital General Universitario Gregorio Maraño (6).

CONCLUSIÓN

Se logró describir diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería a un paciente con quemadura por fuego directo. Se percibió que la aplicación del proceso de atención de enfermería en este paciente contribuyó para delimitar el campo de actuación específico de la enfermería, así como identificar los cuidados prioritarios, contribuyendo para una mejoría en la calidad de la asistencia.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Quemaduras. Centro de Prensa 2017: 15.
2. Fuentes G, Jiménez M, Grand R, Bracho B. Protocolo para el manejo inicial del paciente quemado Hospital Universitario Dr. Alfredo Van Grieken Coro-Venezuela. Rev. Fac. Med. Hum. 2016;16(3):38-45. <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/651>
3. Ferj D. Quemaduras en edad pediátrica: Enfrentamiento inicial Med Clin Condes, 2009; 20 (6): 849-859.
4. Peñalba A, Maraño R. Tratamiento de las quemaduras en urgencias. Sección de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Gregorio Maraño. Madrid 2010: 199-204. https://www.ae-ped.es/sites/default/files/documentos/tratamiento_de_las_quemaduras_en_urgencias.pdf
5. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería 4ta ed España: Elsevier, 1999: 80-120.
6. Hospital General Universitario Gregorio Maraño. Manual de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) Según las necesidades de Virginia Henderson 2013: 80-120 <https://www.salus-play.com/blog/nuevos-diagnosticos-enfermeros-nanda-i-2018-2020/>

RELACIÓN DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE QUEMADURAS Y SU INCIDENCIA EN EL HOGAR.

Eva Mendoza¹, Vanessa Beloso^{1, 2},
Ana Graterol^{1,3}, Gregoriana Mendoza¹,
Eva Graterol^{1,4, 5}

¹Universidad del Zulia. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería,

²Hospital Adolfo Pons IVSS,

³Hospital Coromoto, ⁴SAHUM. ⁵DEPG. evagraterol@yahoo.com

Resumen. Los niños son los que están más propensos a accidentes en el hogar, por caídas, o quemaduras en la cocina o por aparatos eléctricos. Las quemaduras en la población infantil constituyen una lesión de los tejidos blandos producida por agentes físicos, químicos, eléctricos o radiaciones. El objetivo fue determinar la relación del programa de prevención de quemaduras en niños-niñas y su incidencia en el hogar. A través de un método empírico deductivo, correlacional, diseño no experimental, población 100 muestra 25

entre escolares, padres y representantes. Muestreo probabilístico. Se utilizó un cuestionario con 20 ítems con cuatro alternativas de respuestas. Validez dada por tres expertos para la confiabilidad se aplicó una prueba piloto a 10 unidades de análisis mediante el coeficiente de Alpha Cronbach a través del programa estadístico SPSS versión 20.0 resultado 0,75 se aplicó el consentimiento informado. Se utilizó la estadística descriptiva e inferencial coeficiente de correlación de Pearson. Se comprobó la hipótesis general se obtuvo un grado de significación de 0,003 ($P < 0.005$) en la muestra. La prueba fue altamente significativa indicando un grado de relación significativa entre el programa educativo para la prevención de quemaduras en las instalaciones eléctricas que contienen cables descubiertos; al exponerse al sol en la playa, medio ambiente. Se pudo inferir el resultado a la población de 100 que pueden acoger el programa para evitar injurias térmicas en el diario vivir, se evidenció el efecto positivo como la precaución de la incidencia de quemaduras en niños en el hogar.

Palabra clave: programa de prevención, quemaduras, incidencia en el hogar.

INTRODUCCIÓN

Se han observado el incremento de los accidentes relacionados con las quemaduras en los últimos años. Las quemaduras ocasionan aproximadamente 180.000 muertes al año que en su gran mayoría tienen lugar en los países de bajo y mediano ingreso económico significando dos tercios en las regiones de África y de Asia Sudoriental, las lesiones por quemaduras no fatales son una de las principales causas de morbilidad. Las quemaduras se producen mayormente en el ámbito doméstico y laboral; ellas son prevenibles (1). Anualmente, en Estados Unidos ocurren dos millones de accidentes por quemaduras de los cuales 130.000 requieren hospitalización y aproximadamente 70.000 son atendidos en centros especializados. La tasa de hospitalización en Chile alcanza a 37.5 por 100.000 habitantes y la tasa de mortalidad a 2.6 por 100.000 habitantes de estos 2/3 corresponden a niños, la mayormente son consecuencias de accidentes domésticos (2).

En el 2015 en Costa Rica un 52% de los casos diagnosticados por quemaduras correspondió al sexo femenino, con una distribución de

edades entre 0 y 5 años, en el 72%. La evolución de las quemaduras fue satisfactoria en el 90% de los casos. La media de reepitelización clínica con obtención del 95% fue de 5,1 días, y el promedio de estancia hospitalaria fue de 7,76 días para la población del estudio (3).

En Chile en el 2014 la epidemiología de las quemaduras en niños y adolescentes reportada en una investigación donde prevaleció, la razón masculina sobre la femenina en un 1,16:1. Los agentes principales fueron objetos calientes (42,4%) y líquidos calientes (41,5%); 84,1% de las quemaduras ocurrieron dentro del hogar y a media tarde (50,7%); 93,3% de las quemaduras fue con adulto presente. La mano fue la localización más afectada (46,7%); 30,2% quedó con cicatriz la primera vez que se quemó. 34,4% de los quemados no demandó atención de salud y se declararon 8,4% de hospitalizaciones. Más de 60% de los encuestados relató echar agua fría a la quemadura como primera medida (4).

En Colombia más de la mitad de las quemaduras se producen en personas menores de 13 años debido a líquido caliente, como derrame de la sopa sobre el niño que intenta movilizar el recipiente en la cocina. A este grupo de accidentes prevenibles, se debe agregar el uso indiscriminado de la pólvora, situación que sólo se ha empezado a reglamentar en los últimos años en algunas ciudades (1).

Venezuela no escapa de esta situación en el 2011, se presentaron 39.955 casos de quemaduras que representan 0.2% de los pacientes atendidos en ese año, siendo esta misma estadística para el estado Falcón, entre las causas principales se pueden mencionar el fuego o llamas con la utilización de gasolina (combustible) para hacer parrilladas, esmerina para pulir los pisos, el agua hirviendo, el escape de gas, las conexiones eléctricas defectuosas, y el hurto de la electricidad. La protocolización del tratamiento de las quemaduras establece en esta evaluación inicial la magnitud del daño, determinando la extensión y la profundidad de la quemadura y la evaluación secundaria (5).

Estas lesiones son un peligro importante para la salud de muchas personas en todo el mundo y en el estado Zulia las estadísticas han aumentado debido al hacinamiento, la actividad petrolera, los incendios por fugas de gas, el derrame de líquido caliente en niños de dos (2)

años, entre otros. Las estadísticas de las quemaduras no son fidedignas debido a que en la mayor parte de los países se rastrean las causas de muerte a través de un sistema de registro oficial de estadísticas vitales.

Los estudios de las quemaduras han estado limitados a los pacientes atendidos en centros especializados, Ej.: Ropa incendiadas con herramientas de soldar, incendio por fuga de gas, fuego con carbón y alcohol, derrame de café caliente en mano, salpicadura de aceite al freír, vapor de la plancha, tocar el tubo de escape de motocicleta, exceso de luz solar y jugo de limón.

Una quemadura grande es un suceso traumático para cualquier persona y llega a afectar la calidad de vida del individuo y la familia esto acarrea consecuencias fisiológicas, psicológicas y sociales que llegan a ser permanentes. Es por eso necesario realizar campañas y programas educativos con el fin de concientizar a la comunidad y se debe comenzar educando desde los primeros años de vida, a tener prevención principalmente en el hogar ya que estadísticamente está comprobado que es dentro de las viviendas donde suceden la gran mayoría de los accidentes por quemaduras (5). El objetivo fue determinar la relación del programa de prevención de quemaduras en niños-niñas y su incidencia en el hogar.

La aplicación de este programa trae consigo logros, tales como, la sensibilización de los padres o cuidadores en cuanto a la prevención de las quemaduras, mayor atención y vigilancia a los posibles sitios o zonas de peligro que puedan ocasionar estos accidentes, la comunidad será capaz de valorar el nivel de peligro que pueden tener las actividades realizadas en la misma, los niños tomaran conciencia respecto a lo que no se debe hacer tomando en cuenta que sus comportamientos sin cuidado pueden llevarlos a ser ellos mismos los perjudicados.

En la actualidad, los niños crecen rodeados de fuentes de peligro como aparatos eléctricos, automóviles y con frecuencia pasan mucho rato solos o con escasa vigilancia y un descuido puede ocasionar que niños u otros integrantes de la familia sufran un accidente con objetos calientes, fuego o agua hirviendo, dando lugar a quemaduras, las cuales amenazan la vida de la persona, de esta forma se puede orientar a los cuidadores para prevenir y evitar los posibles accidentes. En conse-

cuencia, a veces las quemaduras son producto de negligencias y accidentes, hay mayor incidencia en niños debido a que tienen menos experiencia y precaución en la manipulación de planchas, sartenes, agua caliente, fósforos o encendedores, fuegos pirotécnicos entre otros (6).

METODOLOGÍA

Método empírico deductivo, correlacional, diseño no experimental, muestra 25 entre escolares, padres y representantes. El muestreo probabilístico al azar simple. Se aplicó un cuestionario con respuestas de escala Actitud tipo Likert. Hipótesis General: Grado de relación del programa de prevención de quemaduras y su incidencia en el hogar. Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 20.0 para Windows. La estadística, descriptiva empleada fue la frecuencia absoluta (Fa), porcentual (F%) y promedio. Por otra parte, para establecer la relación se implementó la estadística inferencial coeficiente de correlación de Pearson.

RESULTADOS

Obsérvese en la Tabla I, el 32% que representa 8 de los 25 estudiantes, consideraron que algunas veces las bombonas de gas deben mantenerse dentro de la cocina, mientras que el 28% opinaron que siempre y el 24% opinaron que nunca las bombonas de gas deben mantenerse dentro de la cocina.

Obsérvese en la Tabla II el 32% que representa 8 de los 25 estudiantes, consideraron que algunas veces al exponerse al sol en la playa, piscina, campo u otros, usa sombrero y protector solar, mientras que el 24% opinaron que nunca.

TABLA I
LAS BOMBONAS DE GAS DEBEN MANTENERSE DENTRO DE LA COCINA

Válidos	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	6	24,0
Algunas veces	8	32,0
Siempre	7	28,0
Casi siempre	4	16,0
Total	25	100,0

TABLA II
AL EXPONERSE AL SOL EN LA PLAYA, PISCINA, CAMPO U OTROS, USTED O SU FAMILIA USA SOMBRERO Y PROTECTOR SOLAR

Válidos	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	6	24,0
Algunas veces	8	32,0
Siempre	7	28,0
Casi siempre	4	16,0
Total	25	100,0

TABLA III
LAS MAYORÍAS DE LAS QUEMADURAS OCURREN EN LAS COCINAS DE LOS HOGARES

Válidos	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	2	8,0
Algunas veces	1	4,0
Siempre	18	72,0
Casi siempre	4	16,0
Total	25	100,0

Obsérvese en la Tabla III el 72% que representa 18 de los 25 estudiantes, consideraron que siempre la mayoría de las quemaduras ocurren en las cocinas de los hogares, mientras que el 16% opinaron que casi siempre.

Se notó un grado de significación de 0,003 en la muestra relacionada. La prueba es altamente significativa indicando que la Hipótesis General: Grado de relación del programa de prevención de quemaduras y su incidencia en el hogar se cumple, es decir hubo relación significativa entre el programa educativo para la prevención de quemaduras en las instalaciones eléctricas que contienen cables descubiertos. Con la estadística inferencial se puede inferir el resultado a la población de 100 entre escolares, maestros, padres y representantes que pueden adquirir el programa educativo para prevenir injurias térmicas en el diario vivir.

DISCUSIÓN

Los resultados coinciden con lo planteado por la OMS (1) donde expresa que las quemaduras se producen mayormente en el ámbito doméstico, laboral y ellas son prevenibles; equiva-

lentemente, para Carrillo (2) la mayoría de la tasa de hospitalización por quemaduras son consecuencias de accidentes domésticos. Además, los resultados son análogos a lo destacado por Solís (4) donde los agentes causantes de quemaduras fueron objetos calientes (42,4%), líquidos calientes (41,5%); 84,1% de las quemaduras ocurrieron dentro del hogar; 93,3% de las quemaduras fue con un adulto presente. Igualmente, es relacionado donde estadísticamente está comprobado que es dentro de las viviendas donde suceden la gran mayoría de los accidentes por quemaduras entre las causas principales se pueden mencionar, el agua hirviendo, el escape de gas de las bombonas, las conexiones eléctricas defectuosas, y el hurto de la electricidad.

CONCLUSIÓN

Se logró identificar los peligros potenciales de las quemaduras a los niños en el hogar entre los cuales se encuentran: Las mayorías de las quemaduras ocurren en las cocinas de los hogares, al exponerse al sol en la playa, piscina, campo u otros, las bombonas de gas dentro de la cocina, la toma de objetos calientes, cables eléctricos. Se logró explicar el programa de prevención de quemaduras en el hogar a los niños, niñas, padres y representantes en la consulta externa de pediatría del hospital Dr. Adolfo Pons.

Hubo relación entre el programa prevención de quemaduras en niños-niñas y la incidencia en el hogar, en las instalaciones eléctricas que contienen cables descubiertos. Con la estadística se puede inferir el resultado a la población de 100 entre escolares, padres y representantes que pueden poner en práctica el programa educativo para prevenir injurias térmicas en el diario vivir.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Quemaduras. Centro de Prensa 2017:15.
2. Carrillo R, Peña C, León T, Espinoza I, Rosales A, Nava J. Estado actual sobre el abordaje y manejo del enfermo quemado Rev. Asoc Mex Med Crit y Ter Int 2014; 28 (1):32-45. <https://www.mediagraphic.com/pdfs/mederi/ti-2014/ti141f.pdf>
3. Cubillo I. Manejo hospitalario del paciente pediátrico con quemaduras de segundo y tercer grados, en un hospital regional. Acta Médica Costarricense 2015; 57 (3): 124-129.

4. Solís F, Domic C, Saavedra R. Epidemiología de las quemaduras en niños y adolescentes de Región Metropolitana de Chile. Rev Chil Pediatr 2014; 85 (6): 690-700 doi: 10.4067/S0370-41062014000600006.
5. Fuentes G, Jiménez M, Grand R, Bracho B. Protocolo para el manejo inicial del paciente quemado Hospital Universitario Dr. Alfredo Van Grieken Coro-Venezuela. Rev. Fac. Med. Hum 2017; 16 (2): 23-53.
6. Fernández E, De Diego F, Sandoval G. Cirugía Pediátrica Quemaduras en la infancia. Valoración y tratamiento. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla". Santander. Bol Pediatra 2001; 41: 99-105. <http://www.uniquem.org/UNIQUEM/Media/f0eab023-faf2-4787-901b-e0e66c3661e1.pdf>

TRABAJO DE EQUIPO EN PREVENCIÓN DROGADICCIÓN EN ADOLESCENTES.

Victoria Sabando¹, Gregoriana Mendoza², Karina Molina³, Yesenia Falcones¹

¹Facultad de Enfermería de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí República del Ecuador. ²Escuela de Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad del Zulia, Hospital Adolfo Pons, Hospital Coromoto. Maracaibo, estado Zulia, República Bolivariana de Venezuela. ³Facultad de Ciencias Humanísticas, Carrera de Psicología de la Universidad Técnica de Manabí República del Ecuador. magalisabando@yahoo.es

Resumen. El trabajo de equipo como eje transversal en los proyectos de investigación y vinculación promueve la prevención del consumo de drogas. Analizar el trabajo de equipo en prevención de drogadicción en adolescentes Las drogas tienen importancia en la salud pública, por la alta morbilidad materno-fetal, el abuso del consumo, implicando un riesgo de enfermedad en etapa pre-concepcional y concepcional. Método empírico analítico en primer momento en 2016 se aplicó un cuestionario dirigido a las gestantes, con una confiabilidad de 0,7 con preguntas de escala de actitud tipo Likert donde se identificaron riesgos de salud por el consumo de

sustancias tóxicas en el periodo de gestación y un segundo momento se aplicó el cuestionario en 2017 dirigida a las enfermeras sobre su rol de enfermería en el cuidado, en el Hospital del Día Mariana de Jesús de la ciudad de Guayaquil. La prevalencia en el 2016 fue el consumo de heroína y sus derivados con 53%, seguida de la Marihuana 18%, Cocaína 8% y 21% drogas no especificadas, a diferencia del 2017 el consumo de la Heroína fue 31%, la Marihuana 23%, con 15% la Cocaína. Se considera embarazos de alto riesgo, hay que enfatizar acciones de promoción del autocuidado, con la atención integral, oportuna y eficiente; e intervención del equipo multidisciplinario, con responsabilidad social en atención primaria renovada, establecer acciones participativas para solventar sus necesidades biopsicosociales, libres de estereotipos, dirigidas hacia el logro de la desintoxicación y deshabitación de las drogas en la vida de la persona, familia y comunidad.

Palabras clave: Trabajo de equipo, prevención, adolescentes.

INTRODUCCIÓN

El trabajo de equipo como eje transversal en la practicas de los proyectos de investigación y vinculación promueve la prevención del consumo de drogas; los trastornos por abuso de drogas en la actualidad, se han convertido en uno de los problemas más importante que enfrenta salud pública, tanto por su consumo como las complicaciones vinculadas al mismo, convirtiéndose en un tema prioritario de atención y preocupación para la mayoría de países, debido a esto una gran cantidad de recursos económicos y físicos son empleados por los gobiernos en la creación de programas de prevención y tratamiento. El aumento de la oferta y el contexto social favorecedor, que permitió la difusión del consumo de numerosas sustancias tóxicas tanto de las lícitas como de las ilícitas, conlleva a una incidencia creciente en nuestras consultas y en los hospitales de pacientes gestantes consumidoras de sustancias (Vallejos, 2010), lo que ocasiona alteraciones psicosociales como repercusiones clínicas tanto para la madre como para el recién nacido.

El consumo de sustancias psicoactivas supone una serie de consecuencias para la unidad

materna fetal, las cuales pueden variar según el momento de la exposición a la sustancia, la naturaleza de la droga, la cronicidad del consumo y la interacción con otros factores. Las madres con adicción a las drogas con frecuencia tienen antecedentes de atención tanto prenatal como postnatal deficiente y tienden a estar en una situación social desfavorable, estas condiciones pueden dar lugar a resultados adversos del embarazo (1). Durante la gestación, estas sustancias pasan del torrente sanguíneo de la madre al feto a través de la placenta, produciendo también una adicción en este, se estima que uno de cada diez recién nacidos vivos pueden haber estado expuesto alguna droga durante el período intrauterino. Entre las complicaciones obstétricas asociadas habitualmente con estas drogodependencias tenemos el retraso del crecimiento intrauterino y la prematuridad, precursoras por una parte de la morbimortalidad neonatal. La incidencia de este fenómeno, que irrumpió en Ecuador, es aún mayor en entidades como la Maternidad Mariana de Jesús, ubicada al sur de Guayaquil, las autoridades afirman que el 70% de los recién nacidos son hijos de madres adolescentes que consumen varias sustancias, entre ellas la denominada droga "H" (2).

La Constitución del Ecuador del 2008, en el artículo 364 establece: que las adicciones son un problema público y que al Estado le corresponderá desarrollar programas de prevención y control del consumo de drogas, ofreciendo tratamiento y rehabilitación, lo que obliga a contar con protocolos de atención para casos de consumo problemático de drogas, en ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulneraran sus derechos constitucionales (2).

El análisis de la situación actual de las drogodependencia en las gestantes aportaría elementos útiles para visualizar su existencia y el abordaje integral, por lo cual en base a lo que El Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 señala: 3.2 Ampliar los servicios de prevención y promoción de salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas: e) Prevenir y combatir el consumo de tabaco; alcohol, sustancias estupefacientes y psicotrópicas, con énfasis en las mujeres en periodos de gestación, niñas, niños y adolescentes. Se plantea realizar la investigación con el propósito de recolectar la información necesaria sobre la Atención de Enfer-

mería que se les brinda a las gestantes que consumen sustancias tóxicas, la cual se analizara para la elaboración de un plan de educación con el fin de elevar el nivel cognitivo en la gestante, fomentando su autocuidado (3).

El objetivo fue analizar el trabajo de equipo en prevención de drogadicción en adolescentes para observar su calidad de vida en salud Sexual y reproductiva y en mujeres embarazadas drogodependiente a través del fomento del autocuidado para la prevención, diagnósticos, tratamiento oportuno y eficaz basado en riesgos epidemiológicos en el Hospital del Día Mariana de Jesús en la ciudad de Guayaquil periodo 2017-2018.

METODOLOGÍA

Paradigma neopositivista, método empírico analítico, con un primer momento en 2016 se aplicó un cuestionario dirigido a las gestantes, con una confiabilidad de 95% 0,7 medianamente confiable con preguntas de escala de actitud tipo Likert con 30 ítems donde se identificaron riesgos de la salud por el consumo de sustancias tóxicas en el periodo de gestación y un segundo momento se aplicó el cuestionario en el 2017 dirigida a las enfermeras sobre su rol de enfermería en el cuidado, en el Hospital del Día Mariana de Jesús de la ciudad de Guayaquil.

Cumple con el propósito principal de narrar las principales características de la drogodependencia en las gestantes, además de los riesgos que conllevan en la salud del binomio materno-fetal y el rol que cumple enfermería en la atención primaria y secundaria.

Se identificaron los riesgos de la salud del binomio materno-fetal por el consumo de sustancias tóxicas en el periodo de gestación, y el rol de enfermería en su cuidado, en el Hospital del Día Mariana de Jesús de la ciudad de Guayaquil.

El Hospital del Día Mariana de Jesús de la ciudad de Guayaquil brinda atención ambulatoria un promedio de atención de 50 pacientes por día, en la unidad de hospitalización por causas gineco-obstétricas tiene una capacidad de 40 pacientes, distribuidas en cuatro salas. El personal de enfermería quien labora en la casa de salud es de 136 los cuales 50 son licenciados/as en enfermería y 86 auxiliares, distribuidos entre las áreas del hospital.

El tamaño de la muestra comprendió 40 pacientes gestantes, de las cuales 13 pacientes constaban con drogodependencia. En lo que respecta al personal de enfermería, la muestra en este caso era de 20 licenciados/as las cuales están en mayor contacto con las pacientes gestantes drogodependiente. Se aplicó pre y post test a las mujeres gestantes, y a los/as Licenciados/as de Enfermería, con preguntas opcionales y la implementación de la escala de Likert; sirvió principalmente para realizar mediciones y conocer sobre el grado de conformidad de una persona o encuestado hacia determinada oración afirmativa o negativa. La información obtenida fue de carácter confidencial, y solo fue utilizada durante el proceso investigativo.

RESULTADOS

En la actualidad el incremento de pacientes gestantes consumidoras de drogas, se ha convertido en un problema de salud pública, ocasionado un estado de alerta en los servidores de salud, en el Hospital del Día Mariana de Jesús, antiguamente Hospital Especializado Gineco-Obstetricia de la ciudad de Guayaquil, la prevalencia en el 2016 el consumo de la Heroína y sus derivados corresponde el 53%, seguida de la Marihuana 18%, Cocaína 8% y 21% drogas no especificadas, a diferencia del 2017 el consumo de la Heroína fue 31%, la Marihuana 23%, con 15% la Cocaína (4).

En la actualidad el fenómeno de la drogodependencia es sin duda un riesgo para la población, siendo necesario para el profesional de enfermería una actualización constante en saberes, siendo así; que un 15% expresó que la falta de conocimientos acerca de drogodependencia dificultan brindar una atención óptima, el 16% expresó que la actitud del profesional hacia la paciente con drogodependencia afecta en sus cuidados de salud, un 18% estuvo en desacuerdo con que la percepción social influye en la recuperación del paciente, el 16% señaló que la opinión propia de la paciente influye en su recuperación, el 19% expresó que la mala comunicación entre enfermero/a-paciente interfiere en su cuidado; el 16% expresó que la organización del servicio de trabajo también dificultó la atención brindada a la paciente drogodependiente (5).

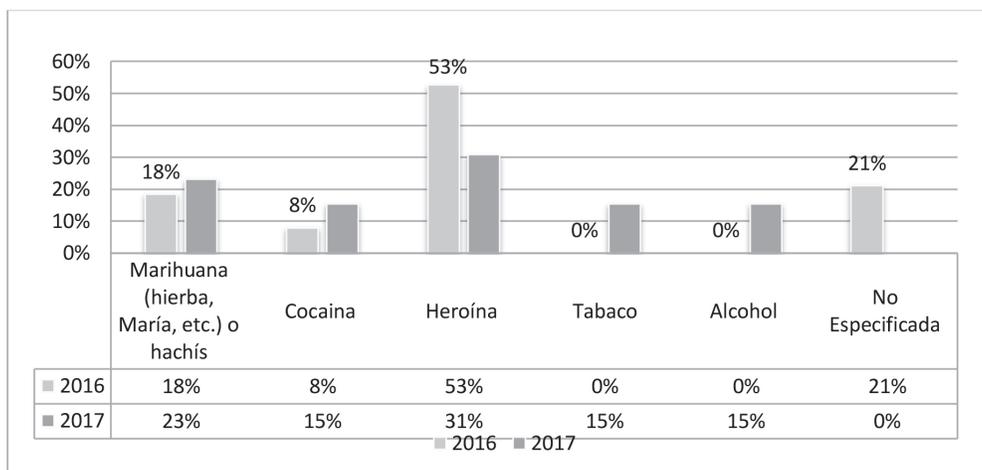


Fig. 1. Distribución de Consumo de Drogas en gestantes del Hospital del Día Mariana de Jesús 2016-2017.

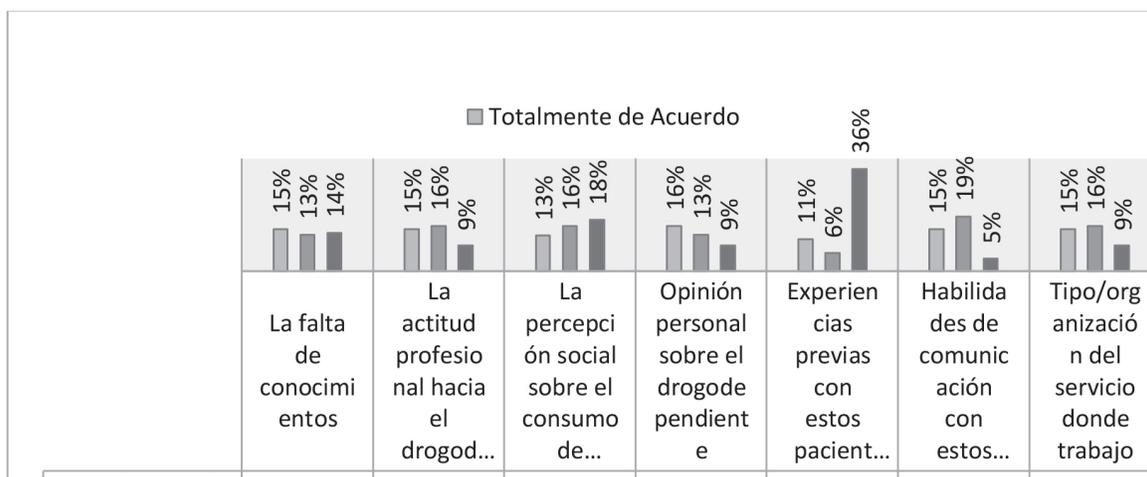


Fig. 2. Aspectos que dificultan la atención de Enfermería a las Gestantes Drogodependientes.

DISCUSIÓN

Los resultados evidencian lo fundamentado por el plan nacional del Buen Vivir 2013-2017 el cual señala ampliar los servicios de prevención y promoción de salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas: e) Prevenir y combatir el consumo de tabaco; alcohol, sustancias estupefacientes y psicotrópicas, con énfasis en las mujeres en periodos de gestación, niñas, niños y adolescentes.

El personal de enfermería es agente activo en brindar cuidados de manera profesional, por ello es importante las múltiples dimensiones de

la drogodependencia para poder ofertar cuidados de calidad acorde a cada situación, logrando intervenir de manera individualizadas con cada caso que se presente.

CONCLUSIÓN

A pesar de la magnitud y trascendencia del problema de drogadicción, existe pocas investigaciones relacionadas con el consumo de drogas durante la gestación lo que pone en riesgo la salud del binomio materno-fetal, y consecuencias negativas en el futuro desarrollo del niño/a, familia, entorno ecológico-comunitario.

Las pacientes con drogadicción merecen recibir una atención y tratamiento libre de estigmatización social, la adicción es una enfermedad crónica en la cual necesita un tratamiento de carácter integral. Debido a la complejidad que representa la adicción a las drogas, el abordaje al tratamiento preventivo y seguimiento debe estar a cargo de un equipo multidisciplinario con un enfoque biopsicosocial, con el objetivo de lograr la desintoxicación y rehabilitación total de la paciente.

En la formación profesional como futuros licenciados en enfermería, la capacitación y sensibilización acerca de las adicciones y los problemas de salud que conllevan, tiene una débil aportación en el proceso de aprendizaje, lo que da como resultados profesionales con un débil nivel cognitivo acerca de esta problemática.

REFERENCIAS

1. **Insulza O.** El Problema de drogas en las Américas: Estudio Drogas y Salud Pública, 2008; 16 (2): 23-53.
2. IV Estudio nacional sobre uso de drogas en población de 12 a 65 años Informe de investigación. Ecuador 2014; 19: 23-57. <https://es.sli-deshare.net/aramiro/4-estudionacional-poblacionde12a65-aos-ecuador-ond>
3. **Rubio G, Valladolid J.** Manual de Drogodependencia para Enfermería 2002; 18: 26. Ediciones Díaz de Santos, S. A. Juan Bravo, 3-A. 28006 Madrid: España //http://www.diazdesantos.es/ediciones.
4. **Pascale A.** Consumo de drogas durante el embarazo 2015: 1-90. <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/07/Consumo-de-drogas-durante-el-embarazo-Revision-MSP.pdf>
5. **Lae L.** Clasificación de las drogas por sus efectos en el organismo. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo 2007; 1-12 https://www.uaeh.edu.mx/docencia/P_Presentaciones/prepa4/orientacion/Prevencion%20de%20Adicciones.pdf

PATRONES FUNCIONALES APLICADOS EN PACIENTE CON NEUMOENCÉFALO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Ana Faría¹, Eva Mendoza²

¹Cursante de la Especialidad de Enfermería en Áreas de Cuidados Críticos. Hospital Universitario de Maracaibo. División de Estudios para Graduados. Facultad de Medicina, Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela.

²Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina.

kare_fariachacon@hotmail.com

Resumen. El neumoencéfalo aparece frecuentemente durante cirugías neurológicas. El mismo a tensión, surge con 25 mL de aire, debido a que éste no puede escapar o ser reabsorbido, condicionando el acúmulo de aire y por ende el aumento de la presión intracraneal. El objetivo fue aplicar los patrones funcionales de Gordon, en un usuario con diagnóstico de neumoencéfalo. El tipo de investigación fue descriptiva, transversal, de campo, un estudio de caso, a través del proceso de atención de enfermería atendiendo a cada patrón y a su significado Durante la estadía hospitalaria el paciente ingresado el 04/03/16 en el Hospital Coromoto de Maracaibo, estuvo en condiciones clínicas de cuidado, hidratado, afebril 36,5°C, con herida quirúrgica frontal, derivación ventrículo peritoneal, secuelas de traumatismo craneoencefálico, estupor, pupilas isocóricas normoreactivas a la luz, hipertonicidad muscular, reflejos superficiales con presencia del corneal, reflejos profundos sin respuesta. Pares Craneales, afectación del V, VIII, X y XI. Glasgow de 9 puntos, traqueostómo metálico. Hemodinámicamente: T.A: 127/92 mmHg, F.C: 77X' F.R: 18X', abdomen excavado, ruidos hidroaéreos 6X' sonda nasogástrica, (salem) diuresis espontánea. Contracturas en miembros superiores e inferiores, sin edema. Los diagnósticos de Enfermería más relevantes fueron: Proceso Infeccioso, Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz, Procesos familiares disfuncionales, Deterioro de la deglución, Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades, Riesgo de motilidad gastrointestinal disfun-

cional, Deterioro de la movilidad física, Riesgo de aspiración, Deterioro de la integridad tisular, Riesgo de lesión. Al llevar a cabo el proceso de atención, se permitió atender las necesidades básicas interferidas del paciente que contribuyeron a su salud y recuperación, por ello los cuidados de los profesionales de enfermería favorecen el desarrollo y progresión de los mismos.

Palabras clave: Patrones Funcionales, paciente, neumoencefalo.

INTRODUCCIÓN

El traumatismo, representa un grave problema de salud pública en los países desarrollados y subdesarrollados. Es una entidad cada vez más frecuente, constituyéndose en un problema de salud pública a nivel internacional. Dentro de este grupo de procesos el Traumatismo Craneoencefálico constituye la primera causa de mortalidad entre la población adulta joven (1).

Los accidentes de tránsito son la causa más frecuente estando incluidas las lesiones de los ocupantes del vehículo, peatones, motociclistas y ciclistas. Las caídas son la segunda causa más frecuente de traumatismo, así mismo las lesiones por arma de fuego constituyen una causa mayor de lesión penetrante, y explican hasta el 44% de las anomalías craneales en algunas series. A nivel mundial, 1.2 millones de personas fallecen anualmente por traumatismo craneoencefálico (TCE) (1).

En este orden de ideas, una de las consecuencias del TCE, es el neumoencefalo definido como la presencia de aire intracraneal, que aparece frecuentemente durante cirugías neurológicas cuando los huesos del cráneo o duramadre están comprometidos, así mismo debido a traumatismos. El aire puede acumularse en el espacio subdural, subaracnoideo, epidural e intraventricular. La mayoría de las veces cursa de forma asintomática y se resuelve espontáneamente, otras veces aparecen manifestaciones clínicas derivadas del aumento de la presión intracraneal siendo estas, cefalea, delirio, agitación psicomotora, estupor, coma, hemiparesia y afasia (2). El objetivo fue aplicar los patrones funcionales de Gordon en un paciente con diagnóstico de Neumoencefalo, a propósito de un caso, atendiendo las necesidades básicas interferidas.

METODOLOGÍA

Método científico fue de tipo deductivo-hipotético. El tipo de investigación fue descriptiva, transversal, de campo, estudio de caso.

Presentación del caso: se trata de paciente masculino C.M, quien ingresa el día 04/03/16 al Hospital Coromoto de Maracaibo, por presentar Dehiscencia de Herida Quirúrgica y Neumoencefalo motivo por el cual se decide su ingreso. A la valoración Adulto joven de 28 años de edad, del sexo masculino con secuelas de Traumatismo Craneoencefálico grave. Cirugías Previas: Craneoplastía, Implante de Sistema Derivativo Ventrículo Peritoneal. Alto nivel de estrés y adaptación, disconfort. Condiciones clínicas de cuidado. Herida quirúrgica, estupor, pupilas isocóricas normoreactivas a la luz, hipertonicidad muscular, Reflejos superficiales con presencia del corneal, Reflejos profundos sin respuesta, Pares Craneales, afectación del V, VIII, X y XI. Glasgow de 9 puntos. Dieta líquida hiperproteica por SNG a razón de 8 tomas al día, más Hiposódica (fórmula) 200 cc cada 6 horas. En relación a las medidas diagnósticas se le realizó una Tomografía Axial Computarizada (TAC) de cráneo, el día 04/03/16, arrojando como resultado: Neumoencefalo Frontal Izquierdo. Además, se le practicó un cultivo bacteriano en cuero cabelludo el día 09/03/16, cuyo resultado del examen indico *Pseudomonas aeruginosa*. En cuanto a los datos obtenidos de la Hematología Completa, se evidenció elevación de la WBC: $11,6 \times 10^3/uL$ producto de leucocitosis, por lo tanto, puede ser indicio de un proceso infeccioso, además de la presencia de fiebre, rubor, tumefacción, calor y secreción purulenta.

Por otra parte, en la química sanguínea se obtuvieron los siguientes resultados: BUN 7,6 mg/dL, Albumina: 3,4 g/dL, relación A/G 1,4; Na: 134 mEq/L; Con respecto a los datos obtenidos se encontró una disminución del BUN, indicando una dieta baja en proteínas, desnutrición y una posible insuficiencia hepática; además de una hipoalbuminemia, pudiendo estar asociada a un estado nutricional deficiente. Por otra parte, hay presencia de una hiponatremia vinculada a un desequilibrio hídrico-electrolítico.

RESULTADOS

Los patrones funcionales alterados fueron: 2) Nutrición, 3) Eliminación/Intercambio, 4) Actividad/Reposo, 7) Rol/Relaciones, 11) Seguridad/protección. Los resultados obtenidos tras el plan de cuidados fueron los siguientes: Restablecimiento de las defensas primarias y secundarias del paciente, a través de las siguientes acciones de enfermería: Valoración de la T °C, Valoración de la herida quirúrgica. Cuidado de la herida a través de técnicas asépticas, 3) Valoración de exámenes de laboratorio. 4) Administración de antibioticoterapia. De esta manera se logró obtener: T °C: 36,5°C, WBC: 7,00x 10³/uL, Cultivo Bacteriano negativo.

Por lo tanto, mediante las acciones de enfermería, independientes, interdependientes y dependientes aplicadas, se proporcionaron las herramientas adecuadas para atender las necesidades básicas interferidas en el paciente, logrando el restablecimiento de las defensas primarias y secundarias (5). Mantenimiento de la perfusión tisular cerebral a través de la implementación de las acciones de enfermería tales como: Valoración de la PAM, pulso y respiración, Valoración del estado neurológico, Administración de oxigenoterapia suplementaria. Logrando obtener: PAM de 103 mmHg. De esta manera, a través de las acciones de enfermería implementadas se contribuyó al mantenimiento de la perfusión tisular cerebral, atendiendo las necesidades interferidas del paciente (5). El restablecimiento de las funciones psicosociales, espirituales y fisiológicas de la unidad familiar, mediante las acciones de enfermería: Relación empática enfermera/paciente/familia. Identificación de las dificultades familiares. Información acerca de la patología. Apoyo emocional y espiritual. Establecimiento de objetivos en común. Autorresponsabilidad y comunicación del grupo familiar.

DISCUSIÓN

Se han descrito otros procesos que pueden justificar la entrada de aire intracraneal. De esta forma en el caso de las fístulas de líquido cefalorraquídeo se han sugerido dos modelos: el de la botella de gaseosa invertida donde la salida de LCR favorece la entrada de aire en forma de burbujas reemplazando el espacio de este líquido; o el modelo de válvula unidireccional donde

es la forma de la fístula en contacto con las estructuras adyacentes la que permite la entrada de aire, pero impide su salida.

De todos los mecanismos anteriores descritos, en este caso, el neumoencéfalo a tensión fue debido a un gradiente de presiones a través de una solución de continuidad no traumática en la piel. Esto permitió al aire atmosférico entrar y provocar el neumoencéfalo. En vista de los datos relevantes del paciente, desde el punto de vista fisiopatológico para que se produzca un neumoencéfalo debe existir generalmente una solución de continuidad a través del cráneo e incluso de las meninges ya que el aire puede encontrarse no sólo epidural sino también subdural, subaracnoideo, intraparenquimatoso o intraventricular. La entrada de aire puede deberse al simple hecho de la apertura craneal y meníngea durante ciertas intervenciones quirúrgicas con el posterior cerrado hermético y la consiguiente retención de aire intracraneal (3).

En muchas ocasiones, sin embargo, la causa, así como la cantidad de aire introducido depende de un gradiente de presiones. De esta forma, en presencia de una solución de continuidad, cuando la presión dentro del compartimento craneal es menor que la atmosférica (760 mmHg bajo el nivel del mar) se produce dicha entrada de aire. Por tanto, existen dos tipos de factores que pueden agravar el cuadro. Por un lado, están aquéllos que reducen la presión intracraneal como son: la salida de líquido cefalorraquídeo por maniobras como el Valsalva y los cambios posturales, los drenajes lumbares o ventrículo-peritoneales y la deshidratación o la reducción de masa tumoral por radioterapia o radiocirugía. Por otro lado, aquellos factores que aumentan la presión del aire extradural: la apnea obstructiva del sueño y la ventilación a presión positiva, entre otros (4).

Mediante las acciones de enfermería ejecutadas, se demuestra que el cuidado de los profesionales de enfermería no solo se inclina a lo físico, ni solo al paciente, ya que abarca al ser humano en todo su ser holístico, haciendo de esta manera que tanto al paciente como a la familia se le atiendan las necesidades básicas interferidas, favoreciendo así el restablecimiento de las funciones psicosociales, espirituales y fisiológicas (5).

CONCLUSIÓN

Al llevar a cabo el proceso de atención de enfermería se pueden aplicar los patrones funcionales de acuerdo a Gordon, ya que atienden las necesidades básicas interferidas del paciente e igualmente que contribuyen a su salud y recuperación, dejando claro que los cuidados de los profesionales de enfermería favorecen el desarrollo y progresión de los mismos.

REFERENCIAS

1. **Henrique Y.** Caracterización epidemiológica del traumatismo craneoencefálico, servicio de emergencia hospital Central Universitario. Dr. Antonio María Pineda. Barquisimeto – Lara. Venezuela 2010: 1-41 <http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bmucla/edoes/textocompleto/TWL354DV4H452010.pdf>
2. **Lozano A.** Trauma Craneoencefálico. Aspectos epidemiológicos y fisiopatológicos. Universidad Surcolombiana - Neiva – Huila. Colombia Facultad de Salud 2009, 2015:63-76.
3. **Luque M, Boscán A.** Traumatismo Craneoencefálico. Hospital Clínico Universitario de Málaga. Manual de Urgencias y Emergencia 2012: 1-37.
4. **Ortega E, Ludeña R.** Técnica radiológica para pacientes con traumatismo craneoencefálico con uso de rayos X Universidad Nacional de Loja, Ecuador 2013: 15-45 <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/4020>
5. **NANDA Internacional** Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011: 142, 303 <https://www.salusplay.com/blog/nuevos-diagnosticos-enfermeros-nanda-i-2018-2020/>

USO DEL LAVADO DE MANOS CLÍNICO EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

Gema Cedeño

Cursante de la Especialidad de Enfermería en Áreas de Cuidados Críticos. Hospital Universitario de Maracaibo. División de Estudios para Graduados. Facultad de Medicina, Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela.
licen.gema@gmail.com

Resumen. El lavado de manos es un procedimiento que deben realizar los profesionales de

la salud para prevenir las infecciones intrahospitalarias, las cuales representan un importante problema en el ámbito sanitario, al menos uno de cada cuatro pacientes ingresados en cuidados intensivos contraerá una infección durante su estancia. La causa más común de infección son los microorganismos, los cuales se encuentran en el aire, piso, piel, mucosa y secreciones, que se diseminan fácilmente por objetos y manos del personal de salud. El objetivo fue evaluar el uso del lavado de manos clínico en el personal de enfermería del servicio de Ginecología del Hospital Básico de Jipijapa, Manabí, Ecuador. El estudio fue descriptivo transversal durante el mes de mayo del 2015. La población conformada por 10 enfermeros quienes laboran en el servicio de ginecología, se obtuvo que el 70% no realicen el lavado de manos adecuadamente. El 90% no se lavan las manos antes del contacto con el paciente. 50% se lavan las manos antes de realizar un procedimiento. 60% realiza higiene después de tener contacto con fluidos corporales. 60% no se lavan las manos posteriores al contacto con el paciente y 90% no se lava las manos después del contacto con el entorno del paciente. Un alto porcentaje de enfermeros no cumplen con el lavado de manos clínico. Por lo tanto, se sugiere concientizar a todo el personal de salud sobre la importancia de la adherencia al lavado de manos clínico para la prevención de enfermedades y como medida de bioseguridad.

Palabras clave: Lavado de manos, estrategia, prevención.

INTRODUCCIÓN

El lavado de manos es una herramienta simple, económica e importante procedimiento que tienen los profesionales de la salud para prevenir las infecciones intrahospitalarias, las cuales representan un importante problema en el ámbito sanitario (1). En el mundo, al menos uno de cada cuatro pacientes ingresados en servicios de cuidados intensivos contraerá una infección durante su estancia en el hospital. En los países en desarrollo esta proporción puede duplicarse debido a que el sistema de salud ha de atender a una población más enferma y hacen frente a la falta de recursos humanos y técnicos, esto se refleja que, en países como México, Canadá y Brasil, donde las tasas de infecciones nosocomiales van desde 3% hasta 25% (2).

La prevención y el control de infecciones es una de nuestras principales responsabilidades, debido a que en las instituciones de salud se trabaja continuamente en un ambiente que aloja muchas variedades de microorganismos. La causa más común de infección son los microorganismos, los cuales se encuentran en el aire, piso, piel, mucosa y secreciones, que se diseminan fácilmente por objetos y manos del personal de salud (3).

La piel es el mayor órgano del cuerpo humano, actúa como barrera protectora que aísla al organismo del medio que lo rodea, protegiéndolo y contribuyendo a mantener íntegras sus estructuras, al tiempo que actúa como sistema de comunicación con el entorno. Se distinguen tres capas principales que, de superficie a profundidad son la epidermis, la dermis (segunda línea de defensa contra los traumatismos, provee las vías y el sostén necesario para el sistema vascular cutáneo y constituye un enorme depósito potencial de agua, sangre y electrolitos) y la hipodermis (capa subcutánea de la piel, está constituida por tejido conectivo laxo).

La misma está constituida por la flora bacteriana cutánea, habitada por gérmenes bacterianos que se encuentran en la piel de los seres humanos. Se divide en residente (es la flora comensal de la piel y que juega un rol importante en la resistencia a la colonización bacteriana, se halla constituida por gérmenes no patógenos como: *Staphylococcus epidermidis*, Difteroides y *Propionibacterium*) y transitoria (es la flora que se halla compuesta por gérmenes contaminantes, recientemente adquiridos de pacientes colonizados o infectados; se multiplican fácilmente en las superficies de la mano y pueden sobrevivir por largo tiempo si no hay una adecuada higiene de manos, comprenden fundamentalmente gérmenes patógenos hospitalarios como: enterobacterias, bacilos Gramnegativos, *Staphylococcus aureus* y levaduras).

La higiene de manos es la única herramienta con que cuentan los profesionales para prevenir las infecciones intrahospitalarias, pero hay una cuestión que va más allá de la implementación de dicha técnica, como es principalmente la importancia ética y moral de los profesionales del equipo interdisciplinario (4).

Durante generaciones el lavado de manos con agua y jabón se ha considerado una medida de higiene personal. Sin embargo, la antisepsia

de manos realizadas por el trabajador de salud quizás es inadecuada o se omite por completo. Una de las razones principales por la cual los profesionales que no se lavan las manos es posiblemente porque a pesar de todo no creen que este mecanismo convencional sea útil para reducir la tasa de infección nosocomial o si lo creen no cambian su comportamiento (5). El objetivo de éste trabajo fue evaluar el uso del lavado de manos clínico en el personal de enfermería del servicio de Ginecología del Hospital Básico de Jipijapa, Manabí, Ecuador.

La transferencia de microorganismos por las manos del personal hospitalario ha sido identificada como el factor más importante en la transmisión de las infecciones. Las mismas pueden evitarse con un buen lavado de manos, se considera en general el procedimiento aislado más importante para su prevención.

En el hospital las infecciones intrahospitalarias representan una de las complicaciones de mayor impacto derivada de la atención de pacientes hospitalizados, siendo un problema importante tanto para el paciente (incremento de la morbi-mortalidad, de los tiempos de internación y de los costos asistenciales) como para la institución.

Los beneficios que se persiguen es descubrir las razones por la que el personal de salud incumple con la norma de higienización de sus manos, reducir y evitar la estadía del paciente en el hospital, disminuir la morbi-mortalidad, evitando alterar aún más la calidad de vida del paciente y su familia y bajar los costos extras que se le generan a la institución. A raíz de dichos propósitos, desde una perspectiva disciplinar se indagará y profundizará en dicho tema, en base a criterios científicos, para ejercer un consciente accionar con la intención de controlar y prevenir las infecciones que se generan en el nosocomio.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal. La población estuvo conformada por 10 enfermeros que laboran en el servicio de ginecología del Hospital Básico de Jipijapa, Manabí, durante el mes de mayo de 2015; la técnica utilizada fue la observación, se manejó un instrumento de estudio de medición, el cual fue un Formulario de Observación que constó de 5 momentos en el cual

se evaluó la adherencia al lavado de manos clínico por parte del personal. El análisis de datos se realizó a través del Software Microsoft Excel 2010, incorporando los resultados en tablas.

RESULTADOS

En la Tabla I se evidenció la distribución del personal de enfermería según el uso del lavado clínico de manos, de forma global e individual posterior a cada momento; en donde el 70% no realizan el lavado de manos adecuadamente. El 90% no se lavan las manos antes del contacto con el paciente. 50% se lavan las manos antes de realizar un procedimiento. 60% realiza higiene después de tener contacto con fluidos corporales, 60% no se lavan las manos posteriores al contacto con el paciente y 90% no se lava las manos después del contacto con el entorno del paciente.

DISCUSIÓN

El servicio de ginecología es un lugar con alto riesgo para las infecciones nosocomiales, debido a muchos factores, ya sea por el riesgo a exposición de fluidos como a la susceptibilidad de los pacientes para adquirir los gérmenes. La mayor parte de la responsabilidad recae sobre los enfermeros, por su rol asistencial ya que tiene contacto directo y continuo con el paciente. De allí la importancia de su adherencia a las medidas de prevención y control mediante el lavado de manos clínico.

A pesar de esto, existe una baja adherencia al lavado de manos clínico, que desencadena una gran problemática dentro de los servicios de hospitalización. Esta situación se ve reflejada en el estudio, en el cual se obtuvo como resultado en el servicio de ginecología del Hospital de Jipijapa, Manabí, en donde solo el 30% tuvo adherencia al lavado de manos clínico; mientras que el 70% no tiene adherencia. Estos resultados son similares con el estudio de otros investigadores; dentro del marco de la seguridad de paciente el lavado de manos y la implementación de políticas, la tasa de adherencia a la guía de lavado de manos fue alarmantemente baja (2, 3, 4,6).

La adherencia al lavado de manos clínico, sigue siendo una de las prácticas menos utilizadas por los enfermeros, a pesar de las estrate-

TABLA I
DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN EL USO DEL LAVADO CLÍNICO DE MANOS

Uso global del lavado de manos	<i>fa</i> n=10	%
SI	3	30
NO	7	70
Total	10	100
Antes del contacto con el paciente	<i>fa</i> n=10	%
SI	1	10
NO	9	90
Total	10	100
Antes de realizar un procedimiento aséptico	<i>fa</i> n=10	%
SI	5	50
NO	5	50
Total	10	100
Después de la exposición de fluidos corporales	<i>fa</i> n=10	%
SI	6	60
NO	4	40
Total	10	100
Después del contacto con el paciente	<i>fa</i> n=10	%
SI	4	40
NO	6	60
Total	10	100
Después del contacto con el entorno paciente	<i>fa</i> n=10	%
SI	1	10
NO	9	90
Total	10	100

gías desarrolladas por la OMS desde el 2009, llamada "Salva vidas, lava tus manos", estrategia que busca prevenir y controlar la diseminación de infecciones dentro de la atención hospitalaria (2, 6).

CONCLUSIÓN

Se evidenció un alto porcentaje de enfermeros que no cumplen con el lavado de manos clínico, dado en algunos casos por la carencia

de insumos necesarios para la realización de las mismas, lo cual incrementa en gran medida el riesgo de transmisión de gérmenes habituales a pacientes susceptibles de padecer infecciones nosocomiales. Por lo tanto, se sugiere concientizar a todo el personal de salud sobre la importancia de la adherencia al lavado de manos clínico para la prevención de enfermedades y como medida de bioseguridad.

REFERENCIAS

1. Amaro M, Álvarez J. La responsabilidad moral de los profesionales de la salud en las acciones más sencillas del actuar cotidiano 2011:60-67 *Informed-Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas* <http://www.uvs.sld.cu/la-responsabilidad-moral-de-los-profesionales-de-la-salud-en-las-acciones-mas-sencillas-del-actuar-c>.
2. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre la higiene de manos en la atención sanitaria 2009:6.
3. Sobrequés J, Espuñes J, Bañeres J. Intervention to Improve Hand Hygiene Compliance in Catalonia, Spain. *Med Clin (Bare)* 2014; 143 Suppl 1:36-42. *Doi: 10.1016/J.Medcli.2014.07.009*.
4. Freeman M, Stocks M, Cumming O, Jeandron A, Higgins J, Wolf J, Prüss A, Bonjour S, Hunter P, Fewtrell L, Curtis V. Hygiene and health: systematic review of handwashing practices worldwide and update of health effects. *Trop Med Int Health* 2014; 19(8):906-16. *Doi: 10.1111/tmi.12339*.
5. Lupión C, López L, Rodríguez J. Preventive measures for avoiding transmission of microorganisms between hospitalised patients. *Hand hygiene. Enferm Infecc Microbiol Clin* 2014; 32(9):603-9. *Doi: 10.1016/j.eimc.2014.02.003*.
6. Aragón D, Sole M, Brown S. Outcomes of an infection prevention project focusing on hand hygiene and isolation practices. *AACN Clin Issues* 2005; 16(2):121-32.

LENGUAJE ENFERMERO APLICACIÓN NANDA, NIC Y NOC A PACIENTE CON ECLAMPSIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

María García, Eva Graterol

Cursante de la Especialidad de Enfermería en Áreas de Cuidados Críticos. Hospital Universitario de Maracaibo. División de Estudios para Graduados. Facultad de Medicina, Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.
hoyquierodargracias@hotmail.com

Resumen. El embarazo es una de las etapas más complejas a través de las cuales los seres humanos deben transitar, debido al equilibrio que debe mantenerse en los diferentes hábitos para evitar repercusiones tanto fetales como maternas que pudieran entorpecer el desarrollo del embarazo. El objetivo fue determinar los diferentes diagnósticos de enfermería aplicación del NIC y NOC a paciente con eclampsia en el área de cuidados críticos del Hospital Universitario de Maracaibo octubre 2018. Enfoque neopositivista empírico inductivo a través de la aplicación del lenguaje enfermero NANDA NIC y NOC permitiendo identificar las diferentes necesidades interferidas y de esta manera dar respuesta eficaz. Se trata de paciente femenina de 15 años de edad, quien ingresa el día 29/09/2018 con diagnóstico de eclampsia, puerperio quirúrgico patológico por cesárea de emergencia con movimientos tónico clónicos generalizados y cambios pupilares. Se destacan tres patrones funcionales: primer patrón nutricional metabólico Diagnóstico de Enfermería (DX) perfusión tisular cerebral ineficaz relacionado con (r/c) disminución del volumen sistólico, segundo patrón percepción y control de la salud DX riesgo de lesión r/c administración de sulfato de magnesio tercer Dx riesgo de infección r/c invasión de microorganismos patógenos. La aplicación del lenguaje enfermero, permitió dar respuesta a las diferentes necesidades interferidas, minimizando de esta manera las posibles repercusiones que pudieran entorpecer la evolución y el reintegro del usuario a la sociedad garantizando cuidados de calidad.

Palabras clave: Eclampsia, NANDA, NIC, NOC.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es una de las etapas más complejas a través de las cuales los seres humanos deben transitar, debido al equilibrio que debe mantenerse en los diferentes hábitos para evitar repercusiones tanto fetales como maternas que pudieran entorpecer el desarrollo del embarazo. Por otro lado, a partir de que el óvulo es fecundado se producen cambios en el cuerpo de la mujer, tanto fisiológicos como metabólicos, destinados a proteger, nutrir y proporcionar todo lo necesario para el desarrollo adecuado del feto. Unos 16 millones de muchachas de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo, cada año, unos 3 millones de muchachas de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos. Los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años (1).

El embarazo en la adolescencia se considera un problema de salud pública por la Organización Mundial de la Salud (OMS) debido a las repercusiones biopsicosociales que tiene en la salud de la madre y del hijo (a). Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte de las adolescentes en la mayoría de los países. La falta de orientación y educación en salud es un factor determinante en el alto número de embarazos prematuros (2).

Así mismo, durante el embarazo se ponen en marcha complejos procesos hormonales que afectan a casi la totalidad de los órganos del cuerpo de la mujer provocando lo que se conoce como síntomas de embarazo. En las últimas dos décadas no ha habido grandes avances en el conocimiento de los orígenes de la preeclampsia. Se sabe que los trastornos hipertensivos complican los embarazos. Son complicaciones relacionadas con la preeclampsia el nacimiento pretérmino, la morbilidad materna y el riesgo a largo plazo de enfermedad cardiovascular materna y la enfermedad metabólica, tanto en la madre como en el niño.

Del mismo modo la eclampsia se define como la presencia de convulsiones tipo epilépticas

por primera vez en una mujer con preeclampsia, antes, durante o después del parto. La lesión cerebral en la eclampsia se asocia al edema cerebral y a los cambios característicos de la sustancia blanca síndrome de leucoencefalopatía posterior reversible, que es similar a los hallazgos que se notan en la encefalopatía hipertensiva y con las terapias citotóxicas inmunosupresoras (3). El objetivo fue determinar los diferentes diagnósticos de enfermería aplicación del NIC y NOC a paciente con eclampsia en el área de Cuidados Críticos del Hospital Universitario de Maracaibo octubre 2018 a través de los patrones funcionales de Gordon (1996) para garantizar intervenciones de manera oportuna que permitan un cuidado humanizado seguro y continuo.

METODOLOGÍA

Enfoque neopositivista empírico inductivo a través de la aplicación del lenguaje enfermero NANDA NIC y NOC permitiendo identificar las diferentes necesidades interferidas y de esta manera dar respuesta eficaz. Descripción del Caso Se trata de paciente de sexo femenino de 15 años de edad primera gesta no controlado de 35,4 semanas no confiable quien es trasladada a centro médico de la localidad quienes refieren a la maternidad por presentar movimientos tónico clónicos generalizado con relajación de esfínter con alteración del estado de conciencia quien es diagnosticada con eclampsia, quien es llevada a pabellón de esta institución.

Previo a la intervención se presencia dos episodios convulsivos adicionales en quien se realiza administración impregnación con sulfato de magnesio, paciente en quien se realiza Cesárea de emergencia con herida infra umbilical mediana con histerotomía con extracción de feto vivo sexo femenino, apgar 4/9/9, alumbramiento manual, limpieza de cavidad uterina, con cierre de hasta pared por planos, sin complicaciones, por persistencia de cifras tensionales elevadas se decide limitación para la discontinuación de la ventilación permaneciendo conectada en recuperación de pabellón donde se mantuvo durante siete días con manejo irregular de esquema antihipertensivo, antibioterapia anticonvulsivantes y medidas de neuroprotección quien es trasladada hasta la unidad de cuidados intensivos adultos del hospital uni-

versitario de Maracaibo para continuar con manejo médico.

RESULTADOS

Obsérvese en la Tabla I que el diagnóstico de enfermería predominante fue Perfusión tisular cerebral ineficaz (NANDA) de la necesidad interferida de patrón nutricional metabólico con las intervenciones de enfermería en primer lugar las autónomas como realizar examen físico monitorizar constantes vitales (NIC) y los resultados de esas intervenciones como pupilas anisocóricas (NOC).

Obsérvese en la Tabla III que el diagnóstico de enfermería predominante fue riesgo de lesión (NANDA) de la necesidad interferida de patrón de percepción y control de salud con las intervenciones de enfermería en primer lugar las

autónomas como realizar examen físico neurológico (NIC) y los resultados de esas intervenciones como disminución del riesgo de lesión (NOC).

DISCUSIÓN

El Proceso de Atención de Enfermería es un proceso sistemático que permite a la enfermera tomar decisiones eficazmente se han dado muchas definiciones, pero todas redundan en la idea central de método para tomar decisiones. Y en eso consiste el Proceso de Enfermería, como lo dejan patente definiciones, claras y precisas, de dos referentes en el estudio de la metodología enfermera Así mismo en otras decisiones se plantean que es un Método de identificación y resolución de problemas (4). La valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon aporta

TABLA I
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: PATRÓN NUTRICIONAL, METABÓLICO

Diagnósticos de enfermería (NANDA)	Intervenciones (NIC)	Resultados (NOC)
Perfusión tisular cerebral ineficaz r/c: disminución del volumen sistólico s/c shock hipovolémico m/p taquicardia cambios pupilares (anisocoria) Hipertensión arterial Hemiparesia izquierda Hiperreflexia Glasgow 9 ptos Hemoglobina 5mg /dL Convulsiones tónico clónicas	Realizar examen físico Monitorizar constantes vitales FC,FR,TA,TEMP Extraer muestra para exámenes complementarios Realizar TAC cerebral Aplicar medidas de neuroproteccion • Alineación del cuello • Cabecera de la cama 30° • Administrar sedación y relajación según orden medica • Glicemia entre 90 y 110 mg/dl • Tensión arterial media mayor a 90 mmHg Administrar impregnación de sulfato de magnesio	De acuerdo a las intervenciones realizadas se evidencia pupilas anisocóricas derecha de 4mm e izquierda de 3mm con repuesta fotomotora con Glasgow que se mantiene 9pts.

TABLA II
PATRÓN DE PERCEPCIÓN Y CONTROL DE LA SALUD

Diagnóstico de Enfermería	Intervenciones (NIC)	Resultados (NOC)
Riesgo de proceso infeccioso r/c invasión de microorganismos patógenos s/c Estancia hospitalaria	Realizar examen físico Realizar exámenes complementarios hematología, química. Extraer muestra para cultivos Realizar los diferentes procedimientos aplicando medidas de asepsia y antisepsia Administrar antibiótico terapia	Por medio de las intervenciones realizadas se evidencia disminución del proceso infeccioso; herida quirúrgica limpia y sin signos de infección

TABLA III
PATRÓN DE PERCEPCIÓN Y CONTROL DE LA SALUD

Diagnóstico de enfermería	Intervenciones (NIC)	Resultados (NOC)
Riesgo de lesión r/c Administración de sulfato de magnesio s/c eclampsia	Realizar examen físico Realizar examen físico neurológico valoración de reflejos osteotendinosos Valorar signos de intoxicación por sulfato de magnesio (rubicundez, hiporreflexia, deterioro del nivel de conciencia) Extraer muestras para para química sanguínea y posterior valoración Controlar velocidad de infusión del sulfato de magnesio	Se logró disminuir el riesgo de lesión evidenciándose normoreflexia y sin evidencia de convulsiones tónico clónicas

una serie de ventajas al proceso: los patrones pueden ser utilizados independientemente del modelo enfermero del que se parta; se adaptan muy bien al ámbito de la atención primaria de salud, permitiendo estructurar y ordenar la valoración, tanto a nivel individual como familiar o comunitario, a lo largo del ciclo vital de la persona, en situaciones de salud o enfermedad; y facilitan claramente la siguiente fase de diagnóstico enfermero al estar en el origen de la clasificación por dominios de la NANDA (5).

CONCLUSIÓN

La aplicación del lenguaje enfermero, permitió dar respuesta a las diferentes necesidades interferidas, minimizando de esta manera las posibles repercusiones que pudieran entorpecer la evolución y el reintegro del usuario a la sociedad garantizando cuidados de calidad.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente 2018; 15-21.
2. Flores M, Nava G, Arenas L. Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. *Salud Pública* 2017; 19 (3): 374-378.
3. Romero J. Simposio de Pre eclampsia actualización Rev. peruana de ginecología y obstetricia 2017; 63(2): 74-78.
4. Reina N. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado Universidad Manuela Beltrán. Bogotá, Colombia. Umbral Científico

2010; 17: 18-23 <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>.

5. Álvarez J, del Castillo F, Fernández D, Muñoz M. Manual de Valoración de Patrones Funcionales Comisión de Cuidados Dirección de Enfermería de Atención Primaria Área Sanitaria V – Gijón 2010: 1-34 <https://seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.pdf>

PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESTANDARIZADOS PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS.

*Yeny Acevedo, Carla Pérez,
Yasmirys Valdeblánquez, Carmen Hernández*

Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.
yenywj@hotmail.com

Resumen. Objetivo estandarizar planes de cuidados de enfermería para pacientes pediátricos mediante la selección veinte diagnósticos de enfermería que con frecuencia se utilizan en el cuidado de niños y adolescentes e integrar la clasificación de resultados esperados (NOC) con la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), se analizó y se procedió a adaptar dichas clasificaciones para diseñar planes de cuidados estandarizados. El formato de plan de cuidado propuesto por las autoras contiene elementos de identificación en el encabezado. La hoja de plan de cuidados contiene cuatro columnas, en

la primera aparece el diagnóstico de enfermería con los elementos que lo constituyen el dominio y clase al cual pertenece dicho diagnóstico, la segunda los resultados esperados en la cual se adapta una escala de estimación con los indicadores y su escala de respuestas con cinco opciones (del 1 al 5), la tercera columna contiene las actividades de enfermería con sus campos, clases e intervenciones, en la cuarta y última columna se observa la evaluación que aparece con el espacio en blanco ya que el resultado se obtiene posterior a la implementación de los cuidados ofrecidos. Se concluye: 1. Que el proceso de atención de enfermería es la herramienta científica de los profesionales de enfermería. 2. Ofrece a los profesionales un lenguaje técnico en común. 3. Permite identificar y resolver los problemas o necesidades prioritarios de los pacientes. 4. Sirve como guía para la continuidad y uniformidad de los cuidados de enfermería. Se recomienda: 1. Comunicar la importancia de elaborar planes de cuidados estandarizados para los pacientes y para el profesional de enfermería. 2. Incentivar a los Docentes, para que diseñen planes de cuidados de enfermería estandarizados. 3. Crear un comité conformado por Docentes y Estudiantes, que mantenga activa la documentación, revisión y supervisión de los diagnósticos de enfermería estandarizado que se vayan generando en las Unidades Curriculares para la posterior divulgación.

Palabras clave: estandarización, planes de cuidado, diagnóstico de enfermería.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como objetivo estandarizar planes de cuidados de enfermería para pacientes pediátricos. para llevar a cabo la propuesta, se utilizó la metodología revisión documental en la cual se analizaron varios autores del área de enfermería que han investigado y trabajado El Proceso de Atención de Enfermería, el cual se presenta de manera ordenada, en cada una de las etapas o fases, iniciando con la primera etapa: valoración, la segunda etapa: diagnóstico, la tercera etapa: planificación, la cuarta etapa: ejecución y la quinta etapa corresponde a la: evaluación, en el desarrollo del contenido se tocan aspectos que van desde los conceptos básicos de cada uno de las etapas, hasta las características y ventajas de su aplicación.

Así mismo, se procede a revisar y seleccionar de la NANDA veinte diagnósticos de enfermería que son considerados por la experiencia clínica y práctica de las autoras, los más comunes del área pediátrica. Luego, se revisa, selecciona y adapta del libro de Resultados Esperados de Enfermería (NOC) el resultado que corresponde al diagnóstico de enfermería seleccionado con su respectiva escala de puntuación e indicadores de evaluación, cabe mencionar que los indicadores en algunos de los casos fueron adaptados por las autoras, se suprimieron y/o agregaron nuevos según el criterio y la experiencia de las mismas, con lo que se produce un elemento nuevo de integración, pues hasta hace muy poco se venían diseñando los diagnósticos de enfermería con metas y objetivos y en esta oportunidad no se verán reflejados.

METODOLOGÍA

Método empirista deductivo revisión de documentos relacionados con el proceso de atención de enfermería De acuerdo con las autoras antes de que se desarrollara el proceso de enfermería, “las enfermeras tendían a ofrecer los cuidados que se basaban en prescripciones médicas y se centraban en las condiciones específicas de la enfermedad más que en la personas a la que se cuidaban”.

Definiciones del Proceso de Enfermería

Por su parte, se definió el Proceso de Enfermería como “un proceso sistemático que permite a la enfermera tomar decisiones eficazmente”. Las autoras del presente trabajo, definen el proceso de atención de enfermería, como una serie de pasos o etapas ordenados lógicamente y secuencialmente que busca detectar necesidades interferidas en las personas, familia o comunidad, generando estrategias o cuidados de enfermería que permitirán solucionar de forma eficaz y eficiente los problemas de salud detectados, con el propósito de insertar a las personas, familia o comunidad a su ambiente natural (1,2).

Fases del Proceso de Atención de Enfermería

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), consiste en una secuencia sistemática de cinco pasos, que a continuación se describen: 1.-Valoración Es la primera etapa del proceso de

atención de enfermería, considerada la más crucial, ya que depende en gran medida de las habilidades y destrezas de los profesionales de enfermería para recoger la información relevante del estado de salud del paciente.

2.-Diagnóstico de Enfermería. Por su parte, la define el diagnóstico enfermero como: “un juicio clínico sobre las experiencias y/o respuestas de una persona, familia, grupo o comunidad frente a problemas o procesos vitales reales o potenciales” Prosigue el autor y expresa que un diagnóstico enfermero “proporciona la base para la selección de intervenciones enfermeras para conseguir los resultados sobre los cuales la enfermera tiene responsabilidad” (3).

Tipos de diagnósticos enfermeros a) Diagnóstico focalizado en el problema (real), lo definen como un “juicio clínico en relación con una respuesta humana no deseada de una persona, familia, grupo o comunidad, a una afección de salud/proceso vital” (2).

b) Diagnóstico de promoción de la salud o Bienestar: se refieren a un juicio diagnóstico sobre las motivaciones y “deseos de una persona, familia o comunidad de aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud, que se manifiesta en su disposición para mejorar conductas de salud específicas y que se pueden aplicar a cualquier estado de salud” (2).

c) Diagnóstico de riesgo: lo presentan como un “juicio clínico en relación a la vulnerabilidad de una persona, familia, grupo o comunidad para desarrollar una respuesta humana no deseada a una afección de salud/proceso vital” (2).

d) Síndrome: expresan que se trata de un “juicio clínico que describe un grupo específico de diagnósticos enfermeros que ocurren juntos y que se abordan mejor juntos a través de intervenciones similares”.

3. Planificación Las autoras, definen planificar como el “proceso de designar las estrategias o actuaciones de enfermería requeridas para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas del cliente identificados y validados durante la fase de diagnóstico” (1).

Por otro lado, las autoras manifiestan que planificar los cuidados implica tres pasos esenciales:

1. Jerarquización de los Problemas: Establecer las prioridades para decidir qué problema ha de atenderse con anterioridad a otro”. Se suele acudir a la jerarquía de Maslow, para ordenar las prioridades, pero es un sistema que, en determinadas circunstancias, tiene poca precisión (2).

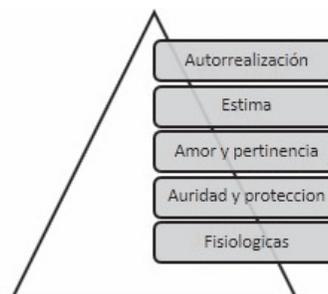


Fig. 1. Pirámide de Abraham Maslow.

2. Establecimiento de Objetivos / Resultados Esperados: En relación al establecimiento de objetivos, se hace necesario comentar que las autoras del presente trabajo, ya no lo plantean de la forma tradicional como se está acostumbrado a parafrasear, sino que se propone un formato de plan de cuidados de enfermería en la cual integra la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), tomando y adaptando las diferentes escalas de estimación e indicadores, que en el apartado de Anexos se presentan para su revisión, discusión e implementación.

3. Elaboración del Plan de Acción. Actividades de Enfermería: En relación a la elaboración del plan de acción o Actividades de enfermería (1) definen al plan de cuidados de enfermería como “el elemento que organiza la información sobre la salud del cliente en un todo significativo; se centra en las acciones que deben realizar las enfermeras para abordar los diagnósticos de enfermería identificados en el cliente y cumplir los objetivos establecidos”.

RESULTADOS

Se muestra para los propósitos de un plan de cuidados de enfermería son los siguientes: (1) 1.-Proporcionar directrices para un cuidado individualizado del cliente. El plan se organiza según las necesidades de cui-

datos de enfermería propias del cliente. 2.-Proporcionar continuidad a los cuidados. El plan escrito es un medio de comunicar y organizar las acciones de un personal de enfermería que cambia constantemente. 3. Proporcionar directrices sobre lo que tiene que documentarse en las notas de evolución del cliente. 4.Servir como guía para asignar el personal que cuida al cliente. Ciertos aspectos de los cuidados del cliente pueden tener que ser delegados en alguien que pueda hacer los juicios necesarios sobre las respuestas del cliente.

En la Tabla I se presenta el formato del Plan de Cuidados de Enfermería, las autoras argumentan que “aunque los formatos difieren según los centros, el plan generalmente se organiza en cuatro columnas: a) diagnósticos de enfermería, b) Objetivos, c) Estrategias o Intervenciones de Enfermería y d) Evaluación”. El siguiente cuadro refleja el plan de cuidados (1).

En la Tabla II como resultado del proceso investigativo, las autoras del presente trabajo proponen la integración de la NANDA, los Resultados esperados y las intervenciones de enfermería en el formato de plan de cuidados de enfermería, y a continuación se presenta. Ejecución Se refiere que “comienza de una vez que se han elaborado los planes de cuidados y está enfoca-

do a aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al usuario a conseguir los objetivos” (4). Evaluación En el mismo contexto, lo plantea como “una etapa difícil, porque en ella hay que conjugar un conjunto de elementos humanos particularmente complejos”. Continúa la autora y sostiene que se trata, en realidad, “de un interrogatorio y una reflexión que se hace sobre el conjunto de acciones y orientaciones decididas por la enfermera” (5). En la Tabla III se presenta el modelo del plan de cuidados.

DISCUSIÓN

Estos resultados coinciden con lo planteado por Kozier el plan de cuidados proporciona directrices sobre lo que tiene que documentarse en las notas de evolución del usuario. Sirve de guía para asignar el personal que cuida al cliente. Ciertos aspectos de los cuidados del cliente pueden tener que ser delegados en alguien que pueda hacer los juicios necesarios sobre las respuestas del cliente. El formato del Plan de Cuidados de Enfermería propuesto se enmarca en que, aunque los formatos difieren según los centros, el plan generalmente se organiza en cuatro columnas: a) diagnósticos de enfermería, b) Objetivos, c) Estrategias o Intervenciones de Enfermería y d) Evaluación” (1).

TABLA I
FORMATO PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Diagnóstico de Enfermería	Objetivos	Estrategias o Intervenciones de Enfermería	Evaluación
Dominio: Clase:	Dominio: Clase:	Nivel 1 campos: Nivel 2 Clases: Nivel 3 Intervenciones:	Puntuación Obtenida en el Turno de guardia en la Escala del 1 al 5 1 2 3 4 5

TABLA II
FORMATO PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA INTEGRACIÓN NANDA-NOC-NIC

Diagnóstico de Enfermería	Resultados Esperados	Actividades de Enfermería	Evaluación
Dominio 2: Nutrición Clase 1: Ingestión	Dominio: Salud fisiológico (II) Clase: Nutrición (K)	Nivel 1 campos: 5. Familia Nivel 2 Clases: W. Cuidados que apoyan a la unidad familiar Nivel 3 Intervenciones: (1054) Ayuda en la lactancia materna	Puntuación Obtenida en el Turno de guardia en la Escala de Resultados del 1 al 5 1 2 3 4 5

TABLA III
MODELO DEL PLAN DE CUIDADOS

Diagnóstico de Enfermería	Resultados Esperados	Actividades de Enfermería	Evaluación																																																			
Disposición para mejorar lactancia materna (00106)	Mantenimiento de la lactancia materna 02)	1.-Conversar con los padres sobre la estimación del esfuerzo y tiempo que les gustaría dedicar a la lactancia materna. 2.-Proporcionar a la madre la oportunidad de contacto para que amamante al lactante durante la hospitalización. 3.-Evaluar la relación entre la madre y el lactante durante el proceso de amamantamiento. 4.-Observar la capacidad de succionar del lactante. 5.-Observar la capacidad del lactante de coger correctamente el pezón (habilidad de agarre). 6.-Orientar y reforzar a la madre sobre los beneficios que obtienen ella y el lactante al utilizar la lactancia materna exclusiva, como: Favorece en la pérdida de peso. Rápida recuperación post parto. Ayuda al lactante a una fácil digestión Le brinda lactante nutriente perfecto, Vitaminas y minerales. Protege contra bacterias y enfermedades. Es gratuita y disponible a cualquier hora. 7.-Enseñar a la madre la posición correcta que debe adoptar. 8.-Orientar a la madre a utilizar ambos pechos y cambios de posiciones para evitar cansancio. 9.-Enseñar sobre no limitar el tiempo de amamantar. 10.-Enseñar a la madre los cuidados de los pezones, incluida la prevención de grietas en los mismos. y calentamiento de la leche materna.																																																				
	<p>Puntuación Diana del Resultado:</p> <p>Mantener a: _____</p> <p>Aumentar a: _____</p> <p>Indicadores:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Inadecuado</th> <th>Ligeramente</th> <th>Moderadamente</th> <th>Sustancialmente</th> <th>Completamente</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Crecimiento del lactante dentro del rango normal</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Desarrollo del lactante dentro del rango normal</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Capacidad para recoger y almacenar de forma segura la leche materna</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Técnica para prevenir la hipersensibilidad mamaria</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Capacidad para descongelar y calentar la leche materna</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Técnicas para prevenir la hipersensibilidad mamaria</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Reconocimiento de signos de mastitis</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>				Inadecuado	Ligeramente	Moderadamente	Sustancialmente	Completamente	Crecimiento del lactante dentro del rango normal	1	2	3	4	5	Desarrollo del lactante dentro del rango normal	1	2	3	4	5	Capacidad para recoger y almacenar de forma segura la leche materna	1	2	3	4	5	Técnica para prevenir la hipersensibilidad mamaria	1	2	3	4	5	Capacidad para descongelar y calentar la leche materna	1	2	3	4	5	Técnicas para prevenir la hipersensibilidad mamaria	1	2	3	4	5	Reconocimiento de signos de mastitis	1	2	3	4	5	Conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna	1	2
	Inadecuado	Ligeramente	Moderadamente	Sustancialmente	Completamente																																																	
Crecimiento del lactante dentro del rango normal	1	2	3	4	5																																																	
Desarrollo del lactante dentro del rango normal	1	2	3	4	5																																																	
Capacidad para recoger y almacenar de forma segura la leche materna	1	2	3	4	5																																																	
Técnica para prevenir la hipersensibilidad mamaria	1	2	3	4	5																																																	
Capacidad para descongelar y calentar la leche materna	1	2	3	4	5																																																	
Técnicas para prevenir la hipersensibilidad mamaria	1	2	3	4	5																																																	
Reconocimiento de signos de mastitis	1	2	3	4	5																																																	
Conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna	1	2	3	4	5																																																	

CONCLUSIÓN

Desde el año 1973 el proceso enfermero se aplica con las cinco fases o etapas y se mantiene en la actualidad sin cambios en su ejecución. El proceso de atención de enfermería es la herramienta científica de trabajo comprobada que tienen los profesionales de la enfermería y puede ser aplicado en áreas comunitarias y/o hospitalarias. El proceso de atención de enfermería ofrece a los profesionales un lenguaje técnico en común. Permite identificar y resolver los problemas o necesidades prioritarios de los pacientes. Sirve como guía para la continuidad y uniformidad de los cuidados de enfermería. Es de gran ayuda en el proceso de evaluación de los cuidados de enfermería. Fortalece la comunicación y relación directa entre el paciente y el profesional de enfermería.

En relación a los Planes de Cuidados de Enfermería Estandarizados se evidenció las siguientes ventajas: El tiempo que se implementaba en la elaboración de cada plan de cuidados, puede ser utilizado en la ejecución de los cuida-

dos de enfermería en cada paciente. Fomenta el uso del juicio crítico enfermero necesario para la selección e implementación de cada plan de cuidado estandarizado. Ofrece al paciente continuidad en los cuidados recibidos de los profesionales enfermería en los diferentes turnos y unidades. Mantiene en los profesionales de enfermería lineamientos para ofrecer cuidados oportunos, eficientes y eficaces.

REFERENCIAS

- Kozier B, Erb G, Blais K.** Conceptos y Temas en la Práctica de la Enfermería España: Elsevier 1995: 159.
- Del Gallego R, Diz J, López M.** Metodología Enfermera. Lenguajes Estandarizados. Facultad de Enfermería. Universidad Complutense de Madrid 2015: 160 <https://eprints.ucm.es/35200/>
- Heather T. Herdman.** NANDA International Diagnóstico Enfermeros. Definiciones y Clasificación España: Elsevier 2015-2017:170-200. [Http://www.index-f.com/nuberos/2016pdf/1877.pdf](http://www.index-f.com/nuberos/2016pdf/1877.pdf)

4. Socorro S, Domingo A. Aplicación del Proceso Enfermero. Investigación y Educación en Enfermería ISSN: 0120-5307 Universidad de Antioquia Colombia 2010: 234 https://www.re-dalyc.org/pdf/1052/1052157_21003.pdf
5. Paneuf M. Cuidados de Enfermería: El Proceso de Atención de Enfermería. México: McGraw-Hill Interamericana 1999: 324-340 <http://www.sidalc.net/cgi-bin/wxis.exe/?IsisScript=AGRIUAN.xis&formato=2&cantidad>

LAS ENFERMEDADES CARDIOMETABÓLICAS EN ADULTOS JÓVENES DE VENEZUELA, PROPUESTA DE POLÍTICA PÚBLICA PARA SU PREVENCIÓN, EDUCACIÓN Y CONTROL.

*Hendrik Márquez¹, Freddy Marín²,
Ealys López¹*

¹Universidad del Zulia. Venezuela.

²Universidad de la Costa (CUC) Colombia.
hmarquezl39@gmail.com

Resumen. Los asuntos de orden público, surgen de la relevancia, magnitud y oportunidad que el tema tiene para los países y su población, en términos de cómo les afecta o beneficia. Un asunto se considera de orden público cuando los ciudadanos o los actores de poder de una sociedad lo califican o ratifican como tal, a través de procesos de incidencia que hacen relevante el tema y lo colocan en la agenda política del país, de tal manera que amerita la formulación de una política pública (PP), para garantizar la gobernabilidad en términos sociopolíticos. Las PP, como campo de la ciencia política, se nutren constantemente en su teoría y práctica de las complejas relaciones que se dan entre el modelo de Estado, la ideología y la política propiamente dicha en un momento histórico determinado. Se ha señalado además que las PP, surgen de procesos complejos en el que intervienen diversos actores, cuyos intereses, poder y ubicación van a afectar la formulación y ejecución de las mismas. Así mismo, las PP también pueden definirse como el producto de actos de confrontación o acuerdos entre la sociedad y el Estado, donde la sociedad requiere de cierto empoderamiento social y canales de comunicación efectivos para

una sana y estrecha relación Estado - Sociedad. Dentro de los principales problemas a enfrentar en el diseño y ejecución de las políticas, están los referidos al hecho de que, por ser un espacio de decisión social, se requieren mecanismos eficaces de articulación de intereses diversos, concertación y regulación de grupos sociales de presión y búsqueda del consenso para el logro de su implementación.

Palabras clave: Enfermedades, cardiometabólicas, adultos jóvenes.

INTRODUCCIÓN

La política de salud, se puede expresar que la misma debe estar dirigida a actuar sobre la producción social de la salud y atender las demandas de atención. Su principal propósito es contribuir a eliminar las brechas existentes entre los diferentes sectores sociales, la exclusión social, las inequidades de acceso y elevar la calidad de atención. Para esto la participación social, las redes de servicios y el fortalecimiento de la salud pública son fundamentales (1).

Cuando se habla de PP se hace alusión a los procesos, decisiones, resultados, pero sin que ello excluya conflictos entre intereses presentes en cada momento, tensiones entre diferentes definiciones del problema a resolver, entre diferentes racionalidades organizativas de acción y entre diferentes perspectivas evaluadoras, es decir, que existe un panorama lleno de poderes en conflicto, enfrentándose y colaborando ante opiniones y cursos de acción específicos (2,3).

Una de las principales aportaciones de las PP es precisamente rescatar el carácter público de las políticas, es decir, la intervención de actores diferentes al gubernamental en las políticas (sindicatos, organizaciones de la sociedad civil, empresas, iglesias, asambleas vecinales, entre otros). Este ámbito público es el campo en el que los ciudadanos individuales, por sí mismos o por los voceros de sus organizaciones, hacen política y hacen las políticas (3).

En esta línea de pensamiento, las PP no resultan de una sola decisión, sino que derivan de varias decisiones. Éstas pueden ser explícitas e implícitas, encarnadas en normas o en conjunto de éstas. Una decisión implica considerar los medios, recursos, para darles solidez, viabilidad, fac-

tibilidad, a la política. Las PP comunican objetivos, medios, estrategias, reglas, para la toma de decisiones en el ámbito de la administración pública. Las leyes, normas, reglamentaciones, interpretaciones, decisiones operativas, judiciales, estatutos, tratados, son un ejemplo de la expresión real de las políticas (3).

Al respecto, es necesario resaltar que para el diseño de PP en Venezuela, tomando en cuenta las dos últimas Constituciones promulgadas (1961-1999) los actores políticos clave (individuales o colectivos) deben estar de acuerdo con un cambio o una modificación de PP existentes para que estas se puedan aprobar e implementar, por la diversidad de instituciones gubernamentales, ministeriales, legislativas existentes, así como la incorporación de autoridades locales, municipales, a partir de la elección de alcaldes y gobernadores. Un vacío importante en la implementación de PP en Venezuela es el escaso seguimiento y evaluación, especialmente en las políticas sobre acceso a los servicios de salud y PP sobre la educación, prevención y control de enfermedades; esta incapacidad ha implicado que una significativa parte de las PP hayan sido incompletas, volátiles, no creíbles e inflexibles, afirmaciones basadas en las estadísticas de la OMS (3,4).

Las ideas expuestas hasta acá, señalan el desafío de un plan de salud intersectorial que involucre a todos los actores del desarrollo incluyendo a los actores locales. Por esta razón, la innovación en política de salud es una proeza difícil, especialmente porque en una era de cambio global, las transformaciones sistémicas desafían los valores y las prácticas predominantes; consecuentemente, la formulación de las PP requieren asumir compromisos significativos respecto de los recursos, implicando con frecuencia riesgos políticos.

Visto en perspectiva, entonces, el surgimiento de políticas públicas estaría determinado por la existencia de coyunturas que llevan a cierto tipo de decisiones y que vinculan a actores de poder que perciben una cierta situación como problema, que impulsan vigorosamente soluciones con las que se comprometen y que, normalmente, son preparadas por técnicos a su servicio (2).

En este sentido, se necesita de PP que ayuden a reducir los riesgos para la salud, pero tam-

bién, que fortalezcan al sistema monitoreando su equidad y oportunidad; generando estrategias educativas que en definitiva den respuesta a los problemas en tiempo y en forma, proporcionando buenos tratamientos y servicios acorde a las necesidades de la población. En resumen, una política de salud señala las acciones para resolver los problemas sociales y debería apoyarse, como estrategia, en la articulación entre los distintos actores que conforman el sistema, entre ellos la Universidad, empresa privada, actores locales y organismos gubernamentales (5).

En el caso particular de las PP para educar, prevenir y controlar en materia de salud es considerado un tema de grandes y complejas relaciones por todas las implicaciones que tiene en cuanto al comportamiento de los colectivos sociales formalmente organizados. Para abordar las políticas de educación, prevención y control indudablemente habrá que analizar los contextos para construir un escenario favorable a tal propósito, e identificar a los principales actores atendiendo a sus características, rol que asumen, es decir su perfil para la organización y participación. Se acepta como válido que los contextos de actuación de los sistemas y subsistemas sociales promueven la concreción de escenarios, donde los requerimientos, necesidades e intereses pueden representar agentes inhibidores o viabilizadores del proceso de formulación de la referida política.

Sin embargo, existe la impresión de que no se ha fortalecido la política de educación, prevención y control de enfermedades en el ámbito de la salud comunitaria; y es que se percibe una realidad preocupante por el incremento de la prevalencia y nuevos casos de ECM en Venezuela. Para el año 2010, las ECM ocuparon 4 de las 10 primeras causas de muerte diagnosticada: el primer lugar lo ocupa las enfermedades del corazón con un 20,99% de mortalidad, el segundo lugar el cáncer (15,3%), en tercer lugar las enfermedades cardiovasculares (7,68%) y en quinto lugar la diabetes (6,89%). Vale destacar, que estas enfermedades se encuentran estrechamente relacionadas con la mala alimentación y con el sedentarismo (4,5).

En Venezuela, como en otros países de Latinoamérica, la información y educación, especialmente la prevención sobre ECM es escasa y pocas instituciones públicas y privadas del sec-

tor salud, son responsables de iniciar campañas para informar sobre los factores de riesgo, a su vez en la falta de monitoreo y evaluación en las PP y programas ejecutados como promoción de la salud, estilos de vida saludables; vigilancia epidemiológica de enfermedades no transmisibles; todo ello se traduce en factores concomitantes como obesidad, sedentarismo, tabaquismo, consumo de alcohol y alimentos con alto contenido de grasas.

Por este motivo, es necesario discutir los procesos de diseño, formulación y ejecución de las políticas públicas, con las múltiples implicaciones en el plano operativo – instrumental y la forma como los colectivos sociales, formalmente organizados participan de todas estas relaciones, desconocimiento e inadecuado manejo de los factores de riesgo que la originan (6). Una política pública sobre educación y prevención de la salud existe siempre y cuando instituciones estatales asuman total o parcialmente la tarea de alcanzar objetivos estimados como deseables o necesarios, por medio de un proceso destinado a cambiar un estado de las cosas percibido como problemático.

La razón de esta investigación surge de la importancia de estudiar cómo influye la formulación y diseño de PP de educación, prevención y control de ECM en el individuo y como cada una repercute positiva y/o negativamente sobre la salud del ser humano y su estado nutricional, físico y mental, en este caso, en los adultos jóvenes, quienes son la población como problema público que debe ser abordado de manera integral con PP adecuadas. El objetivo general fue configurar un modelo teórico-operativo que fundamente el diseño de políticas públicas cuyos lineamientos estratégicos estén centrados en procesos de educación, prevención y control de enfermedades cardiometabólicas en poblaciones de adultos jóvenes, consideradas como vulnerables.

METODOLOGÍA

Enfoque positivista empírico deductivo, descriptivo, revisión documental La propuesta se fundamenta en la definición y estructuración del problema público, lo cual no es una tarea fácil debido a que éstos se caracterizan por ser complejos, interdependientes, subjetivos, conflictivos; no están dados, sino que son el produc-

to de construcciones sociales y políticas. Los problemas públicos no son condiciones objetivas en las cuales los hechos son casos dados, por el contrario, el mismo hecho puede ser interpretado de manera diferente por los diversos actores debido a las múltiples concepciones acerca de la naturaleza humana, gobierno y oportunidades sociales (7).

Se abordarán simultáneamente, para efectos de investigación y construcción el estudio teórico y el diseño de campo. Se configurará una propuesta técnica-operativa, cuyo propósito primordial es diseñar escenarios deseables y futuristas mediante el uso de la prospectiva estratégica innovando en modelos educativos. Desde la construcción teórica se tomarán en consideración las dimensiones de las categorías y las subcategorías que allí se analizarán, lo que permitirá ubicar los fundamentos de la primera parte de la propuesta. Desde el diseño investigativo de campo se tomarán como insumo aspectos que son reflejados como el trayecto operativo de la referida propuesta; traduce la forma en que la comunidad organizada, directivos de hospitales, planificadores y gestores de PP pueden desarrollar la planificación como espacios para la construcción de conocimiento, con la finalidad de insertar la promoción y prevención de las ECM como integradores del conocimiento en la configuración del diseño de la propuesta, según el contexto.

RESULTADOS

Se llega a generar un sistema teórico de relaciones entre las variables objeto de estudio: Políticas Públicas, educación, prevención y control, enfermedades cardiometabólicas, lo cual permitirá identificar las nociones, principios, características, proposiciones y juicios que orientan las mejores explicaciones del deber ser. El principal producto estará representado por el análisis que posibilita la construcción de significados sobre la inserción de PP para educar, controlar y prevenirlas ECM, a partir de la correspondencia entre los fundamentos que se consolidan en diferentes categorías teóricas, y su correlato metodológico y empírico en el plano fáctico donde se ubican las unidades de información. La referida articulación entre los dos planos (teórico y empírico) de la construcción del

conocimiento constituirá el fundamento esencial sobre el que se diseña la propuesta teórica operativa.

DISCUSIÓN

Coincide con lo expresado por la OMS donde existe la impresión de que no se ha fortalecido la política de educación, prevención y control de enfermedades en el ámbito de la salud comunitaria; y es que se percibe una realidad preocupante por el incremento de la prevalencia y nuevos casos de ECM en Venezuela. Para el año 2010, las ECM ocuparon 4 de las 10 primeras causas de muerte diagnosticada: el primer lugar lo ocupa las enfermedades del corazón con un 20,99% de mortalidad, el segundo lugar el cáncer (15,3%), en tercer lugar, las enfermedades cardiovasculares (7,68%) y en quinto lugar la diabetes (6,89%). Vale destacar, que estas enfermedades se encuentran estrechamente relacionadas con la mala alimentación y con el sedentarismo (4). Las políticas públicas se pueden observar desde otras perspectivas, por ejemplo, considerándolas por niveles. Es decir, analizar las políticas públicas en su relación sistema político (maso); analizarlas en su contenido prestando atención al origen y desarrollo de la política, o (meso); y analizarlas prestando atención en algunos elementos concretos de la política, ya sea la evaluación, el diseño, la implementación (micro).

CONCLUSIÓN

Se deben definir los problemas, no basta el hecho de haberlos identificado, sino que es necesario tener mayor conocimiento de ellos. La formación de políticas está condicionada no sólo por variables del entorno, sino también por las “reglas del juego” y los intereses de los actores en el proceso. Venezuela no cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica óptimo y de calidad de las enfermedades cardiometabólicas y sus factores de riesgo. La información sobre la morbilidad del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) no representa la verdadera dimensión de la situación de las enfermedades cardiometabólicas en el país. A pesar de ello, se les considera un problema de salud pública. Deben aunarse esfuerzos para conocer la prevalencia de la enfermedad en el país. Un

abordaje integral de la prevención de la diabetes debe combinar la prevención primaria en toda la población con programas dirigidos a personas con riesgo elevado. Este abordaje debe tener en cuenta las circunstancias locales y la diversidad dentro de la sociedad moderna (como, por ejemplo, las desigualdades sociales).

REFERENCIAS

1. **Aguilar C, Lima M.** ¿Qué son y para qué sirven las Políticas Públicas?, en Contribuciones a las Ciencias Sociales 2009: 18-22 <http://www.eu-med.net/rev/ccess/05/aalf.htm>
2. **Yalú M.** Los desafíos en el diseño e implementación de políticas institucionales de integridad. El Cotidiano ISSN: 0186-1840 Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Azeapozcalco México 2016: 198.
3. **Ruiz D.** ¿Qué es una Política Pública? Universidad Latina de América 2004: 1-26. [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendoc-bib/con4_uibd.nsf/8122BC01AACC9C6505257E3400731431/\\$FILE/QU%C3%89_ES_UNA_POL%C3%8DTICA_P%C3%9_ABLICA.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendoc-bib/con4_uibd.nsf/8122BC01AACC9C6505257E3400731431/$FILE/QU%C3%89_ES_UNA_POL%C3%8DTICA_P%C3%9_ABLICA.pdf)
4. Organización Mundial de la Salud OMS. Estadísticas sanitarias mundiales 2012: 50-60.
5. **Vitorino S, Cruz M, Barros D.** Validation of the Theoretical Logical Model for Food and Nutritional Surveillance in Primary Care. Cad Saude Publica 2017; 33(12):e00014217. *Doi: 10.1590/0102-311X00014217.*
6. **Olavarría M.** De la formulación a la implementación del Transantiago. Análisis del proceso político de una política pública. Gestión y Política Pública 2013; 22 (2): 355-400.
7. **Dunn W.** Public Policy. Analysis: An Introduction. Prentice Hall 1994, 21: 350-400.

CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DEL PACIENTE CON FACTOR DE RIESGO PARA DIABETES MELLITUS TIPO 2.

Miryam Loor, Soledad Briceño

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí,
Facultad de Enfermería.
pattylove52@hotmail.com

Resumen. La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM 2) ha sido una de las enfermedades no transmisibles de mayor extensión a nivel mundial, que

va en ascenso en el medio, miles de personas comienzan a padecerlo, esta no diferencia entre edad, sexo y posición social. Describir las características sociodemográficas del paciente con factor de riesgo para diabetes mellitus tipo 2. Enfoque positivista empírico deductivo, descriptivo, revisión documental. Según la FID los factores de riesgo para padecer de diabetes mellitus son la genética, la adiposidad en cintura abdominal, índice de masa corporal mayor de 30, carencia de actividad física, ingesta de tabaco y alcohol, dieta hipercalórica, según estudio realizado por Sánchez *et al.* (2015) relacionado con la identificación de individuos con riesgo de desarrollar DM2, dio como resultado que el sobrepeso y la circunferencia de la cintura alterada fueron los factores de riesgo que más prevalecieron. Según el INEC en el Ecuador se observó el aumento de la obesidad, relacionados con el predominio del régimen alimenticio occidental rico en grasas, azúcar y alimentos refinados, y pobre en carbohidratos complejos y fibras, con la disminución gradual de la actividad física. Por ello se requiere la implementación de estrategias de promoción y prevención de la diabetes mellitus tipo 2 a través de una intervención de enfermería educativa que promueva el autocuidado y la autodeterminación de las personas.

Palabras clave: características sociodemográficas, Diabetes mellitus tipo 2, factores de riesgo.

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus (DM) constituye un problema de salud pública, la cual según la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD), constituye un desorden metabólico de múltiples etiologías (1). En el mundo unos 422 millones de adultos tenían diabetes en 2014, frente a los 108 millones que tenían diabetes en 1980. La prevalencia mundial es de 8,5% en la población adulta. En Latinoamérica se estima que número de pacientes es de unos 135 millones y se prevé que aumentará a casi 300 millones en el año 2025. Ello supone también un incremento en los factores de riesgo conexos, como el sobrepeso o la obesidad. Además, de ello señala que, en el año 2012, la diabetes provocó 1,5 millones de muertes. Un nivel de glucosa en la sangre superior al deseable provocó otros 2,2 millones de muertes, al incrementar los riesgos de enferme-

dades cardiovasculares y de otro tipo. Un 43% de estos 3,7 millones de muertes ocurren en personas con menos de 70 años (2).

Estudios señalan que en 2015 uno de cada once personas padecía diabetes, se estima que en 2040 uno de cada diez la padecerá. Alrededor de 415 millones de personas en el mundo, o el 8,8% de adultos entre las edades de 20-79, se estima que tienen diabetes. Aproximadamente el 75% viven en países de renta medio y baja. Si estas tendencias continúan, en 2040 unos 642 millones de personas, o uno entre diez adultos, tendrá diabetes (3), el objetivo fue describir las características sociodemográficas del paciente con factor de riesgo para diabetes mellitus tipo 2 con el propósito de prevenir la Diabetes Mellitus tipo 2 para la mejora de los estilos y calidad de vida.

METODOLOGÍA

Enfoque positivista empírico deductivo, descriptivo, revisión documental.

RESULTADOS

Las causas de la DM2 no se entienden plenamente, pero existe un fuerte vínculo con el sobrepeso y la obesidad, así como con la edad avanzada, además de con el origen étnico y los antecedentes familiares. Algunos factores de riesgo modificables son: exceso de adiposidad (obesidad), malnutrición y dieta inadecuada, falta de actividad física, prediabetes o alteración de la tolerancia a la glucosa (ATG), tabaquismo y antecedentes de DMG con exposición del feto a un alto nivel de glucosa durante el embarazo. Entre los factores dietéticos, las pruebas recientes también sugieren que existe una asociación entre el elevado consumo de bebidas azucaradas y el riesgo de DM2 (3).

El elevado costo económico, social y personal hace realmente convincente el tema de prevención de esta patología en particular. Su complejidad involucra posibles complicaciones que, de aparecer, pueden generar discapacidad en los pacientes, un alto costo sanitario para las naciones y las familias, las posibilidades reales de muerte de los pacientes que no realizan su tratamiento de la manera adecuada y la carga familiar de dolor que representa la pérdida de un ser querido. El 12% del gasto de salud

mundial se destina a la diabetes (673.000 millones de USD) (3).

En este orden de ideas, es importante la identificación de individuos con riesgo de desarrollar DM2, por lo tanto, se realizó un estudio que tuvo el objetivo de identificar individuos con riesgo de padecer DM2 en la población general, el mismo que consideró 670 personas. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, índice de masa corporal, circunferencia de la cintura y evaluación nutricional. Se aplicó el test de Finrise, realizándose la prueba de tolerancia a la glucosa a los catalogados de alto y muy alto riesgo. Entre los resultados predominó el sexo femenino y los normopeso, la edad promedio de 46,57 años y la media de la circunferencia de la cintura fue de 90,37 cm, así como las categorías de riesgo bajo y ligeramente elevado de desarrollar DM2 de acuerdo a la escala del instrumento aplicado, el sobrepeso y la circunferencia de la cintura alterada fueron los factores de riesgo que más prevalecieron (4).

Además, otros investigaron la adaptación cultural de un programa de intervención de estilo de vida liderado por pares para la prevención de la diabetes en la India. El Programa de Prevención de la Diabetes de Kerala (K-DPP) se adaptó a Kerala, India, a partir de intervenciones de estilo de vida basadas en evidencia implementadas en países de altos ingresos, a saber, Finlandia, Estados Unidos y Australia. El enfoque sistemático para la adaptación fue apuntalado por técnicas de cambio de comportamiento basadas en la evidencia. El refinamiento y la utilización futuros de este enfoque promoverán la traducción de K-DPP a otros contextos y grupos de población dentro de la India y de otros países de ingresos bajos y medianos (5).

Así mismo, en un estudio denominado "Intervención educativa en pacientes con estimación de riesgo de DM2", cuyo objetivo fue evaluar una intervención educativa en pacientes clasificados de acuerdo con la estimación de riesgo de DM2, Municipio San Diego, Estado Carabobo en Venezuela el cual incluyó 80 participantes con una de intervención educativa antes-después, y con seguimiento a 12 meses comparando el nivel de conocimientos y de riesgo de DM2 antes y después de la intervención educativa, se obtuvo diferencias significativas. Concluyéndose que un cambio en el nivel

de conocimiento de la población estudiada, pasaron de un riesgo moderado, a un riesgo bajo de DM por lo que los hallazgos encontrados valoraron como positiva la intervención educativa que evidencia la importancia de la educación en la población (5).

En base a diferentes estudios se evidencia la efectividad de los programas educativos para la prevención de la diabetes estos deben incluir como aspectos relevantes un adecuado seguimiento de la dieta y el ejercicio es un buen inicio para el tratamiento y debe ser usado como coadyuvante.

Características de la Población de Ecuador

La provincia de Manabí, perteneciente al litoral ecuatoriano, con una extensión de 18.940 km² y una población de 1'369.780 habitantes aproximadamente, según el último censo poblacional del Instituto Nacional de Estadística y Censo, es uno de los territorios más poblados y extensos del Ecuador, ocupante del tercer y quinto lugar respectivamente. Según Agenda Zonal 4 plantea: Las causas de mortalidad a nivel de la Zona 4 (Manabí y Santo domingo) para el 2013, generadas por el Ministerio de Salud Pública, determinan que existieron 7.451 muertes y el porcentaje más alto del origen de las defunciones es la Diabetes mellitus con el 81,7%. Luego las enfermedades cerebrovasculares con el 59,5%, continuando por las dolencias isquémicas del corazón con 56,6% y las enfermedades hipertensivas con 45,2 (5).

Esta enfermedad constituye un problema de salud pública que debe ser manejado en todos los niveles de atención con estrategias de prevención en todas sus etapas, para establecer el control de la DM 2 de forma temprana y sostenida, las modificaciones concomitantes en la composición del cuerpo, en particular el aumento de la obesidad, están relacionados con el predominio del régimen alimenticio occidental rico en grasas, azúcar y alimentos refinados, y pobre en carbohidratos complejos y fibras, con la disminución gradual de la actividad física. Desde el punto de vista nutricional, existe la claridad de que la prevención a través de un efectivo cambio en el estilo de vida de la población incidirá positivamente en la reducción de los alarmantes índices de morbimortalidad por Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

DISCUSIÓN

Estos resultados son similares a la Teoría General del Autocuidado: Modelo de Dorothea Orem. la cual ha descrito la teoría general del autocuidado, misma que trata de tres subteorías relacionadas: Teoría del Autocuidado: describe el por qué y el cómo las personas cuidan de sí mismas. Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo:

Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana (5).

Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

En este sentido, en las personas con factores de riesgos modificables para diabetes Mellitus tipo 2 con una intervención de autocuidado se quiere lograr minimizar o eliminar dichos factores para propiciar un estado de salud o de calidad de vida aceptable y además que las personas se hagan responsables y concienticen la importancia de cuidar y mantener su propia salud. Cisneros plantea los pasos que se deben seguir para aplicar la Teoría de Orem: (5). Examinar los factores, los problemas de salud y los déficits de autocuidado. Realizar la recogida de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades, motivación y orientación de la persona. Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería. Diseñar y planificar la forma de capacitar y animar a la persona para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de su salud. Poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidador u orientador, contando con la participación de la persona.

CONCLUSIÓN

En las distintas investigaciones se habla de factores modificables y no modificables, entre las causas modificables se encuentran los estilos de vida, los cuales al llevarse con orden permitirán a la persona gozar de un buen estado de salud a más de prevenir distintas enfermedades como la antes mencionada. Frente a esta situación los enfermeros(as) como parte esencial del equipo de salud están llamados a colaborar en esta tarea desde su campo de acción promoviendo como punto fundamental la mejora de los estilos de vida, concientizando a la población en general sobre los riesgos que hay en ciertas prácticas habituales los cuales serían premisas para desarrollar esta enfermedad, de esta manera contribuir a la disminución de este problema de salud aportando al Ministerio de Salud Pública en la lucha continua contra esta enfermedad causa de muertes en todo el mundo.

REFERENCIAS

1. OPS OMS ALAD. Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2 2013: 16-22 https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2164:2010-guias-alad-diagnostico-control-tratamiento-diabetes-mellitus-tipo-2&Itemid=39447&lang=es
2. Alan Thevenet N, Tita M. Intraamniotic infection (clinical chorioamnionitis or triple I) 2018:1-10. <https://www.uptodate.com/contents/intra-amniotic-infection-clinical-chorioamnionitis-or-triple-i>
3. Gutiérrez A, Gutiérrez Y, Carrillo R. Volumen plaquetario medio: el tamaño sí importa. *Med Int Mex* 2013; 29:307-310. <https://www.medicographic.com/pdfs/medintmex/mim-2013/mim133k.pdf>
4. Álvarez M, Rocha M, Bayarre H, Almenares K. Calidad de la atención al adulto mayor en el consultorio del Médico de la Familia *Rev Cubana Med Gen Integr* 2014; 30(4) http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252014000400001&script=sci_arttext&tlng=pt
5. Amaral L, Wallace K, Owens M. La Marca B Pathophysiology and Current Clinical Management of Preeclampsia. *Curr Hypertens* 2017;19(8): 61 <https://link.springer.com/article/10.1007/s11906-017-0757-7>

IMPORTANCIA DEL CONSUMO DE ALIMENTOS FUNCIONALES EN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.

Dolores Zambrano, Yasmina Barboza

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.
Universidad del Zulia. LUZ.
dotrizac@hotmail.com

Resumen. Como resultado de la elevada prevalencia de enfermedades cardiovasculares alrededor del mundo, la cantidad de investigaciones y aplicaciones de estrategias de tratamiento se ha incrementado. Sin embargo, se ha propuesto que las enfermedades cardiovasculares pueden ser prevenidas mediante cambios de estilo de vida de bajo costo como dieta y ejercicio. El objetivo fue determinar la importancia del consumo de alimentos funcionales en la prevención de enfermedades cardiovasculares. La metodología estuvo enmarcada en el paradigma neopositivista empírico deductivo mediante la revisión de bases teóricas esta revisión se enfoca sobre ejemplos de alimentos funcionales y sus beneficios a la salud como son la linaza, la avena, el cauñil, las leguminosas y el tomate. Un gran número de investigaciones realizadas sobre el uso de ciertos alimentos o ingredientes con compuestos bioactivos indican su valor en el desarrollo de alimentos funcionales dirigidos al tratamiento de una variedad de enfermedades. Una de estas intervenciones sería el uso de alimentos funcionales. En este contexto, los alimentos funcionales juegan un papel específico, no sólo para satisfacer el hambre y proporcionar a los seres humanos los nutrientes necesarios, sino también para prevenir enfermedades relacionadas con la nutrición y aumentar el bienestar físico y mental de los consumidores. Con una perspectiva realista se incluye la nueva definición de alimentos funcionales y la importancia de los compuestos bioactivos. La prevención o disminución de enfermedades es preferible a su tratamiento.

Palabras clave: Consumo, alimentos funcionales, enfermedades cardiovasculares.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de nuevos alimentos resulta en un constante desafío para la investigación

científica. Como resultado, de la elevada prevalencia de enfermedades cardiovasculares alrededor del mundo, la cantidad de investigaciones y aplicaciones de estrategias de tratamiento se ha incrementado. Sin embargo, se ha propuesto que las enfermedades cardiovasculares pueden ser prevenidas mediante cambios de estilo de vida de bajo costo como dieta y ejercicio.

Origen del Concepto de Alimento Funcional

El concepto de alimento funcional surge en Japón en el año 1980 como parte de la política del gobierno de mejorar la salud. El gobierno de Japón asignó fondos a la investigación para el estudio de alimentos funcionales o Alimentos para Aplicaciones Específicas de Salud (Foods for Specific Health Uses FOSHU). Para que un producto alimenticio japonés pueda calificar como funcional primero debe demostrar: 1) Efectividad en estudios clínicos, 2) Seguridad en estudios clínicos y no clínicos y 3) Determinación de los componentes activo/efectivo (1). Por otra parte, para obtener una designación FOSHU, los fabricantes deberán presentar una solicitud con la evidencia científica que apoye la conexión médico o nutricional, la dosis sugerida, la seguridad del producto alimenticio, la composición fisicoquímica y descripción la de los métodos experimentales (1,2). El objetivo fue determinar la importancia del consumo de alimentos funcionales en la prevención de enfermedades cardiovasculares.

METODOLOGÍA

Estuvo enmarcada en el paradigma neopositivista empírico deductivo mediante la revisión de bases de datos y teóricas.

RESULTADOS

Cuando los alimentos funcionales se hicieron populares en Europa, los investigadores definieron alimentos funcionales como productos alimenticios que junto con la nutrición básica tienen “efectos beneficiosos sobre una o varias funciones del organismo humano, ya sea mejorando la condición general y física y/o disminuyendo el riesgo de evolución de enfermedades (2). En el año 2006, se introdujo una regulación para reducir la incertidumbre del consumidor sobre el uso de los productos al proporcionar es-

critos que aludían beneficios a la salud explícitamente en las etiquetas. Los fabricantes podrían presentar un escrito de salud para su producto alimenticio funcional si: 1) el compuesto activo del alimento es identificado, 2) Si se realizaron estudios clínicos, 3) si se utilizaron criterios de valoración a través de biomarcadores y 4) si los beneficios a la salud mostraban diferencias significativas (3).

Cabe agregar, que los alimentos funcionales pueden ser clasificados y conceptualizados de diferentes maneras, surgen como un instrumento para mejorar la salud de la población y reducir el riesgo de padecer diversas enfermedades, sin embargo, es de vital importancia resaltar que un alimento funcional debe seguir siendo un alimento y no un suplemento consumido en forma de píldoras, capsulas o polvos, debe ejercer sus acciones benéficas en cantidades que por lo general son consumidas en la dieta (1).

En este sentido, los alimentos funcionales incluyen alimentos o ingredientes alimentarios que ejercen un efecto beneficioso sobre la salud humana y/o reducen el riesgo de la enfermedad crónica más allá de las funciones nutricionales básicas (2) Diversas instituciones de referencia, como la *Food and Nutrition Board and the National Academy of Sciences*, describen un alimento funcional como cualquier alimento modificado o ingrediente alimentario que puede proporcionar un beneficio para la salud más allá de los nutrientes tradicionales que contiene (3).

Por su parte, la Asociación Dietética Estadounidense (3) sostiene un punto de vista más inclusivo para definir los alimentos funcionales. Los describen como "cualquier alimento o ingrediente alimentario que puede proporcionar un beneficio para la salud más allá de los nutrientes tradicionales que contiene" y toma en cuenta los siguientes puntos muy importantes: Los alimentos funcionales pueden ser fortificados, enriquecidos o alimentos mejorados - Es probable que todos los alimentos sean funcionales en algún nivel fisiológico - Para tener un efecto beneficioso sobre la salud, un alimento funcional debe consumirse como parte de una dieta variada sobre una base regular, a niveles eficaces.

Expresado de manera sencilla, los alimentos funcionales son alimentos que forman parte normal de la dieta, que han sido fortificados o

enriquecidos para proporcionar un efecto beneficioso adicional a la salud en conjunto con sus propiedades nutritivas normales (2). En definitiva, y de acuerdo con una definición generalmente aceptada, un alimento funcional es cualquier alimento modificado que puede proveer un beneficio para la salud más allá de los nutrientes que contiene (4). El concepto de alimento funcional incluye dos efectos primarios sobre la salud: el aumento de la función fisiológica y la disminución del riesgo de enfermedades (4).

Por otro lado, también se incluyen alimentos modificados, como los que han sido fortificados con nutrientes o mejorados. Dentro de estos alimentos saludables se mencionan los productos reducidos en grasa, azúcar o sal, fortificados con vitaminas, minerales, fitoquímicos, péptidos bioactivos o ácidos grasos poliinsaturados omega 3. Asimismo, las leches funcionales fermentadas con bacterias probióticas y/o con adición de probióticos y prebióticos (5).

DISCUSIÓN

Esto es similar a lo presentado por Martirosyan, y Singh en cuanto al concepto actual, revisado en la conferencia internacional organizada por el Centro de Alimentos Funcionales (Functional Food Center FFC) y la USDA en Boston MA define alimentos funcionales como "Alimentos naturales o procesados que contienen compuestos biológicamente activos conocidos o desconocidos; que, en cantidades no tóxicas definidas y eficaces, proporcionan un beneficio para la salud clínicamente probados y documentados para la prevención, manejo o tratamiento de la enfermedad crónica" (5).

En la definición actual, en primer lugar, se destaca el hecho de que los alimentos funcionales pueden ser naturales o procesados. Con esto, se quiere decir que los alimentos en sus formas puras sin cambios o modificados pueden ser funcionales. Un alimento natural inalterado que no ha sufrido la interferencia humana. Un alimento cambiante ha experimentado alguna modificación química, ya sea la adición, eliminación, alteración o aumento de biodisponibilidad de un compuesto químico dentro de los alimentos. Por ejemplo, un alimento natural puede ser una naranja, un tomate o aguacate, mientras que un alimento procesado puede ser leche o cereales enriquecidos con ácido fólico o con vitamina C.

Segundo los alimentos funcionales contienen compuestos biológicamente activos conocidos o desconocidos. Los compuestos bioactivos se consideran la fuente de la eficacia de los alimentos funcionales, que hace que sean el punto central de esta definición. Pueden ser categorizados como “compuestos fenólicos, lípidos, proteínas, péptidos y carbohidratos”. Los compuestos bioactivos contienen mezclas de “flavonoides, capsaicinoides, lignina, terpenoides, carotenoides, clorofila, vitaminas, estilbenos, ácidos fenólicos, fibras, esteroides, lípidos, ácidos grasos, polisacáridos y algunas proteínas de origen vegetal y péptidos.”

Por último, los seres humanos pueden necesitar obtener ciertos nutrientes por ingestión de compuestos bioactivos debido a que los seres humanos no pueden sintetizar estos nutrientes naturalmente, tales como la clorofila de lechuga y el ácido linoleico de la nuez. Los compuestos bioactivos pueden o no ser conocidos. Esto quiere decir, que los investigadores pueden no haber identificado estos compuestos o descubierto exactamente sus funciones o mecanismos dentro de la fisiología humana o animal. En tercer lugar, los alimentos funcionales que contienen compuestos bioactivos deben ser consumidos en ciertas cantidades no tóxicas y efectivas.

Este hecho es fundamental para alimentos funcionales. Por ejemplo, la vitamina C es un conocido compuesto bioactivo que debe consumirse en una dosis de 90 mg para mantener la salud normal. Un alimento que contiene más de 200-300 mg. de vitamina C por día puede actuar terapéuticamente en términos de reducción de riesgo de contraer un resfriado, actuando así como un alimento funcional. Sin embargo, llega un punto en que el consumo de vitamina C se convierte en tóxico, en dosis de aproximadamente 2000 mg o más diarios. Si una porción de alimentos contiene 2000 mg o más de vitamina C, los alimentos, en lugar de actuar de manera funcional o terapéutica serían tóxicos para el consumidor” (5).

En otras palabras, los alimentos funcionales están destinados a proteger contra enfermedades crónicas y por lo tanto, deben contener la dosis correcta del compuesto bioactivo en cuestión, ni poco ni demasiado. Dosis correcta de compuestos bioactivos en un alimento funcional en particular depende de los compuestos bioac-

tivos, la enfermedad que se pretende tratar, o el “vehículo de alimentos” o alimentos que contiene el compuesto bioactivo.

Por ejemplo, si se encuentra un compuesto bioactivo para prevenir la diabetes tipo II y cáncer de próstata, diferentes cantidades del compuesto pueden ser requeridos para cada uno. Los investigadores deben considerar, en sus ensayos clínicos, los efectos de los compuestos bioactivos en ciertas dosis a largo plazo, que requiere mayor investigación y meta-análisis. El “vehículo de alimentos” también puede afectar la cantidad de compuestos bioactivos necesarios para ejercer un efecto; algunos alimentos son los mejores portadores de compuestos bioactivos o son mejor absorbidos por el cuerpo que otros. Cuarto es imprescindible demostrar éxito en estudios clínicos o en pruebas con seres humanos para la aceptación de alimentos funcionales entre los expertos en salud, legisladores y el público. Si los pacientes exhiben cambios terapéuticos relacionados con la prevención, gestión y tratamiento de su enfermedad sin exhibir efectos tóxicos, el alimento puede ser potencialmente etiquetado como funcional” (5).

CONCLUSIÓN

Con una perspectiva realista se incluye la nueva definición de alimentos funcionales y la importancia de los compuestos bioactivos. La prevención o disminución de enfermedades es preferible a su tratamiento.

REFERENCIAS

1. **Arai S.** Global view on functional foods: Asian perspectives. *Br J Nutr* 2002; 88:139-143.
2. **Diplock A, Aggett P, Ashwell M, Borneo F, Fern E. Roberfroid, M.** Scientific concepts of functional foods in Europe: Consensus document. *Br J Nutr* 1999; 81:27.
3. **Shimizu T.** Health claims on functional foods: The Japanese regulations and an international comparison. *Nutr Res Rev* 2003; 6: 241-252.
4. **Sohaimy A.** Functional foods and nutraceuticals-modern approach to food science *World Applied Sciences Journal* 2012; 20 (5): 691-708.
5. **Martirosyan D, Singh J.** A new definition of functional food by FFC: what makes a new definition unique? *Functional Foods in Health and Disease* 2015; 5(6):209-223.

IMPORTANCIA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES.

Mirian Santos¹, Eva Mendoza²

¹Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

²Universidad del Zulia, Venezuela.
mirian_santos09@hotmail.es

Resumen. La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. Analizar la importancia de la promoción de la salud en los adultos mayores. Enmarcada en el paradigma neopositivista empírico deductivo mediante una revisión bibliográfica. El Modelo de la Promoción de la Salud retoma las características y experiencias individuales, además de la valoración de las creencias en salud, en razón a que estas últimas son determinantes a la hora de decidir asumir un comportamiento saludable o de riesgo para la salud, debido a su alto nivel de interiorización y la manera de ver la realidad que lo rodea. La promoción en salud es la modificación de las conductas humanas y situaciones del ambiente, es decir, no se puede modificar la conducta del adulto mayor sin considerar su entorno; esta promoción se manifiesta a través de acciones que directa o indirectamente promueven la salud y previenen la enfermedad.

Palabras clave: Promoción de la salud, adulto mayor y gerontología.

INTRODUCCIÓN

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. (1) La promoción en salud es la modificación de las conductas humanas y situaciones

del ambiente, o sea, no se puede modificar la conducta del adulto mayor sin considerar su entorno; esta promoción se manifiesta a través de acciones que directa o indirectamente promueven la salud y previenen la enfermedad.

Es poco habitual encontrar un adulto mayor sano, los estudios demuestran que tienen 2 a 3 enfermedades diagnosticadas en promedio, sin embargo, en todos los programas del adulto mayor, en todas las guías clínicas e incluso en el examen de medicina preventiva del adulto no aparece la palabra “sano”, sino la palabra “funcional”. La promoción de la salud es una estrategia para mantener su funcionalidad y disminuir su dependencia y, por lo tanto, disminuir la probabilidad de ingresar a una institución o aumentar las tasas de mortalidad, como lo muestran muchas investigaciones geriátricas (2). El objetivo fue analizar la importancia de la promoción de la salud en los adultos mayores.

METODOLOGÍA

Enmarcada en el paradigma neopositivista empírico deductivo mediante una revisión bibliográfica.

RESULTADOS

Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender.

El modelo ilustra la naturaleza multidimensional de las personas que interactúan con el entorno intentando alcanzar un estado de salud. De distinta manera a los modelos orientados a la evitación, que se basan en el miedo para la salud como motivación para la conducta sanitaria, el MPS tiene una competencia o un centro orientado al enfoque. La promoción de salud está motivada por el deseo de aumentar el bienestar y de actualizar el potencial humano. En su primer libro, *Health Promotion in Nursing Practice*, Pender afirma que existen procesos biopsicosociales complejos que motivan a los individuos para que se comprometan con las conductas destinadas al fomento de la salud (3).

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción. El

modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud como lo relacionado con el adulto mayor y sus creencias sobre la vida, la salud y la enfermedad para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables. El modelo de promoción de la salud de Pender se basa en tres teorías de cambio de la conducta, influenciadas por la cultura, así:

La primera teoría, es la de la **Acción Razonada**: originalmente basada en Ajzen y Fishben, explica que el mayor determinante de la conducta, es la intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo. Se plantea que es más probable que el individuo ejecute una conducta si desea tener un resultado. La segunda es la **Acción Planteada**: adicional a la primera teoría, la conducta de una persona se realizará con mayor probabilidad, si ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas (3).

La tercera es la **Teoría Social-Cognitiva**, en la cual se plantea que la auto-eficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano, definida como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento”. Adicional a lo anterior, la auto-eficacia es definida como la confianza que un individuo tiene en su habilidad para tener éxito en determinada actividad (3).

Según Pender, el Modelo de Promoción de la Salud retoma las características y experiencias individuales, además de la valoración de las creencias en salud, en razón a que estas últimas son determinantes a la hora de decidir asumir un comportamiento saludable o de riesgo para la salud, debido a su alto nivel de interiorización y la manera de ver la realidad que lo rodea. La valoración de las creencias en salud relacionadas con los conocimientos y experiencias previas, determinan las conductas adoptadas por la persona; según el Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Pender, estas creencias están dadas por:

A.-Los beneficios de la acción percibidos o los resultados esperados, proporcionan motivación para adquirir una conducta de promoción de la salud, en la cual se da prioridad a los beneficios conductuales, destacando esta conducta entre otras personas, para que ellas puedan imitarla (3).

B.-La presencia de barreras para la acción, las cuales pueden ser personales, o interpersonal. La percepción personal de salud desempeña un papel fundamental al determinar el estado de salud (valga la redundancia) de cada persona, lo cual permitirá identificar las dificultades que se presentan y diseñar los mecanismos que permitan cambiar o disminuir una conducta de riesgo, con el fin de mejorar la calidad de vida, para establecer un estado óptimo de salud a nivel físico, mental y social.

C.-La auto-eficacia a encontrado en numerosos estudios, que las personas que se perciben así mismas competentes en un dominio particular realizarán repetidas veces la conducta en las que ellos sobresalen; la auto-eficacia es un sistema que provee mecanismos de referencia que permiten percibir, regular y evaluar la conducta, dotando a los individuos de una capacidad autorreguladora sobre sus propios pensamientos, sentimientos y acciones.

D.-Las emociones, motivaciones, deseos o propósitos contemplados en cada persona promueven hacia una determinada acción. Los sentimientos positivos o negativos acompañados de un componente emocional son clave para identificar la conducta que necesita modificarse. Por lo tanto, en cada programa de salud deben implementarse actividades dinámicas y atractivas que generen beneficios para toda la población.

E.-Las influencias interpersonales y situacionales, son fuentes importantes de motivación para las conductas de salud, el impacto de las redes familiares y sociales o del entorno dentro del cual se desenvuelve la persona, pueden actuar positivamente generando un sentimiento de apoyo y aceptación, lo que brinda confianza a sus habilidades, esta sería una fuente valiosa para la creación de una conducta que promueva la salud; sin embargo, en el caso contrario, cuando el entorno familiar o social es adverso y nocivo, crea dificultades para adoptar dicha conducta, de ahí que sea a veces más conveniente cambiar algunas condiciones del medio social y económico, que apuntar al cambio de conducta en una persona (3).

F.-Edad: particularmente tiene que ver en gran medida por la etapa específica del ciclo vital en la cual se encuentre la persona; a partir de la etapa en la que la persona se encuentre se

verá afectado el estilo de vida. Género: éste es un determinante del comportamiento de la persona, ya que el ser hombre o ser mujer hará que el individuo adopte determinada postura respecto a cómo actuar, además de lo que implica la prevalencia de algunas enfermedades que se verán reflejadas en mayor proporción en un género en específico.

G.-Género: éste es un determinante del comportamiento de la persona, ya que el ser hombre o ser mujer hará que el individuo adopte determinada postura respecto a cómo actuar, además de lo que implica la prevalencia de algunas enfermedades que se verán reflejadas en mayor proporción en un género en específico.

H.-Cultura: es una de las más importantes condiciones que llevan a las personas a adoptar un estilo de vida ya sea saludable o no; en ésta se incluyen los hábitos de alimentación, el tiempo de ocio y descanso, el deporte, entre otros. Clase o nivel socioeconómico: es un factor fundamental al momento de llevar un estilo de vida saludable, ya que si se pertenece a una clase media o alta se tendrán muchas más alternativas al momento de poder elegir una alimentación adecuada, y no sólo la alimentación sino también el acceso a la salud; mientras que para una persona de un nivel socioeconómico bajo, sus opciones se verán limitadas por la escasez de sus recursos económicos.

I.-Clase o nivel socioeconómico: es un factor fundamental al momento de llevar un estilo de vida saludable, ya que si se pertenece a una clase media o alta se tendrán muchas más alternativas al momento de poder elegir una alimentación adecuada, y no sólo la alimentación sino también el acceso a la salud. Mientras que para una persona de un nivel socioeconómico bajo, sus opciones se verán limitadas por la escasez de sus recursos económicos.

J.-Estados emocionales: Las emociones perturbadoras tienen, al parecer, un efecto negativo en la salud, favoreciendo de esta manera la aparición de ciertas enfermedades, ya que hacen más vulnerable el sistema inmunológico, lo que imposibilita su correcto funcionamiento. Contrariamente, las emociones positivas representan un beneficio para nuestra salud, ya que ayudan a soportar las dificultades de una enfermedad y facilitan su recuperación (4).

DISCUSIÓN

Todos estos descubrimientos acerca de la intrínseca relación entre emociones y salud tienen su aplicación en el tratamiento de las enfermedades desde una propuesta holística y no reduccionista a enfoque biologicista, pues en la actualidad se proponen tratamientos integrales, que consideren la recuperación tanto de los factores físicos como de los factores psicológicos del paciente, en estrecha relación de interdependencia. -Autoestima: Debido a que la autoestima influye en el comportamiento, existe una relación estrecha entre la autoestima y la salud. Las personas con alta autoestima se cuidan a sí mismos comiendo sanamente, haciendo ejercicio físico y mimándose, porque saben que son importantes. -Grado de urbanización: La localización de las personas en ámbitos rurales o urbanos, es determinante para el acceso a ciertos servicios, contribuye a describir las condiciones de vida de una población y puede discriminar problemas de salud y otros de naturaleza social y económica (1).

La aplicación del Modelo de Promoción de la Salud, es un marco integrador que identifica la valoración de conductas en las personas, de su estilo de vida, del examen físico y de la historia clínica. Estas actividades deben ayudar a que las intervenciones en promoción de la salud sean pertinentes y efectivas y que la información obtenida refleje las costumbres y los hábitos culturales de las personas en el cuidado de su salud, siendo este un aporte muy importante como profesional de enfermería y así modificar conductas de riesgo en el adulto mayor.

La promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación (1).

Es deber de los sistemas de salud promover cambios de estilo de vida en los pacientes y ponerlos al tanto de la conexión que existe entre los factores de riesgo y la salud. La evaluación de los factores de riesgo y la consejería deben ayudar a los pacientes a la adquisición de información, motivación y habilidades para

mantener comportamientos saludables (5). Entre las estrategias de promoción que se debe brindar a los adultos mayores se encuentran la actividad física, la alimentación saludable, el evitar el consumo nocivo del alcohol, del tabaco, lograr el bienestar emocional, la seguridad y las lesiones no intencionadas (5).

CONCLUSIÓN

La promoción en salud es la modificación de las conductas humanas y situaciones del ambiente, es decir, no se puede modificar la conducta del adulto mayor sin considerar su entorno; esta promoción se manifiesta a través de acciones que directa o indirectamente promueven la salud y previenen la enfermedad.

REFERENCIAS

1. OMS, Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y de la Asociación Canadiense de Salud Pública Carta de Ottawa para la promoción de la salud, paho.org 1986: 20.
2. Serrat M, Baltasar A, Machado R, Juvinyà D, Bertran C, Ricart W. Are nurses sufficiently well prepared to take on the detection of hypertension? *Hipertens riesgo vase* 2016 oct - dec; 33(4):126-132. *Doi: 10.1016/j.hipert.2016.06.003*.
3. **Bandura A.** La Autoeficacia España Elsevier 2015: 19.
4. **Aliaga E, Cuba S, Mar M.** Promoción de la salud y prevención de las enfermedades para un envejecimiento activo y con calidad de vida. *Rev Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 2016: 20-25.
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España Estrategia de promoción de salud y prevención en el SNS, publicaciones oficiales 2014:199.

LA GERONTOLOGÍA Y EL AUTOCUIDADO EN LA ACTUALIDAD.

Mirian Santos

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.
mirian_santos09@hotmail.es

Resumen. Orem explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del adulto mayor a su propia existencia. El autocuidado es una actividad aprendida por los indivi-

duos, orientada hacia un objetivo, mejorar su salud y obtener el bienestar físico y mental. Explicar el autocuidado desde la gerontología. Se realizó una Revisión bibliográfica. Entre los requisitos de autocuidado se mencionan el aporte suficiente de aire, el aporte suficiente de alimentos, de agua, la provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación, el equilibrio entre la actividad y el descanso, el equilibrio entre la interacción social y la soledad, la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano, la promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal. Desde la gerontología es importante el aspecto del autocuidado ya que los adultos mayores de acuerdo a su estilo de vida, sus creencias, sus valores sobre todo en relación con la vida y la salud deben concienciar su responsabilidad de autocuidado para mantener su salud. El autocuidado es un compromiso, pues expresa un acto de reafirmación, al manifestar el adulto mayor su necesidad de actuar ante una situación reconocida de valor personal o social.

Palabras clave: Autocuidado, gerontología, adulto mayor.

INTRODUCCIÓN

Orem explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del adulto mayor a su propia existencia. El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo, mejorar su salud y obtener el bienestar físico y mental. **Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem.**- la cual define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí (1). El Objetivo fue explicar el autocuidado desde la gerontología.

METODOLOGÍA

Paradigma positivista empírico deductivo
Se realizó una Revisión bibliográfica.

RESULTADOS

En esta teoría explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del

adulto mayor a su propia existencia. El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo, mejorar su salud y obtener el bienestar físico y mental. El adulto mayor en el transcurso de su vida va perdiendo muchas funciones inherentes a su desarrollo normal, por lo que requiere de una orientación basada en actividades de la vida diaria con el objetivo de mantener su salud con calidad (2).

Requisitos de Autocuidado. Los requisitos de autocuidado que deben satisfacer los individuos Orem los determina en 3 tipos: Requisitos de autocuidado universales; Requisitos de autocuidado de desarrollo y Requisitos de autocuidado en caso de desviación de la salud.

Los Requisitos de Autocuidado Universales:

Son definidos como los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente, tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida, o lo que está en proceso de ser validado, sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del ciclo vital. Se proponen ocho requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños.

Entre los requisitos de autocuidado se mencionan el mantenimiento de un aporte suficiente de aire, el mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos, el mantenimiento de un aporte suficiente de agua, la provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación, el mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso, el mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad, la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano, la promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal (1,2).

Requisito de Autocuidado de Desarrollo.

Hay tres conjuntos de requisitos de autocuidado de desarrollo: Provisión de condiciones que fomentan el desarrollo, Implicación en el autodesarrollo; Prevenir o vencer los efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa al desarrollo humano (1,2).

Requisitos de Autocuidado en caso de Desviación de Salud:

Son propuestos para aquellas personas que están enfermas o sufren alguna lesión con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades y para los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico. Las características de la desviación de salud como condiciones que se expanden a lo largo del tiempo, determinan los tipos de exigencias de cuidado que precisan las personas, ya que conviven con los efectos de estados patológicos y viven mientras ellos duran (1,2).

Importancia del Autocuidado.

Se ha demostrado que los programas de autocuidado han conseguido en los adultos mayores: Mantener la capacidad funcional (biopsicosocial) del adulto mayor y prevenir algunas enfermedades; hacer menos grave la enfermedad o discapacidad: Mejorar la interacción entre las personas mayores y los sistemas de servicios sociales y de salud por medio de la difusión de más y mejor información (3).

Se hace necesario destacar que el fundamento del autocuidado es un compromiso, pues expresa un acto de reafirmación, al manifestar el individuo su necesidad de actuar ante una situación reconocida de valor personal o social. Se reconoce al autocuidado como elemento que promueve el desarrollo humano integral. Propicia la independencia expresada en el protagonismo real de las personas de su propio destino en los distintos espacios de su vida. Esto indica lo útil que resulta para los familiares y equipo de salud trabajar para consolidar el compromiso de los adultos mayores, con el autocuidado de su salud. Se revela necesario tanto en la promoción de la salud, como en la prevención, cura y rehabilitación de las enfermedades, alcanzando la máxima independencia funcional y autonomía posible (1,3).

Además la práctica del autocuidado en los adultos mayores es importante también porque contribuye a: a) Mantener una buena salud, prevenir y reconocer tempranamente la enfermedad y participar activamente en la recuperación integral de la salud; b) Asumir la responsabilidad en el cuidado de la salud y las consecuencias de las acciones que realizan, fortaleciendo

su soberanía y autoestima; c) Reconocer que las conductas y los estilos de vida son directamente responsables de la enfermedad y puede llevarlas a reorientar el rol que asumen en el cuidado de su salud (4).

DISCUSIÓN

Dentro de la capacidad de autocuidados en los adultos mayores se identifican las siguientes dimensiones: **Actividad Física:** La actividad es importante para el adulto mayor, como un medio para promover y preservar la salud. La actividad física mantenida a lo largo de la vida de forma continua, es un determinante del grado de funcionalidad física que se observa en esta etapa debido a que hay mayor tiempo libre y se puede aprovechar para leer, cultivar, coser, para acudir a reuniones con amigos, vecinos o familiares (2).

Alimentación: Proceso fisiológico importante en todas las edades, es un proceso básico del que depende la nutrición del cuerpo por lo que es necesario ingerir una variedad de alimentos y bebidas con un adecuado contenido de nutrientes para promover y mantener la salud, retrasando algunos cambios del envejecimiento, y por ende disminuyendo la frecuencia de las enfermedades. El adulto mayor en el cuidado de su alimentación debe tener una alimentación sana, balanceada, mantener un horario estable, consumir frecuentemente agua, evitar frituras, cambios bruscos y temperaturas extremas al ingerir los alimentos (muy caliente o muy frío), siendo importante que participen y disfruten de la alimentación y al mismo tiempo fomenten la comunicación familiar (2). **Eliminación:** La eliminación vesical e intestinal es otro de los aspectos importantes que el adulto mayor debe tener en cuenta en su autocuidado, para estar alerta a cualquier alteración de estas funciones que perjudican su salud, para ello debe organizar el horario de eliminación urinaria, por la mañana, después de las comidas, antes de acostarse y después del ejercicio (3).

Descanso y Sueño: Los cambios que ocurren en el organismo con el envejecimiento involucran el ritmo vigilia – sueño o “reloj biológico”; conforme las personas envejecen la estructura del sueño se modifica con una tendencia a tener un sueño más fragmentado con múltiples despertares y un aumento del tiempo del sueño

liviano, como resultado de alteraciones o modificaciones hormonales que ocasionan cambios en las distintas etapas del sueño. Por lo general, el adulto mayor suele demorar más tiempo en iniciar el sueño, siendo la conciliación del sueño más temprana y se despiertan más fácilmente; otra de las modificaciones que ocurren en la vejez es el sueño profundo o reparador que disminuye aumentando el número de siestas compensatorias (4).

Higiene y Confort: El aseo y confort de un adulto mayor, se define como el conjunto de actividades dirigidas a proporcionar al aseo personal y comodidad del paciente; incluye los procedimientos de higiene y limpieza corporal y de mucosas externas; favoreciendo la salud general del individuo. Al no poder realizarlo por sí sólo, disminuye su autoestima, su pudor, disminuyendo su comodidad y confort. En su autocuidado el adulto mayor debe valorar y establecer horarios (diurno, nocturno) para realizar la higiene o el baño, en el cual debe utilizar jabones que no resequen su piel, así como el correcto uso de la toalla para el secado de las partes del cuerpo (5).

Medicación: El adulto mayor en su autocuidado tiene la capacidad y responsabilidad de seguir con su tratamiento ya establecido, debe estar claro con respecto ya que tiene efectos negativos en el proceso de conservar la salud. Las personas mayores son, por lo general, más sensibles a los fármacos y necesitan dosis diferentes; una buena comunicación con una explicación clara resulta útil para asegurar que cumpla fielmente y no altere la dosis del fármaco por su cuenta para disminuir los efectos secundarios. (3,4) **Control del Estado de Salud:** El adulto mayor participa en la planificación de su propia asistencia sanitaria; ya que el envejecimiento es un proceso fisiológico natural, que se inicia desde que se nace y se mantiene a lo largo del ciclo de la vida; la mala salud no es consecuencia del envejecimiento sino que está relacionada con factores de riesgo modificables como: nutrición inadecuada, poca actividad física, fumar y no hacerse exámenes médico y de tamizaje preventivos: autoexamen de mamas, control de peso, control de glucosa, inspección de la boca, medición de temperatura entre otros. La mayoría de las autoridades sanitarias recomiendan un examen periódico a la persona adultas mayores al menos una vez al año, aunque la frecuencia de

esta se reajustará según el grado de vulnerabilidad y salud del adulto mayor (4).

Control de Adicciones y Hábitos Nocivos: El adulto mayor debe evitar el consumo de bebidas alcohólicas porque causan problemas en el organismo y en el comportamiento, cansancio e incapacidad para cuidarse a sí mismo, confusión, caídas, y otros; el adulto mayor bebedor corre el riesgo de tener problemas de salud por las reacciones que se presentan cuando se combinan alcohol y medicinas. Otro hábito es el tabaquismo, que constituye una forma de dependencia el mismo que conlleva a que desarrolle graves enfermedades en el adulto mayor como el cáncer de pulmón, laringe, vejiga y otros (5).

CONCLUSIÓN

Desde la gerontología es importante el aspecto del autocuidado ya que los adultos mayores de acuerdo a su estilo de vida, sus creencias, sus valores sobre todo en relación con la vida y la salud deben concienciar su responsabilidad de autocuidado para mantener su salud. El autocuidado es un compromiso, pues expresa un acto de reafirmación, al manifestar el adulto mayor su necesidad de actuar ante una situación reconocida de valor personal o social.

REFERENCIAS

1. Alvarado C, Sánchez C. Autocuidado de pacientes diabéticos del Club Dulce Vida, Hospital Naval de Guayaquil 2010: 20-22 <http://repositorio.unemi.edu.ec/xmlui/handle/123456789/2095>
2. Alvarado A, Lamprea L. La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería. *Enfermería Universitaria* 2017; 14: 66 http://www.scielo.org.mx/scielo.php?Script=sci_abstract&pid=S1665-70632017000300199&lng=es&nrm=iso
3. Alvear H. Percepción del autocuidado del adulto mayor del centro de promoción activa del IESS Cuenca 2015: 66 <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/21683>
4. Esquivel E, Doreyda K. Autocuidado del adulto mayor y su relación con el apoyo familiar. *Centro de salud Salaverry* 2015: 80 <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/1687>
5. García L, Rodríguez C, Gómez A. *Enfermería del anciano* 2011:89 <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/nursing-salud-adulto-mayor-2012-spa.pdf>

LENGUAJE ENFERMERO NANDA NIC Y SUS IMPLICACIONES EN LA GESTIÓN DEL CUIDADO.

*Jhojana Vintimilla*¹, *Adriana Carmita*², *Gregoriana Mendoza*³

¹Docente de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca, Estudiante del Doctorado de Ciencias de la Salud de la Universidad del Zulia Venezuela. ²Docente de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca Azoguez, Estudiante del Doctorado de Ciencias de la Salud de la Universidad del Zulia Venezuela. ³Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, la Universidad del Zulia Maracaibo, Estado Zulia, República Bolivariana de Venezuela. jvintimillam@ucacue.edu.ec

Resumen. En los años 1950 a 1960, enfermeras/os de los Estados Unidos de América y Canadá comenzaron a desarrollar el conocimiento científico enfocado en la profesión, dando relevancia el accionar personal de salud como parte primordial de un proceso. En el año 2002 se designó el nombre de NANDA Internacional para una mayor integración de los diferentes países que la conformaba y aportaban, cuyos integrantes brindaban su conocimiento y experiencia sin ningún fin de lucro. Este lenguaje enfermero fue traducido en 10 idiomas distintos, el mismo que se va actualizando cada dos años con nuevos diagnósticos sumándole los criterios de resultado NOC y las intervenciones NIC, puesto que hasta el 2017 se cuenta con 235 diagnósticos. Identificar la Implementación de la Taxonomía NANDA, NIC, NOC, en los diferentes continentes (Europa, América, Asia, África, Antártica y Oceanía). La información fue presentada de manera descriptiva, la misma que fue dividida por Continentes, y revisada desde el año 2013 a 2018 pertenecientes a bases científicas de reconocimiento internacional, cuyos estudios haya sido de gran impacto. En los diferentes países como lo son España, México, Brasil, Chile, Colombia, Corea del Sur, Pakistán, Indonesia es donde se encontraron información que avala la implementación de la NANDA, NIC, y NOC en sus diferentes sistemas de salud.

Palabras clave: lenguaje enfermero NANDA NOC NIC, gestión y cuidado.

INTRODUCCIÓN

En la presente revisión sistemática se describe la implementación de la Taxonomía NANDA NIC, NOC en el ámbito hospitalario en todo el mundo, haciendo una comparación entre los diferentes países con más estudios o información publicada como: España, Corea del Sur, México y Brasil, pertenecientes en los diferentes continentes (1). En España se hallaron estudios que evidencian su implementación, ya que este país tiene mayor relevancia por ser pionero en la creación y de la redacción de las primeras publicaciones de NANDA, NIC y NOC; pero actualmente todavía en ese país los estudios recientes manifiestan que la taxonomía NANDA sigue siendo criticada por la posible complejidad en el procedimiento, la falta de tiempo para realizarlo y la falta de conocimientos del personal, pero rescatan su importancia y valor ya que se pudieron encontrar problemas prevalentes, de igual forma se abordó los cuidados e intervenciones necesarias (2). El objetivo fue identificar la implementación de la Taxonomía NANDA, NIC, NOC, en los diferentes continentes (Europa, América, Asia, África, Antártica y Oceanía).

METODOLOGÍA

La información fue presentada de manera descriptiva, la misma fue dividida por Continentes, y revisada desde el año 2013 a 2018 pertenecientes a bases científicas de reconocimiento internacional.

RESULTADOS

En el Continente Asiático en Corea del Sur su aplicación ha sido de gran impacto y en la actualidad aquel país donde es constante el desarrollo de nuevas tecnologías, tanto así que la implementación y uso de NANDA, NIC y NOC en los hospitales cuentan con un sistema informático estandarizado que enlaza directamente estos lenguajes enfermeros así reduciendo el tiempo de selección de datos y permitiendo a las enfermeras muchas ventajas para atención directa (1,2).

En comparación con América del Norte, la información encontrada en su mayoría corres-

ponde a México donde su uso por parte del personal de enfermería a los pacientes es básicamente en función asistencial y en búsqueda de resolver las necesidades humanas de los pacientes, utilizando una metodología propia para brindar cuidado individualizado y holístico, identificando ciertas necesidades humanas que afecta a un paciente que presenta una patología tras la valoración de patrones funcionales, y mejorando la calidad del cuidado empleando la Taxonomía NANDA NOC, NIC (3) Y por último en Brasil la implementación de NANDA está dotada bajo la valoración por dominios de salud de la taxonomía NANDA-II permitiendo identificar los diagnósticos de enfermería, desde una mirada global, integrando los componentes teóricos de valoración física en un escenario real de cuidado (4) Al realizar la revisión no se encontraron estudios significativos en el Continente Africano por lo que no se describe su implementación, de igual manera tiene similitud con Ecuador donde no se han encontrado documentos anexados en bases científicas, sino más bien utilizados en Proyectos de Titulación y Tesis de Posgrados en diferentes ciudades como Loja, Ambato y Riobamba (5,6).

DISCUSIÓN

La implementación de la taxonomía NANDA, NIC y NOC a nivel mundial es una herramienta que ha permitido valorar y diagnosticar el estado de los pacientes a lo largo del proceso accionar enfermero, entre los países que se encuentran en esta revisión es donde hemos encontrado estudios de su utilización en los que se ha evidenciado una mejora en la atención y evaluación de los pacientes. Su implementación ha sido desarrollada con la participación de profesionales en el campo de enfermería del mundo, esta taxonomía NANDA es actualizado cada dos años y la última se realizó en 2015 que abarca hasta el 2017 incluyéndole intervenciones (NIC) y resultados (NOC) (5,6).

CONCLUSIÓN

La revisión se realizó por continentes de los cuales se buscó su implementación por país donde identificamos que su uso no es del todo global ya que hay países y continentes como África donde no se encontró ningún estudio, en

cambio otros que van actualizando y mejorando su implementación.

REFERENCIAS

1. Shigemi T, E K, Internacional M. Nuberos Científica. España 2017:25 <http://www.index-f.com/nuberos/2017/2115r.php>
2. Revista Aladefe - Conocimientos y uso clínico de la metodología enfermera (NANDA, NIC, NOC) en enfermeras/os que trabajan en Chile 2017: 18 https://www.researchgate.net/profile/cecilia_campos/publication/3121672_11_conocimientos_y_uso_clinico_de_la_metodologia_enfermera_nanda_nic_noc_en_enfermeras_que_trabajan_en_chile/links/5873f8c308aebf17d3b0b04c/conocimientos-y-uso-clinico-de-la-metodologia-enfermera-nanda-nic-noc-en-enfermeras-os-que-trabajan-en-chile.pdf
3. Johnson M. Center for Nursing Classification y Clinical Effectiveness. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos: Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados 2014:433.
4. Herdman T, Kamitsuru S. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. NANDA International Hispano-Americana 2017:512.
5. Herdman T. North American Nursing Diagnosis Association. NANDA International nursing diagnoses: definitions and amp; classification 2012-2014. Wiley-Blackwell 2013: 500.
6. Díaz A, González, Paredes O. Seguimiento a pacientes con diagnóstico enfermero NANDA: baja autoestima situacional, en la consulta de Atención Primaria. Enfermería Clínica 2014; 23(5):196-202.

ENVEJECIMIENTO DESDE UNA PERSPECTIVA DE ENFERMERÍA.

Lourdes Bello, Eva Mendoza

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí,
Facultad de Enfermería.
lourdesbello2009@hotmail.com

Resumen. El envejecimiento es un proceso de la vida del ser humano durante el cual ocurren modificaciones biológicas, psicológicas y sociales, que implica cambios celulares, tisulares, orgánicos y funcionales; es una programación genética influenciada tanto por factores ambientales como por la capacidad de

adaptación del individuo. Analizar el envejecimiento desde una perspectiva de la enfermería. Para la Organización Mundial de la Salud en su informe sobre envejecimiento En el plano biológico, el envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares, estos daños reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de muchas enfermedades y disminuyen en general la capacidad del individuo. La teoría de la disociación, señala que la vejez puede ser una etapa altamente satisfactoria cuando la persona mayor acepta la disminución de sus interacciones y se inclina en sí misma. En un inicio OMS 2012, considera que la edad más vulnerable a sufrir enfermedades son las personas de la tercera edad, que la población de adulto mayor se duplicara. Así mismo la OMS en el 2015, manifiesta que el envejecimiento se debe a los cambios celulares genéticos propios. Bajo estos conceptos se considera que el bajo índice de fecundidad, ha conllevado a pasar de transición demográfica a transición geriátrica. La organización mundial de la salud en respuesta a esta problemática continúa realizando una estrategia con la intención de obtener un envejecimiento saludable.

Palabras clave: Envejecimiento, atención de enfermería, autocuidado.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud una de las edades más vulnerables a sufrir de enfermedades, muchas de carácter prevenibles; son las personas de la tercera edad, las cuales se enfrentan al proceso lógico de envejecimiento, en el que se desarrollan cambios bio-psico-sociales y culturales que afectan la calidad de vida y la prolongación de esta de manera activa y saludable.

Así mismo se pronostica que la cantidad de ancianos que no pueden valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo. Muchos ancianos de edad muy avanzada pierden la capacidad de vivir independientemente porque padecen limitaciones de la movilidad, la fragilidad u otros problemas físicos o mentales. Muchos necesitan alguna forma de asistencia a largo plazo, que puede consistir en cuidados domiciliarios o comunitarios y ayuda

para la vida cotidiana, reclusión en asilos y estadías prolongadas en hospitales.

Por ejemplo, entre 2000 y 2050 la cantidad de personas de 80 años o más aumentará casi cuatro veces hasta alcanzar los 395 millones. Es un acontecimiento sin precedentes en la historia que la mayoría de las personas de edad madura e incluso mayores tengan unos padres vivos, como ya ocurre en nuestros días. Ello significa que una cantidad mayor de los niños conocerán a sus abuelos e incluso sus bisabuelos, en especial sus bisabuelas. En efecto, las mujeres viven por término medio entre 6 y 8 años más que los hombres (1).

En este orden de ideas, en el 2015 en un estudio titulado Autocuidado en las personas mayores los resultados mostraron que el 44,44% de los encuestados revelaron tener la percepción de autocuidado inadecuado, el 68% presentaron la percepción parcialmente inadecuado (2). Asimismo, en México realizaron una investigación titulada Eficacia de un programa de empoderamiento en la capacidad de autocuidado de la salud en adultos mayores el cual indico que el trabajo fue significativo ($p < 0,05$) en cuanto a estados funcionales, depresivos, y nutricionales (3).

Por otra parte, en Colombia. Se realizó una investigación capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor del programa centro día/vida. El cual indico que existe adecuada capacidad y percepción de autocuidado en las siguientes categorías: -Actividad física, -Alimentación-Medicación adicciones y hábitos tóxicos. No se evidenció déficit de autocuidado (4), el objetivo fue analizar el envejecimiento desde una perspectiva de la enfermería.

METODOLOGÍA

Enmarcado en el paradigma positivista empírico deductivo no experimental observacional. Revisión bibliográfica.

RESULTADOS

Para la Organización Mundial de la Salud en su informe sobre envejecimiento expone que los cambios que constituyen e influyen en el envejecimiento son complejos. En el plano biológico, el envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares. Con el tiempo, estos daños

reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de muchas enfermedades y disminuyen en general la capacidad del individuo. A la larga, sobreviene la muerte. Pero estos cambios no son ni lineales ni uniformes, y solo se asocian con la edad de una persona en años. Así, mientras que algunas personas de 70 años gozan de un buen funcionamiento físico y mental, otras tienen fragilidad o requieren apoyo considerable para satisfacer sus necesidades básicas (1).

Con relación a las teorías sociales, en 1961, Cumming y Henry propusieron la teoría del compromiso o de la disociación, la cual advierte que es el mismo adulto mayor quien comienza a disminuir sus funciones sociales, lo que origina rechazo y aislamiento entre él y la sociedad. Esta teoría señala que la vejez puede ser una etapa altamente satisfactoria cuando la persona mayor acepta la disminución de sus interacciones y se vuelca en sí misma.

En 1969, Havighurst postuló la teoría de la actividad, la cual afirma que la persona socialmente activa tiene más capacidad de adaptación y que, salvo por los cambios fisiológicos inevitables, esa persona experimenta durante la vejez las mismas necesidades físicas, psicológicas y sociales que durante la adultez. Esa teoría afirma que la actividad es la clave de la satisfacción y de la autorrealización y, por tanto, la disminución de las actividades y el aislamiento social producen efectos negativos sobre el anciano (4,5).

El adulto mayor es muy importante para la sociedad y puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico del país a través del voluntariado, por transmitir sus experiencias y conocimientos, ayudar a su familia en el cuidado de los integrantes y aumentar su participación en la fuerza de trabajo remunerada. Esto es posible a través del cuidado de la salud a lo largo de la vida para prevenir o retardar la presencia de enfermedades crónicas y no transmisibles. Es este sentido la presente investigación trata al grupo etario de adulto mayor con la finalidad de mejorar la atención del autocuidado (4,5).

DISCUSIÓN

Modelo de Dorothea Orem: Ella define su modelo como una teoría general de enferme-

ría que se compone de otras tres relacionadas entre sí:

1.-Teoría del Autocuidado: En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: “El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar (4,5).

2.-Teoría del Déficit de Autocuidado: En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

3.-Teoría de los Sistemas de Enfermería: En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

4.-Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo. Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados. Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda (5).

Orem define el objetivo de la enfermería como: “Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad”. Además, afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto (5).

En 2010 se creó el plan de estudios por competencias profesionales de la enfermera especialista en geriatría con el fin de conseguir que la transición de la etapa adulta a la vejez se lleve a cabo en las mejores condiciones de salud posibles. Esto se hace: a. Incrementando los conocimientos, las habilidades y la motivación de la persona para afrontar los cambios físicos y psicosociales que aparecen durante el proceso de envejecimiento; b. A través de la valoración de las necesidades de las personas ancianas, de la planificación y la administración de los cuidados para satisfacer sus necesidades; c. Mediante la evaluación de la eficacia de dichos cuidados en el logro y el mantenimiento de un nivel de bienestar acorde con las limitaciones impuestas por el proceso de envejecimiento. La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede auto cuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- 1.- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo, en el caso del enfermo inconsciente.
- 2.- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
- 3.- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
- 4.- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.
- 5.- Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar (5).

CONCLUSIÓN

En un inicio se considera que la edad más vulnerable a sufrir enfermedades son las personas de la tercera edad, que la población de adulto mayor se duplicara. Así mismo la OMS en el 2015, manifiesta que el envejecimiento se debe a los cambios celulares propios del programa genético, lo que coincide con la aportación anterior (1).

Bajo estos conceptos se considera que el bajo índice de fecundidad, ha conllevado a pasar de transición demográfica a transición geriátrica. De manera reciente la organización mundial de la salud en respuesta a esta problemática

continúa realizando una estrategia con la intención de obtener un envejecimiento saludable. Es así que la enfermera como gestora del cuidado debe especializarse en área de gerontología de tal manera que se cubra la necesidad del envejeciente; y así brindar el cuidado oportuno y aportar a las políticas de Ministerio de Salud y al plan de desarrollo sostenible.

En cuanto a la teoría del Auto cuidado de Dorotea Orem, se considera que un aporte exclusivo al cuidado de la persona familia o comunidad. Sin embargo, existen brechas que en base a las investigaciones podrían cubrirse brindando educación y promocionando la salud.

REFERENCIAS

1. Can A, Sarabia B, Guerrero J. Auto cuidado en las personas mayores de la Ciudad de San Francisco de Campeche. México. Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo 2015; 6(11):895 <https://www.redalyc.org/pdf/4981/498150319043.pdf>
2. Chisag M. Atención de enfermería en el adulto mayor *Enferm Inv* 2018; 3 (1): 59-61.
3. Castiblanco M, Fajardo E. Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor del programa Centro día/vida, Ibagué, Colombia. *Salud Uninorte* 2017; 33:58-65.
4. Echeverría J, Dávila J. *Enfermería España* Editorial Alfil, 2013:56-58.
5. Guzmán E, Maya E, López D, Torres K, Madrid V, Pimente B, Agís R. Eficacia de un programa de empoderamiento en la capacidad de autocuidado de la salud en adultos mayores mexicanos jubilados. *Salud & Sociedad* 2017; 8(1):010-020.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DEL ADULTO MAYOR.

Lourdes Bello¹, Eva Mendoza²

¹Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

²Facultad de Enfermería. LUZ.

lourdesbello2009@hotmail.com

Resumen. El adulto mayor es muy importante para la sociedad y puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico del país a través del voluntariado, por transmitir sus experiencias y conocimientos, ayudar a su familia en el cuidado

de los integrantes y aumentar su participación en la fuerza de trabajo remunerada. Esto es posible a través del cuidado de la salud a lo largo de la vida para prevenir o retardar la presencia de enfermedades crónicas y no transmisibles. Analizar las características físicas del adulto mayor Revisión bibliográfica. Según la Organización Panamericana de la Salud se describen los cambios físicos y sus consecuencias en la vejez tales como Engrosamiento de las meninges; Atrofia cerebral, Disminución de los procesos dendríticos; Cambios degenerativos en ligamentos, tejidos peri articulares y cartílagos; Engrosamiento sinovial. Atrofia de la epidermis, de las glándulas sudoríparas y folículos pilosos; reducción de la elasticidad y calcificación de los cartílagos costales; Debilidad de los músculos respiratorios Sistema cardiovascular Cambios relacionados con el envejecimiento: Disminución de la elasticidad de la media arterial con hiperplasia de la íntima. Debido a los cambios que sufre el adulto mayor en la sociedad se considera importante la ayuda de toda la familia que proporcione medidas para recrear al adulto mayor, y que de esta forma se integre de manera activa en sus actividades en el medio vivir.

Palabras clave: Adulto mayor, características sociodemográficas, clínica.

INTRODUCCIÓN

El adulto mayor es muy importante para la sociedad y puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico del país a través del voluntariado, por transmitir sus experiencias y conocimientos, ayudar a su familia en el cuidado de los integrantes y aumentar su participación en la fuerza de trabajo remunerada. Esto es posible a través del cuidado de la salud a lo largo de la vida para prevenir o retardar la presencia de enfermedades crónicas y no transmisibles (1).

La calidad ha sido la nueva alternativa evaluadora del complejo ontológico de la vida, por lo que su acción en la etapa final (vejez) debe ser aún más reflexiva a su propósito epistemológico como estructura evaluadora de las acciones positivas de la vida de los sujetos, incluyendo su desciframiento ético sobre las condiciones que estructuran la subjetividad de un ser social y cultural, determinado por una diferencia socioe-

conómica y su relación con la configuración de las acciones que organizan la vida diaria de los adultos mayores; es decir, la evaluación de la calidad de vida del adulto mayor es la valoración de la acción humana sobre la humanidad hacia el desafío y de la humanidad sobre la necesidad de afrontar responsablemente una sociedad para todas las edades (2).

Por otro lado, el proceso de envejecimiento acontece a lo largo de la vida, pero también tiene una dimensión espacial o geográfica porque se envejece en un lugar. El término envejecer en el lugar o envejecer en casa, en sentido amplio, comporta no tener que moverse de la residencia habitual, y ello basado en los principios de independencia y de privacidad, entendidos como estar solo, no ser molestado, tener control para acceder a lugares, sentirse libre de la compañía o de la observación de alguien. El modo de vida desarrollado sobre ese lugar puede ir cambiando debido a las limitaciones que el espacio pueda imponer sobre las capacidades funcionales en retroceso que comporta el envejecimiento. (3) el objetivo fue analizar las características físicas del adulto mayor para proporcionar educación sobre la importancia de esta etapa y como ayudar a conservar y mantener su propia salud y calidad de vida, es decir, que el adulto mayor valore la importancia de las actividades físico-recreativas y así mejorar su autoestima y salud.

METODOLOGÍA

Enmarcado en el paradigma neopositivista empírico deductivo mediante una revisión bibliográfica.

RESULTADOS

Características Físicas

Según la Organización Panamericana de la Salud describe los cambios físicos y sus consecuencias en la vejez. Sistema nervioso central: cerebro y médula espinal Cambios relacionados con el envejecimiento: Engrosamiento de las meninges; Atrofia cerebral (el peso del cerebro disminuye en 10% entre las edades de 35 a 70 años); Disminución de los procesos dendríticos; Reducción de la sustancia blanca; Disminución de la velocidad de conducción; Aumento del tiempo de respuesta reflejo.

Sistema nervioso autónomo Cambios relacionados con el envejecimiento: Se observa una disminución en la síntesis e hidrólisis de los neurotransmisores acetilcolina, norepinefrina y dopamina; además, existe disminución en el número de los receptores post-sinápticos. Sentido de la visión Cambios relacionados con el envejecimiento: Pérdida de la grasa orbitaria y estenosis del conducto lagrimal; Depósitos lipídicos en la córnea, sequedad de la conjuntiva y disminución en la elasticidad del cristalino; cambios degenerativos en los músculos de la acomodación, en el iris, en la retina y en la coroides. Audición y equilibrio Cambios relacionados con el envejecimiento: Degeneración del Órgano de Corti; Pérdida de neuronas en la cóclea y en la corteza temporal; Disminución de la elasticidad de la membrana basilar, afectando la vibración (3).

Osteoesclerosis de la cadena de huesecillos del oído medio; Excesiva acumulación de cerumen; Disminución de la producción de endolinfa; Degeneración de las células vellosas en los canales semicirculares Olfato, gusto y fonación Cambios relacionados con el envejecimiento: Atrofia de las mucosas; Degeneración neuronal (las papilas gustativas se reducen en un 64% a la edad de 75 años); Atrofia y pérdida de la elasticidad en los músculos y cartílagos laríngeos. Sistema locomotor: músculos, huesos y articulaciones Cambios relacionados con el envejecimiento: Atrofia muscular que afecta tanto al número como al tamaño de las fibras; aparentemente eso es condicionado por desórdenes metabólicos intrínsecos y por deservación funcional (disminución del impulso nervioso que mantiene el tono muscular), (3).

Osteoporosis; Cambios degenerativos en ligamentos, tejidos periarticulares y cartílago; Engrosamiento sinovial; Opacidad del cartílago, aparición de erosiones superficiales, degeneración mucóide, formación de quistes y calcificación Sistema gastrointestinal Cambios relacionados con el envejecimiento: Cambios en la mucosa oral; Cambios atroféicos en la mandíbula; Atrofia de tejidos blandos (encía); Atrofia de la mucosa gástrica e intestinal, de las glándulas intestinales y de la capa muscularis; Reducción del tamaño del hígado; Disminución de la velocidad del tránsito intestinal. Sistema respiratorio Cambios relacionados con el envejeci-

miento: Coalescencia de alvéolos; atrofia y pérdida de la elasticidad de los septums; Esclerosis bronquial y de los tejidos de soporte; Degeneración del epitelio bronquial y de las glándulas mucosas.

Osteoporosis de la caja torácica; .reducción de la elasticidad y calcificación de los cartílagos costales; Debilidad de los músculos respiratorios Sistema cardiovascular Cambios relacionados con el envejecimiento: Disminución de la elasticidad de la media arterial con hiperplasia de la íntima; Incompetencia valvular venosa; Calcificaciones en las válvulas cardíacas; Rigidez de las paredes venosas; Depósitos de lipofuscina y fibrosis del miocardio; Aumento de la resistencia periférica; Disminución del gasto cardíaco; Deterioro de la microcirculación. Sistema génito-urinario Cambios relacionados con el envejecimiento: Engrosamiento de la membrana basal de la cápsula de Bowman y deterioro de la permeabilidad; cambios degenerativos en los túbulos y atrofia y reducción del número de nefronas (3).

DISCUSIÓN

Las características físicas del adulto mayor como la atrofia de la mucosa vaginal Laxitud de los músculos perineales; La piel Atrofia de acinos y músculos prostáticos, con áreas de hiperplasia (la hiperplasia nodular benigna está presente en el 85% de los hombres de 80 años y más). Piel Cambios relacionados con el envejecimiento: Atrofia de la epidermis, de las glándulas sudoríparas y folículos pilosos; Cambios pigmentarios; Hiperqueratosis epidérmica; Degeneración del colágeno y de las fibras elásticas. Esclerosis arteriolar; Reducción de la grasa subcutánea. Sistema inmunológico Cambios relacionados al envejecimiento: Disminución de la respuesta inmunológica de tipo humoral a cargo de las células contra antígenos extraños y aumento de la respuesta a antígenos autólogos (del mismo organismo). Sistema endocrino Cambios relacionados con el envejecimiento: Disminución de la tolerancia a la glucosa; Disminución de la actividad funcional tiroidea; Cambios en la secreción de la hormona antidiurética (1,3).

CONCLUSIÓN

Se fundamenta la necesidad de tener presente las diferentes características físicas del

adulto mayor, buscando variantes óptimas para organizar un programa físico recreativo, ya que esta población se caracteriza por un aumento considerable del tiempo libre, y este debe ser utilizado para conservar la salud, las capacidades para la diversión, y lograr realizar dichas actividades de manera independiente.

REFERENCIAS

1. Echeverría J, Dávila J. Enfermería España Editorial Alfil, S. A. de C 2013:56-58.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre envejecimiento y la salud 2015: 42-43.
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS) (Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud Enfermería Gerontológica: Conceptos para la práctica Serie PALTEX 1993:7-11.

TRASICIÓN DEMOGRÁFICA Y GERIÁTRICA: UN ENVEJECIMIENTO SALUDABLE.

Lourdes Bello, Eva Mendoza

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.
Facultad de Enfermería.
lourdesbello2009@hotmail.com

Resumen. La OMS considera el Envejecimiento Saludable en un sentido amplio, basado en el curso de la vida y en perspectivas funcionales. En este informe se define el Envejecimiento Saludable como el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. Analizar la transición demográfica y geriátrica del adulto mayor. Revisión bibliográfica. La organización mundial de salud manifiesta que el envejecimiento Saludable se emplea mucho en círculos académicos y políticos; sin embargo, no hay consenso sobre lo que ese concepto podría abarcar o cómo se lo podría definir o medir. A menudo se lo utiliza para referirse a un estado positivo, libre de enfermedades, que distingue entre individuos saludables y no saludables, por otra parte, informa que la proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Según se calcula, entre 2015 y 2050 dicha proporción pasará de 11% a 22%. Por tanto, es importante que

para obtener un envejecimiento saludable se cumpla con las políticas y estrategias proporcionadas en base a las investigaciones planteadas.

Palabras clave: transición demográfica, envejecimiento saludable, transición geriátrica.

INTRODUCCIÓN

El término Envejecimiento Saludable se emplea mucho en círculos académicos y políticos; sin embargo, no hay consenso sobre lo que ese concepto podría abarcar o cómo se lo podría definir o medir. A menudo se lo utiliza para referirse a un estado positivo, libre de enfermedades, que distingue entre individuos saludables y no saludables. Esta distinción es problemática en la vejez debido a que muchas personas presentan una o más afecciones que están bien controladas y tienen poca influencia en su capacidad de funcionamiento (1). Por lo tanto, al plantear la meta de una estrategia de salud pública sobre el envejecimiento, la OMS considera el Envejecimiento Saludable en un sentido amplio, basado en el curso de la vida y en perspectivas funcionales. En este informe se define el Envejecimiento Saludable como el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. La capacidad funcional comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella.

En el Artículo número 36 menciona: Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad (Constitución de la República del Ecuador, 2008). La Organización Mundial de la Salud, informa que la proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Según se calcula, entre 2015 y 2050 dicha proporción pasará de 11% a 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 605 millones a 2000 millones de personas mayores de 60 años, los cuales padecen de problemas emocionales que es preciso reconocer (1).

En Ecuador, se registran 1.049.824 personas mayores de 65 años, es decir el 6,5% de la población total y en el año 2020 será del 7,4%.

Mientras que para el año 2054 se proyecta que sea el 18% de la población. Por género, se establece que en las mujeres la esperanza de vida será mayor con 83,5 años en relación a los 77,6 años de los hombres y en esta etapa de vida, existirán mayores limitaciones en lo referente a recursos de subsistencia y se incrementarán las necesidades de atención.

La Organización Mundial de la Salud considera a los adultos mayores a las personas mayores de 60 años para quienes viven en países en vías de desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados (OMS, 2014). También la Organización Panamericana de la Salud Señala en el siglo XX se produjo una revolución de la longevidad, ya que la esperanza media de vida al nacer ha aumentado 20 años desde 1950 y llega ahora a 66 años, y se prevé que para 2050 haya aumentado 10 años y llegará a casi 2.000 millones en el 2050, así lo expresa la Organización Panamericana de la Salud (2).

El evidente incremento de la población mayor de 65 años y el aumento de la esperanza de vida al nacer en el país, esta situación ha generado un especial interés y atención a este grupo poblacional debido a las características particulares y necesidades específicas (3). El Objetivo fue analizar la transición demográfica y la geriátrica del adulto mayor, para lograr por medio de la institucionalidad política y los equipos multidisciplinarios un envejecimiento saludable con características funcionales y saludables.

METODOLOGÍA

Enmarcado en el paradigma neopositivista empírico deductivo mediante la revisión bibliográfica.

RESULTADOS

Características Psico Sociales.

Se compone de la capacidad intrínseca de la persona, las características del entorno que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características. La capacidad intrínseca es la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona. El entorno comprende todos los factores del mundo exterior que forman el contexto de vida (1).

La fragilidad, un síndrome que en fechas recientes fue definido teóricamente, también modifica la autonomía. La necesidad de entenderlo radica en su diferencia biológica, física y psicológica con respecto a la pérdida de la capacidad física en esta etapa de la vida. La definición incluye cinco criterios muy ligados a la dificultad para ejercer las facultades fenotípicas físicas del cuerpo, como velocidad de la marcha lenta, baja actividad física, pérdida de peso involuntaria, percepción de cansancio y debilidad muscular (4).

Considerando este aporte se puede decir que en el Ecuador el *Ministerio de Inclusión Económica y Social* (MIES) ejecuta las políticas públicas para las personas adultas mayores, sobre tres ejes: **Inclusión y participación social**, considerando a las personas adultas mayores como actores del desarrollo social; **Protección social**, que asegura una protección destinada a prevenir o reducir la pobreza, vulnerabilidad y la exclusión social; **Atención y cuidado**, a través de la operación de servicios y centros gerontológicos, privados y públicos. Tiene como misión ejecutar, supervisar y evaluar las políticas públicas activa de la población adulta mayor y su envejecimiento positivo, así como la promoción de los derechos del adulto mayor y la prevención de la violación de los mismos (5).

Se realizó un estudio titulado conceptos actuales sobre el envejecimiento y la enfermedad cardiovascular se expone que en los últimos años se ha presentado un notable incremento en la proporción de población mayor de 65 años de edad con el incremento de las enfermedades cardiovasculares, específicamente la enfermedad coronaria. No obstante, los mecanismos fisiopatológicos del envejecimiento y su relación con la salud cardiovascular son un campo de reciente investigación.

DISCUSIÓN

Resulta fundamental conocer aspectos como: la teoría del acortamiento de telómeros, el papel de la actividad física, el endotelio y los mecanismos moleculares que participan en este proceso, pues ofrecerá herramientas para hacer un manejo acertado de este grupo poblacional, sobre el cual son pocos los estudios y la mayoría de las conductas son extrapoladas de grupos etarios con condiciones fisiológicas completamente dife-

rentes (6). Por lo tanto, se considera de importancia la toma de conciencia de este aspecto para propiciar el ejercicio de acuerdo a la motivación y resistencia de cada adulto mayor.

CONCLUSIÓN

Por consiguiente, es importante que para obtener un envejecimiento saludable se cumpla con las políticas y estrategias proporcionadas en base a las investigaciones planteadas. Es decir, las actividades físico-deportivas y de recreación contribuyen a regular el proceso de forma positiva dado que, entre otros aspectos, incrementa la percepción de competencia y de relación con el medio, poseyendo un efecto motivacional, lo que conlleva a impactar positivamente en la calidad de vida del adulto mayor.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). *La población del adulto mayor y la ética de atención profesional del personal de enfermería* 2014:78.
2. Constitución de la República del Ecuador Decreto Legislativo Registro Oficial 449 de 20-oct-2008-2011: 1-136 https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf
3. MIES. *Ministerio de Inclusión Económica y Social* 2017: 88 <https://www.inclusion.gob.ec/>
4. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Cifras de longevidad mundial y proyecciones*. Panamá 2014: 67.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre envejecimiento y la salud 2015:42-43.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). *La población gerontológica a nivel mundial*. Ginebra Suiza 2016:80.

LA GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL ADULTO MAYOR.

Lilia Sánchez¹, Eva Mendoza²

¹Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

²Universidad del Zulia.

lilima28@hotmail.es

Resumen. La gestión del cuidado de enfermería es una aplicación de un juicio profesional

en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en lineamientos necesarios para obtener como producto final la salud, en este contexto el envejecimiento poblacional no es un fenómeno característico. Analizar la gestión del cuidado de enfermería en el adulto mayor. Enmarcado en el paradigma neopositivista, empírico deductivo. Se realizó una Revisión bibliográfica. Se destaca que el personal de enfermería garante de la gestión del cuidado considera los valores, actitudes y conocimientos de la pausa que brindan su atención específica en el contexto de una población que requiere servicios oportunos. El envejecimiento poblacional no es un fenómeno característico. En la gestión del cuidado es importante que la participación del usuario se tome en cuenta como indicadores para evaluar la calidad del cuidado y así mejorar la atención, por otra parte se toma en cuenta que la población mayor es vulnerable y con derechos que la constitución lo menciona, la participación del profesional de enfermería en la áreas de atención tiene un rol muy importante en la ejecución de un raciocinio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la obligación de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que confirmen la continuidad de la atención y se sustenten en lineamientos necesarios, para obtener como producto final la salud.

Palabras clave: Gestión, cuidado de enfermería, gerontológico.

INTRODUCCIÓN

La gestión del cuidado de enfermería se considera la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en lineamientos necesarios, para obtener como producto final la salud por lo que, el personal de enfermería responsable de la gestión debe considerar los valores, actitudes y conocimientos de la disciplina que le brindan una visión distinta y específica, en este contexto el envejecimiento poblacional no es un fenómeno característico de las sociedades actuales, por lo que, considerado como uno

de los aspectos más importantes, capaz de brindar soluciones adecuadas a la atención del adulto mayor. En este contexto se realizó un estudio descriptivo retrospectivo cuyo objetivo fue analizar el protocolo de atención de enfermería al adulto mayor en instituciones de salud, fundamentado en el proceso de atención de enfermería, elevando así el nivel de conocimientos en los profesionales que laboran en los centros de hogares de ancianos, potenciando la calidad de la atención que se brinda.

Para conocer el estado actual de cómo se está realizando el proceso de atención de enfermería en estos servicios y poder establecer los cuidados, se revisaron las historias clínicas, constatándose la necesidad de profundizar en los cuidados que se les brinda a los adultos. El estudio concluyó que la referencia del protocolo de cuidado a estos pacientes en los centros de atención, contribuirá a elevar el modo de actuación del personal de enfermería, brindando una atención integral y personalizada con calidad en la prestación (1).

La calidad asistencial es un esquema de las mejores prácticas, uso eficiente de los recursos y consecución de un grado de satisfacción del paciente con la asistencia recibida. Y que, la calidad de la gestión del cuidado tendrá su enunciado de excelencia en la medida en que la práctica clínica base su accionar en la investigación pero que se la valide con el objeto de crear un cuerpo único de conocimientos que ofrezcan resultados aplicables y oportunos que permitan mejoras en la prestación de servicios de salud, se incrementen la satisfacción de los usuarios y que viabilice la formulación de políticas en salud (2).

El objetivo del estudio en referencia fue evaluar la calidad de los cuidados de enfermería a nivel hospitalario. Basado en la evidencia científica, lo cual implica que: “debe hacerse lo correcto y debe hacerse bien” el proceso enfermero y la toma de decisiones en la práctica clínica el que esté basado o apoyado en la evidencia científica como fuente de conocimiento enfermero. El objetivo caracterizar e impulsar un modelo de gestión de práctica enfermera basada en la evidencia para mejorar calidad de la atención de salud en unidades hospitalarias en las conclusiones el autor refiere que: Los responsables de los hospitales deben ser conscientes de cómo es-

tos factores están impactando de forma directa en la calidad de los cuidados de enfermería y establecer estrategias que vayan dirigidos a mejorar los indicadores de calidad mediante el soporte de una práctica clínica basada en la evidencia Científica (2).

METODOLOGÍA

Enmarcado en el paradigma positivista empírico deductivo revisión documental Se destaca en el estudio de revisión atención de enfermería en el adulto mayor, cuyo objetivo fue mejorar el bienestar y la calidad de vida de los ancianos, el aumento en la expectativa de vida implica nuevos rasgos en la población mundial.

RESULTADOS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera adultos mayores o de la tercera edad a todos los individuos mayores de 60 años y los clasifica en grupos de 60 a 74 años, adultos de edad avanzada de 75 a 90, viejos o ancianos; más de 90, grandes viejos o longevos. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) considera que en los países desarrollados el adulto mayor es aquel de 65 años o más y en los países en desarrollo es aquel de 60 años o más (3).

Destaca que la atención de enfermería en el adulto mayor se ocupa de la valoración de las necesidades de las personas ancianas, de la planificación y la administración de los cuidados para satisfacer sus necesidades, así como de la evaluación de la eficacia de dichos cuidados en el logro y el mantenimiento de un nivel de bienestar acorde con las limitaciones, el cuidado del adulto mayor debe ser realizado por personas calificadas para esto, también se puede conocer de forma adecuada sobre las actividades de enfermería que se debe seguir para abordar estos pacientes, además muestra oportunidad para hablar de prevención favoreciendo así la forma de aceptación ante las limitaciones que presenta el grupo de estudio, mejorando la calidad de vida.

Los autores del estudio resaltan las aplicaciones de indicadores como un progreso en la gestión de enfermería, que permite el análisis de aspectos relevantes de la asistencia de salud, establece comparaciones objetivas, Implantar el

uso de un cuadro de mando para realizar la gestión y el seguimiento de los objetivos de calidad de los cuidados enfermeros. Instaurar una cultura de evaluación y mejora de la asistencia, a partir el uso de indicadores de calidad en diversos ámbitos. Definió las características de estos trabajos cuyos objetivos fueron establecer sistemas de información específicos de cuidados enfermeros, determinar valores de indicadores de gestión y calidad de cuidados enfermeros, efectuar un seguimiento en el tiempo de la calidad de los cuidados enfermeros.

El sistema de información de calidad ampliaciones y mejora, con un planteamiento abierto de bases de datos anuales de cuidados enfermeros, utilización se tiene en cuenta la resistencia presentada al registro de las actividades enfermeras. Que permite la comprobación en el conocimiento de protocolos por el personal de enfermería y perceptible en el uso de registros. El hecho de que la distribución de indicadores no sea uniforme entre las diversas unidades de enfermería lleva a distorsionar la interpretación en el ámbito hospitalario (4).

Las proyecciones demográficas registran un envejecimiento paulatino de la población, lo que admite mayor utilización de los hospitales por las personas mayores. Los ancianos ingresan con mayor frecuencia en los hospitales, pero en general lo hacen de forma más indicada que las diferentes que las personas más jóvenes por su mayor vulnerabilidad, existencia de comorbilidad, complicaciones intrahospitalarias y el tipo de cuidados que se provee. Y las estrategias aplicables buscan que minimicen el desarrollo de la fragilidad en el anciano, y las intervenciones dirigidas a prevenir las complicaciones de la hospitalización en la población anciana han demostrado reducir la incidencia de resultados adversos en este grupo de población.

Las estrategias de actuación, que es la que se sigue en las unidades geriátricas de agudos y de recuperación funcional, se basa en una serie de principios admitidos en la práctica clínica geriátrica, como son la identificación precoz de los ancianos frágiles con riesgo de deterioro funcional, la planificación del alta desde el ingreso en el hospital, la valoración integral del enfermo con reevaluación periódica durante el ingreso. El mantenimiento de la persona mayor además refiere que estas unidades son los dispositivos

geriátricos que han demostrado el mayor grado de eficiencia en la gestión de los recursos hospitalarios. Todas aquellas actuaciones que estrechen la brecha existente entre la efectividad de las unidades geriátricas de agudo (5).

Por lo que se añade que el estudio es un referente de modelo en la atención al paciente geriátrico se observa además que los indicadores de calidad se tomen en cuenta para la gestión del cuidado al geriátrico. El autor del estudio menciona la necesidad de realizar mediciones de la calidad del cuidado de enfermería con el fin de encontrar las falencias que existan y los vacíos en las prácticas correctas en dicha atención, implementar acciones de mejora continua y facilitar un entorno adecuado que permitan brindar un cuidado integral y de calidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a un servicio de calidad como la satisfacción o insatisfacción del usuario, de las expectativas de la población con respecto al trato que debería recibir, haciendo particular referencia al respeto de los derechos humanos, a la dignidad del paciente y al respeto de su idiosincrasia.

Resalta, además, que los pacientes tienen que decir de la prestación del cuidado de enfermería genera cambios que conlleven a innovaciones en la atención, en búsqueda de la satisfacción del paciente y familia los cuales cada día son más exigentes debido a la transformación del contexto y el sistema de seguridad. A la vez la información recibida beneficia las instituciones que requieren alcanzar estándares de calidad y acreditación. El estudio recomienda el uso del cuestionario de cuidados de enfermería para evaluar la atención recibida de los pacientes por partes de las enfermeras, dadas la consistencia interna y reproducibilidad obtenidas en las dimensiones de experiencia y satisfacción con los cuidados (6).

Por lo que es importante revisar como es la gestión del cuidado en relación al adulto mayor determinado, así como una población vulnerable. La OMS en su informe mundial del envejecimiento indica que, la dinámica de salud de las personas mayores se relaciona con una mayor necesidad de asistencia sanitaria, cabría esperar que con la edad los sistemas de salud sobre el envejecimiento y la salud hiciera un mayor uso de los servicios de salud.

Así mismo, considera que la carga de morbilidad, los deterioros de la capacidad son mayores en los países de ingresos bajos y medianos, también cabría esperar que esta tendencia fuera más acentuada en entornos de bajos recursos. No obstante, los datos indican que no hay una conexión entre la necesidad de atención de la salud el uso de los servicios de salud, tanto en estos entornos, como en subgrupos desfavorecidos de personas mayores en entornos de ingresos altos.

DISCUSIÓN

La OMS define a un trabajador de la salud como “toda persona que lleva a cabo tareas que tienen por principal finalidad promover la salud. Incluye a distintos profesionales de la salud de los sectores público y privado, así como a todo el personal de soporte, cuya principal función consiste en realizar o apoyar actividades de promoción de la salud y prestar atención preventiva, curativa, de rehabilitación y paliativa, transformar al equipo de trabajo para responderá las prioridades del siglo XXI requiere una amplia coalición de trabajadores de la salud de cuidados a largo plazo para colaborar con los socios de la comunidad, las personas mayores sus familiares.

Los servicios que prestan deben responder a las futuras necesidades y expectativas de las personas mayores, para lograrlo, los profesionales de la salud de las distintas disciplinas deben contar con las competencias adecuadas, pero también deben desempeñarse en entornos que adquieran el máximo provecho.

Para este fin tendrán que organizarse en equipos multidisciplinarios y acceder a herramientas que los ayuden a proporcionar una atención integrada de buena calidad que vaya más allá del ámbito de las instituciones de salud incluya la atención en el domicilio para desempeñar las tareas necesarias, los trabajadores sanitarios deberán tener varias competencias clave. Tienen que poder realizar análisis básicos para evaluar el funcionamiento, incluida la visión, la audición, las funciones intelectuales, el estado nutricional y la salud bucal y deben poder tratar enfermedades comunes en las personas mayores, como la fragilidad, la osteoporosis y la artritis. Es necesario que entiendan como suelen manifestarse en las personas mayores la depresión (1).

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador en la norma de atención, las acciones de salud están orientadas a la población adulta mayor deben dirigirse conservar la independencia, a prevenir y rehabilitar la pérdida de la misma y su autonomía, sin descuidar la atención en eventos agudos y cuidados continuos en la recuperación y rehabilitación. Concebido así este escenario, el Ministerio de Salud Pública ha visto necesario edita la norma como un instrumento técnico, científico, ético, legal para estandarizar y reglamentar la asistencia continua y progresiva e integral a las personas adultas mayores, por lo que es de cumplimiento obligatorio y la no aplicabilidad origina sanción por lo que dentro de su contexto detalla.

Artículo 38.- El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; así mismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas.

CONCLUSIÓN

Cuando se trata de gestión del cuidado de acuerdo a los autores es importante que la participación del usuario se tome en cuenta ya que son indicadores que permiten evaluar la calidad del cuidado que a partir de ello se mejora la atención, por otra parte se toma encuentra que la población mayor es vulnerable y con derechos que la constitución lo menciona, la participación del profesional de enfermería en la áreas de atención tiene un rol muy importante a partir de la profesión que es humanista con principios en bien de una atención.

REFERENCIAS

1. Asmet Salud APS *La Hipertension Arterial y sus complicaciones Espana: Elsevier* 2013: 78 <https://www.asmetosalud.org.Co/news/show/title/la-hipertensi-n-arterial-y-sus-complicaciones>
2. OPS OMS ALAD. *Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2* 2013:56.

3. Gutiérrez A, Gutierrez, Y, Carrillo R. Volumen plaquetario medio: el tamaño sí importa *Med Int Mex* 2013; 29:307-310. <https://www.medi-graphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=41860>
4. Álvarez P. Atención integral del adulto mayor. En *Salud, Normas y protocolo de atención integral de los adultos mayores* 2010: 89 https://www.academia.edu/24822111/MSP_Normas_y_protocolos_de_atenci%C3%B3n_integralsaluddelosadultosmayores
5. Amaral A, W. K. Pathophysiology and Current Clinical Management of Preeclampsia. *Curr Hypertens* 2017;19(8): 61.
6. Arroyave J, B. L. Corioamnionitis: un reto diagnóstico. *Rev Facultad Ciencias de la Salud. Universidad del Cauca* 2013:17-24.

LA CALIDAD DEL CUIDADO A PARTIR DE LA ENFERMERÍA.

Lilia Sánchez¹, Eva Mendoza²

¹Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

²Universidad del Zulia.

lilima28@hotmail.es

Resumen. El profesional de enfermería en las instituciones de salud pública y privadas es determinante en relación al cuidado del adulto mayor, los mismo que son brindados en los diferentes niveles de atención, implica la puesta en marcha de acciones integrales, solidarias, que contribuyan a revalorizar el rol de las personas adultas mayores en la sociedad. Analizar la calidad del cuidado a partir de la enfermería. Revisión bibliográfica de textos de las teorías a través de bases de datos como Dialnet, Redalyc. En la atención de salud de calidad, la capacidad profesional contribuye a que se mejore la calidad de los cuidados de enfermería en las instituciones de salud normal. La calidad de la atención en salud que se brinde es de vital importancia en la calidad de vida que tengan los adultos mayores, de ahí lo necesario de evaluar la calidad de la atención en salud dada a las personas de este grupo de edad, para lo que es necesario tener claro qué es la calidad. La calidad es un atributo del que cada persona tiene de su propia concepción, pues depende directamente de intereses, costumbres y nivel educacional entre otros factores. El cuidado de enfermería en rela-

ción a la calidad en la actualidad, es una responsabilidad necesaria de las Instituciones de salud, y del profesional dentro de los escenarios de atención, se encuentra inmerso con exigencia evaluativa que debe ser atendida.

Palabras clave: calidad, enfermería, cuidado.

INTRODUCCIÓN

La Calidad se origina del término griego kalos que significa lo bueno, lo apto y de la palabra latina qualitatem, que significa cualidad o propiedad. Según su significado, cabe decir que la calidad está en función de las expectativas de quien la evalúa. Para Deming es Hacer las cosas bien a la primera y siempre. La calidad tiene como objetivo las necesidades del usuario, presentes y futuras. Según Juran. Es la adecuación al uso. Además, Crosby. Cero defectos. Es la conformidad con las exigencias. Cumplir con los requisitos del usuario. También, para Chiavenato. La Calidad interna: manera como una organización administra la calidad de sus procesos, productos y servicios. Y la Calidad externa: percepción que el cliente, consumidor o usuario tiene respecto del producto o servicio que compra y utiliza. Calidad total es una filosofía de gestión que supone el involucramiento de todos los miembros de la organización en la búsqueda constante de auto superación y perfeccionamiento continuo (1).

Calidad del Cuidado de Enfermería

Forma parte de un factor clave para participar disciplinariamente en la exploración de la práctica en la atención de salud de calidad libre de riesgos, implementa estrategias que refuerzan la identidad profesional contribuye a que se mejore la credibilidad y las organizaciones de los servicios de enfermería en las instituciones de salud fundamentalmente en cuidado que se otorga técnico científico y humanístico que requiere y demanda el usuario (1).

El proceso de salud enfermedad de las personas debe abordarse con políticas públicas que conciben la prestación de un servicio con trato humanizado y pertinente, que responda a las particularidades y expectativas de las personas. Existe la necesidad de reemplazar la tradición que colocan el punto en los altos costos de atención del adulto, por aquellas que motivan la

adopción de concepciones integrales, donde los egresos económicos derivados de la atención en salud se asimilen como una inversión al mejoramiento de la funcionalidad y la autonomía física de la persona contribuyendo a la calidad de vida de los adultos mayores. El objetivo del estudio fue analizar la calidad del cuidado a partir de la enfermería con enfoque promocional y de autocuidado, en el fortalecimiento de la capacidad funcional en adultos mayores (2).

El cuidado de enfermería con calidad incluye: una dimensión ética, que se refiere a los aspectos de la relación interpersonal, es decir, el establecimiento de la empatía y el respeto a la dignidad humana, en contextos culturales diferentes; una dimensión científica y tecnológica, que comprende la prestación del cuidado pertinente; y una dimensión perceptiva, que incluye la capacidad de comprender las potencialidades y necesidades de la persona de cuidado y las formas para satisfacerlas. Ahora, en las instituciones es común encontrar el proceso de cálculo de personal de enfermería gestionado desde la aplicación de indicadores foráneos, con resultados no ajustados al contexto y a las necesidades, lo que genera un desequilibrio entre la demanda de servicios de los sujetos de cuidado y la oferta de personal.

Es aún más grave cuando el desacuerdo no se corrige y el personal tiende a desplazar el cuidado para cumplir con otras funciones administrativas de gestión del servicio, las cuales dejan oculto e invisible el cuidado prestado por el profesional de enfermería.

METODOLOGÍA

Paradigma positivista empírico deductivo
Revisión bibliográfica de textos de las teorías.

RESULTADOS

La calidad de la atención en salud que se brinde es de vital importancia en la calidad de vida que tengan los adultos mayores, de ahí lo necesario de evaluar la calidad de la atención en salud dada a las personas de este grupo de edad, para lo que es necesario tener claro qué es la calidad. La calidad es un atributo del que cada persona tiene de su propia concepción, pues depende directamente de intereses, costumbres y nivel educacional entre otros factores.

La calidad de la atención en salud ha sido definida de diversas maneras. Muchos dependen del contexto concreto en que el término quiera emplearse en el estudio la calidad de la atención es considerada como: el buen desempeño profesional, el uso eficiente de los recursos, garantizar el mínimo de daños, y lograr la satisfacción del paciente y los familiares (2).

En Ecuador, el Sistema Nacional de Salud se ha caracterizado en años anteriores por estar fragmentado, centralizado y desarticulado en la provisión de servicios de salud, con la distinción del enfoque biólogo-curativo en la atención; centrado en la enfermedad y la atención hospitalaria; los programas de salud pública de corte vertical, que limitan la posibilidad de una atención integral e integrada a la población; en la actualidad el Sistema Nacional de Salud debe enfrentar a estos problemas nuevos retos y necesidades que devienen cambios en el perfil demográfico y epidemiológico unido a la consolidación de la articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, así como el fortalecimiento de la capacidad resolutoria de todos los niveles de atención desde los directivos de los hospitales.

Ellos deben disponer de herramientas que les permitan conocer el comportamiento de los parámetros demográficos, epidemiológicos y sociales de la población asignada a las instituciones que dirigen, así como indicadores de la actividad propia del hospital, de manera que una óptima gestión permita la adecuación de las labores asistenciales a las necesidades ciudadanas en el nivel local y en el desarrollo de mecanismos, que aseguren la adecuada calidad de la atención y la eficiencia en la utilización de los recursos. En el marco de las nuevas Reformas de Salud y con el concepto de calidad de atención en el aspecto sanitario se considera necesaria la existencia y el fomento de manera continua y permanente de la cultura de la calidad (3).

La Calidad del cuidado desde la Enfermería, se puede explicar a partir de la concepción que se tenga de la misma, es decir, a veces se piensa que la Enfermería es una ocupación de ayuda y de servicio para el médico, entonces la calidad se mediría en ese sentido, por lo contrario, si se considera que el cuidado es la esencia de Enfermería, el cual se otorga con una meto-

dología científica y enfoques epistemológicos propios de la disciplina para brindar atención a las respuestas humanas de los individuos o grupos de usuarios de su cuidado, entonces la calidad tendrá que ser medida en ese sentido y se estaría contribuyendo al avance científico de Enfermería (4, 5,6).

Balderas, manifiesta que la calidad en el cuidado de enfermería es tratar a los pacientes como ellos necesitan; esforzarse complacerlos; intentar conocer lo que desean y anticiparse a ello; poner todos los conocimientos, la experiencia y la técnica que tengan a su servicio. Asimismo, significa implicar a todo el equipo de salud en este proceso, hacer las cosas de la mejor manera posible.

Respecto a la evaluación de la calidad de la atención de Enfermería, cuando la Subdirección de Enfermería realizó un Informe de la Primera Evaluación, estándares, y se consideraron como reglas de oro para evaluar algunos procedimientos. La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, y la CIE, dieron inicio al desarrollo del proyecto Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería, situación en la que se dieron a conocer diversos indicadores de calidad, los cuales fueron seleccionados por su importancia en el control de riesgos y daños innecesarios al paciente, por ser algunos de los más frecuentes en la práctica diaria y su cumplimiento de la responsabilidad directa del área de enfermería y porque permiten identificar la percepción de los usuarios respecto al trato recibido. Los Indicadores de la Calidad del cuidado en Enfermería que desarrollo (4).

DISCUSIÓN

En la calidad de los cuidados de enfermería, el personal tiene gran relación ya que es el que identifica las necesidades y las expectativas de los usuarios y de ahí de la importancia que la calidad y el cuidado de enfermería tiene su enfoque orientado a la satisfacción que permite cubrir la de atención de las necesidades del usuario por lo que es función del equipo de salud, que cuya responsabilidad recae en el departamento por la que implica, porque que son quienes proveen cuidados directos permanecen por más tiempo como equipo de la salud (5).

Por lo que el cuidado de enfermería en el paciente es fundamental, la satisfacción del mismo, así cuando se señala que las acciones del cuidado son la ejecución de las estrategias de enfermería para alcanzar los resultados deseados. Dichas acciones van a estar dadas a través de los cuidados y satisfacción de las necesidades que la enfermera le brinda al paciente, que dependerá del estado de salud que presente (4).

CONCLUSIÓN

El cuidado de enfermería en relación a la calidad en la actualidad, es una responsabilidad necesaria de las Instituciones de salud, y del profesional dentro de los escenarios de atención, se encuentra inmerso con exigencia evaluativa que debe ser atendida que evidencia las acciones del profesional de enfermería la importancia de la calidad y que la relación con la satisfacción está directamente relacionado con la enfermera dentro de su accionar y su cuidado. De manera que permitan afrontar la demanda responder a las necesidades del individuo que requiere de una atención óptima con una calidad del cuidado seguros (6).

REFERENCIAS

1. **Alvarado A.** Administración mejora continua. México. Elsevier 2012:88.
2. **Batista I.** El análisis de la situación de salud hospitalaria. Med. Electrón 2016; 38(4):4.
3. **García H.** Satisfacción del usuario. Horizonte Sanitario 2008; 7 (3): 76.
4. **Ortega-Suares.** Manual de Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería. México: Panamericana, 2008:90.
5. **Puerta A.** Tiempo requerido de Investig. Enferm. Imagen Desarr 2017:145-159.
6. **Vargas L, Ramírez M, Rodríguez S, Colín L, Barrón D.** Factores Sociodemográficos del Personal. Ciencias de la Salud Rev Especializada en Ciencias de la Salud, 2012; 15 (1):45-53, <https://www.mediagraphic.com/pdfs/vertientes/vre-2012/vre121f.pdf>

CUIDADOS ESPIRITUALES DIRIGIDOS A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD MOTORA.

Vanessa Beloso^{1,2}, Gregoriana Mendoza¹, Ana Graterol^{1,3}, Eva Mendoza¹

¹Escuela de Enfermería, inscrito en la División de investigación Dip-005-2018 aprobado Facultad de Medicina, Universidad del Zulia, ²Hospital Adolfo Pons, ³Hospital Coromoto. Maracaibo, Estado Zulia, República Bolivariana de Venezuela.

vanebeloso@gmail.com

Resumen. El objetivo determinar los efectos de los cuidados espirituales en la calidad de vida de las personas con discapacidad motora. Explicativo, de campo con un diseño experimental puro. La población 50 unidades estudio, muestreo probabilístico azar simple. Observación indirecta tipo cuestionario con escala de actitud tipo likert modificada y la observación directa con código arbitrario; validez de contenido por juicio de tres expertos. Confiabilidad de 0,819 por coeficiente de alfa Cronbach. Análisis estadístico efectuado por el paquete estadístico SPSS 19.0. Medidas de tendencia central y de variabilidad; y la estadística inferencial paramétrica con la t student en 3 comparaciones: intergrupar pretest, intergrupar posttest e intragrupal en el grupo experimental. En el grupo experimental y control antes de los cuidados espirituales se obtuvo una moderada calidad de vida con un promedio en ambos grupos de 2,8; con grado de significancia de 0,802 con la prueba t de Student demostrando su homogeneidad. Después de los cuidados espirituales el grupo control permaneció igual, mientras que en el experimental se obtuvo una categoría de alta calidad de vida con un promedio de 3,59 con grado de significancia de 0,007 con la prueba t de Student demostrando su heterogeneidad; la comparación intragrupal en el grupo experimental arrojó un grado de significancia de 0,006 con la prueba t de Student, evidenciándose las diferencias del antes con el después de los cuidados. Se identificó la calidad de vida de las personas con discapacidad motora antes y después de facilitar los cuidados espirituales; y posteriormente su comparación.

Palabras clave: cuidados espirituales, persona y discapacidad motora.

INTRODUCCIÓN

Toda persona humana en el transcurso de su vida, adquiere capacidades y habilidades que van evolucionando o perfeccionando con el paso del tiempo, el progreso que se produce a lo largo de los meses y años, se puede explicar por el aumento de la capacidad que acompaña al crecimiento-desarrollo y en parte, por ese proceso natural, no dirigido, que se produce por imitación, ensayo, error y libertad de movimiento. La persona humana realiza a diario actividades que a simple vista no tienen ninguna complejidad como correr, caminar, vestirse, comer, saltar, atrapar, o simplemente jugar; pero son éstas acciones las que permiten desenvolverse al ser humano en la sociedad.

En todo el mundo, según la OMS, las personas con discapacidad tienen peores resultados sanitarios, peores resultados académicos, una menor participación económica y unas tasas de pobreza más altas que otros individuos. Para lograr las perspectivas de desarrollo, mejores y más duraderas, se han creado una serie de acciones que tienen como objetivo emancipar a los sujetos que viven con alguna discapacidad y suprimir los obstáculos que les impiden participar en las comunidades, recibir una educación de calidad, encontrar un trabajo digno. Es decir, todas las acciones han estado dirigidas para mejorar la calidad de vida en cuanto a la esfera física, mental, social de las personas con discapacidad, dejando a un lado su esfera espiritual (1).

Todas las personas a diario se pueden preguntar ¿Cuál es su sentido en la vida?, ¿Por qué de sus creencias?, ¿Por qué de la salud?, ¿Por qué de la enfermedad? Realmente son preguntas existenciales que están presentes en todos los hombres y corresponden a la dimensión espiritual la cual es lo intrínseco, la esencia, el ser de la persona, siendo más amplia que la dimensión religiosa; y hace referencia a los valores y actitudes frente a la vida. Según (2), la dimensión espiritual está constituida por la pregunta sobre el sentido de la vida, las creencias de las personas. Son preguntas existenciales, están presentes en todos los hombres y hace referencia a los valores

y actitudes frente a la vida. Mientras que la palabra espiritual se refiere a aquellos aspectos de la vida humana que tienen que ver con experiencias que trascienden los fenómenos sensoriales.

El aspecto espiritual de la vida humana puede ser visto como un componente integrado por los componentes físicos, psicológicos y sociales. Por tanto, la esencia de la persona permanece en el tiempo aun en una situación de discapacidad; sin embargo, podría experimentar sufrimiento espiritual y sentirse excluido socialmente: familia, escuela, comunidad, entorno laboral. En Venezuela, en referencia a la discapacidad, según el Instituto Nacional de Estadística (3), el 6% de la población general la padece; de éstas cifras el 0.9% padece de discapacidad motora; en las últimas dos décadas se ha originado un programa con una estructura de servicios de medicina física y rehabilitación inserto en el sistema de salud nacional. Las acciones hasta ahora desarrolladas han estado dirigidas más al diagnóstico y tratamiento de la deficiencia, que a la discapacidad misma.

El gran impacto que sufren esas personas según (4), altera su calidad de vida, en cuanto al funcionamiento físico, social, mental, ecológico y espiritual; por lo que el hombre como ser holístico se ve afectado en todas sus esferas. La discapacidad es compleja y las intervenciones para superar las desventajas asociadas a ella son múltiples, sistémicas y varían según el contexto. Es por ello que se pregunta ¿los cuidados espirituales podrían ser una alternativa de intervención para promover la calidad de vida de las personas con discapacidad motora? ¿Con los cuidados espirituales se realzaría la persona en su ser intrínseco? ¿Los cuidados espirituales conducirán a la aceptación de su condición de persona con discapacidad? ¿Los cuidados espirituales conducirían a relaciones interpersonales con fluidez hacia la familia, la comunidad y la sociedad?

Todo lo antes planteado, da sustento y apoyo a la necesidad de ofrecer un sistema de apoyo basado en los cuidados espirituales para ayudar a las personas con discapacidad motora a vivir activamente y con herramientas para seguir el resto de su vida. El objetivo general fue: Determinar los efectos de los cuidados espirituales en la calidad de vida de las personas con discapacidad motora.

Cuidados Espirituales

En relación a los cuidados espirituales, es importante conocer la raíz de la espiritualidad se debe remontar al siglo IV a.C., (427-347 a.C.) donde Platón fue el primero que quiso exponer el carácter inmaterial del alma como garantía de su inmortalidad; según él existe una unión entre el alma y el cuerpo; articulada en funciones diversas. Platón vio la necesidad de introducir una visión compuesta del alma humana; además de una parte racional, el alma humana poseería también una parte irracional-concupiscible (deseo, pasión) y otra irascible (irritabilidad, colérico), tendente por naturaleza a colaborar con la razón. Platón entiende que no existe sólo el conocimiento teórico, el saber en sus diversos niveles, sino también el peculiar razonamiento que guía el actuar del hombre, que para ser recto debe lograr armonizar las diversas partes del alma humana, la razón con los impulsos (4).

En esta investigación es pertinente el fundamento teórico sobre los cuidados espirituales desarrollados por Mendoza, los cuales son un conjunto de enunciados epistémicos caracterizados por sistematicidad sobre el ser, el sentido del ser, la existencia; es decir, buscar lo que se muestra y como se muestra en la conciencia de la persona humana sobre la vida, el continuo salud-enfermedad; basados en un plan de acciones personalizadas utilizando tres momentos en su aplicación (3).

Un primer momento, la identificación de las necesidades espirituales; un segundo momento, la identificación de los diagnósticos espirituales: el sufrimiento espiritual, la ansiedad ante la muerte y la desesperanza espiritual. Así mismo, los diagnósticos están relacionados con el ser y la nulidad, el “ser-ahí”, “ser-con” categorías expuestas por Heidegger. Por último, un tercer momento en la planificación educativa, el apoyo y la relación terapéutica con incorporación de las realidades antropológicas de la persona humana: la inmanencia, la transcendencia, ser para la comunión, ser espiritual; la respuesta filosófica y antropológica teológica (5).

Calidad de Vida

El término calidad de vida es muy amplio, por lo que es conveniente delimitarlo desde una perspectiva semántica. El término Calidad, lo definen como conducir a pensar en excelencia o

en un criterio de exquisitez asociado a características humanas y a valores positivos, como la felicidad, el éxito, la riqueza, la salud o la satisfacción; por otra parte, indica que el concepto hace referencia a la esencia o a aspectos fundamentales de la existencia humana (6).

La calidad de vida, es un concepto multidimensional que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y en el empleo, así como situación económica. Es por ello que la calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del sentirse bien. En el área médica el enfoque de calidad de vida se limita a la relacionada con la salud. Este término permite distinguirla de otros factores y está principalmente relacionado con la propia enfermedad o con los efectos del tratamiento (5,6).

Al respecto de la calidad de vida de las personas con discapacidad, se teoriza sobre el concepto de discapacidad, el cual ha evolucionado desde perspectivas individuales y deficitarias hacia posiciones contextuales y sociales. Se plantea la discapacidad como el resultado de una interacción entre las limitaciones y las capacidades de la persona, por una parte; y los apoyos disponibles en su entorno, por otra (3).

En el mismo sentido, se plantea ocho dimensiones centrales que constituyen una vida de calidad: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. Todas y cada una de estas ocho dimensiones tienen posibilidad de mejora en cualquier persona, independientemente de que les acompañe o no la condición de discapacidad (3).

METODOLOGÍA

La investigación tiene como objetivo determinar los efectos de los cuidados espirituales en la calidad de vida de las personas con discapacidad motora, de allí que fue un estudio experimental con nivel explicativo, modelo experimental de campo y diseño experimental puro con pretest y posttest en el grupo experimental y gru-

po control. La población de estudio comprendió a 50 personas con discapacidad motora que asisten a la Asociación Deportiva sobre Silla de Ruedas del estado Zulia (ADECUSIR), del Municipio Maracaibo y del Municipio San Francisco.

RESULTADOS

En esta sección se describieron los resultados hallados luego de aplicar el instrumento, producto del cumplimiento de los objetivos general y específico. En primer orden, se muestran los resultados arrojados del pretest y posttest de grupo experimental y control, en tablas que incluyen la media aritmética como medida de tendencia central y la desviación estándar como medida de variabilidad; evaluadas a través de un cuestionario por entrevista personal. Por ser un estudio experimental puro se trabajó la variable independiente cuidados espirituales (X) y midiéndose sus efectos en la variable dependiente calidad de vida de las personas con discapacidad motora (Y).

Se pudo notar que las tendencias de presencia de calidad de vida de las personas con discapacidad en el grupo experimental estuvieron entre alta, moderadas y bajas. Al realizar el análisis de las medias aritméticas de las dimensiones, se observó que, el mayor promedio de presencia en los sujetos del grupo experimental fue en la dimensión bienestar emocional 4,07 seguido de las dimensiones con promedio moderado: relación interpersonal, desarrollo personal, autodeterminación, derechos e inclusión social con promedios que oscilan entre 2,98 a 2,52.

Por último, las dimensiones con bajo promedio bienestar material y bienestar físico con valores que varían entre 2,37 y 1,97. Notándose que, aunque la dimensión emocional este con una media alta no equivale a una alta calidad de vida puesto que las demás dimensiones se presentaron con medias entre moderadas y bajas. Así mismo, se observa que en el grupo control la mayoría de las dimensiones se observaron con promedios moderados que varían entre 3,22 y 2,37. Solo la dimensión bienestar material se observó con una media aritmética baja de valor 2,37.

De igual forma las tendencias de presencia de calidad de vida de las personas con discapaci-

dad en el grupo experimental posttest se encuentran todas en la categoría alta, con un promedio de $3,3$ a $3,7 \pm 0,2$ a $0,4$; lo que demuestra el efecto del programa de cuidados espirituales obteniéndose diferencias altamente significativas. Así mismo, se observó que en el grupo control las dimensiones: bienestar emocional, relación interpersonal, desarrollo personal, bienestar físico, auto-determinación, inclusión social, y derechos; obtuvieron promedios moderados que oscilaron entre $2,6$ a $3,2 \pm 0,4$ a $0,8$; y la dimensión bienestar material se observó dentro de la categoría baja con un promedio de $2,3 \pm 0,9$. Lo que demuestra que no hubo variación de las dimensiones en el posttest con respecto al pretest.

DISCUSIÓN

Al aplicar la estadística paramétrica con la prueba t de Student, posterior a la aplicación del tratamiento cuidados espirituales, el grado de significancia fue de 0,007 en la comparación intergrupala (grupo experimental y control) lo que demuestra que hubo diferencias entre sí de manera significativa, respecto a sus medias en la variable calidad de vida de las personas con discapacidad motora, son heterogéneos.

Al aplicar la prueba t de Student, para la comparación intragrupala (grupo experimental) antes y después a la aplicación del tratamiento cuidados espirituales, el grado de significancia fue 0,006 lo que demuestra que hubo diferencias entre las dos observaciones de manera significativa, respecto a sus medias en la variable calidad de vida, lo que indica que, los cuidados espirituales que se dieron por 7, generaron efecto en las dimensiones bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos, rechazando la H_0 y aceptando la hipótesis de la investigación; por ello se constata que con la aplicación de los cuidados espirituales, se mejoró la calidad de vida de las personas con discapacidad motora.

REFERENCIAS

1. **Mendoza G.** Cuidados espirituales como innovación educativa. EAE Academia Española 2012:98.
2. **Muntaner J, Forteza D, Rosselló M, Verger S, Begoña D.** Estándares e indicadores para anali-

- zar la calidad de vida del alumnado con discapacidad en su proceso educativo. Del'edició: universitat de les illes balears 2010: 76.
3. Schalock R. Prólogo al libro Como mejorar la calidad de vida, en *Siglo Cero* 2006; 218:5-8 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4210174>.
 4. Schalock R, Verdugo M. Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales 2003:98 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4210174>.
 5. Alianza M. Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación. Amarú 2006: 87 https://www.researchgate.net/profile/Miguel_Verdugo/publication/257303804_Estrategias_de_evaluacion_para_mejorar_la_calidad_de_vida_de_las_personas_con_discapacidad_Assessment_strategies_t
 6. Yarza I. Platón. Philosophica: Enciclopedia filosófica on line 2004:8035-8326. <http://www.philosophica.info/voeces/platon/Platon.html>

CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES CON FACTORES DE RIESGO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

María Quijije¹, Mery Guerra²

¹Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí
Facultad de Enfermería.

² Universidad del Zulia.
mariagusta-29@hotmail.com

Resumen. El embarazo en adolescentes continúa siendo un problema de salud pública, si a esto se agrega la posibilidad de que se presenten complicaciones y consecuencias fatales para la madre y su hijo. El objetivo fue describir las características sociodemográficas de las embarazadas adolescentes con factores de riesgo de hipertensión arterial. La información fue presentada de manera descriptiva, pertenecientes a bases científicas de reconocimiento internacional, cuyos estudios haya sido de gran impacto. Según la OMS 2014 las muertes maternas se relacionan a trastornos hipertensivos pero estos fenómenos pudieran evitarse al detectarse precozmente y se prestara atención oportuna. En tal sentido Bello y col 2016 reporta “Hay complicaciones más o menos maneja-

bles, pero en algunos casos pueden perder la vida no solo por la hemorragia sino por la hipertensión, que es bastante frecuente en la adolescencia. En un estudio realizado por IMSS 2012 entre los factores de riesgo están antecedentes de preeclampsia, IMC mayor a 35kg/m², preeclampsia en embarazos previos, primigesta, embarazo múltiple. Según Álvarez y col. (2011), la morbilidad materna extremadamente grave emerge como alternativa a la investigación de las muertes maternas, facilitando la oportunidad de identificar los riesgos presentes en las embarazadas. La importancia de aplicar cuidados de enfermería a través de un programa preventivo, permitirá contribuir a disminuir la prevalencia de embarazadas adolescentes con factores de riesgo de hipertensión arterial.

Palabras clave: Embarazo en adolescente, factores de riesgo, hipertensión arterial.

INTRODUCCIÓN

Se considera el embarazo en adolescentes un problema de salud pública, si a esto se agrega la posibilidad de que se presenten complicaciones durante el mismo que puedan tener consecuencias fatales para la madre y su hijo, el problema es aún más grave. La morbimortalidad materna, según lo expresado por el autor representa un problema de salud pública. En lo específico, los trastornos hipertensivos del embarazo, entre los que se pueden mencionar principalmente tanto a la preeclampsia como a la eclampsia, son una causa importante de morbilidad grave, discapacidad crónica y muerte entre las madres, los fetos y los recién nacidos (1).

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud señala que: “en Asia y África, el 10% de las defunciones maternas están relacionadas con trastornos hipertensivos del embarazo, mientras que, en América Latina, casi el 25% de las muertes maternas se relacionan con esas complicaciones”. Sin embargo, la mayoría de las muertes pudieran evitarse si estas complicaciones son detectadas precozmente y se presta atención oportuna y eficaz (2).

Ahora bien, en el grupo poblacional de las adolescentes la Organización Mundial de la Salud indica que la tasa media de natalidad mundial entre los 15 y los 19 años es de 49 nacimientos por cada 1.000 adolescentes. Las tasas

nacionales oscilan de 1 a 299 por cada 1000, siendo las más altas las del África Subsahariana. Así mismo, el embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que ocasionan mortalidad materna e infantil, al igual que favorece la perpetuación del círculo vicioso de enfermedad y pobreza (2).

A ello se suma lo reportado por el autor según lo cual las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo. Aunque esto de por sí ya es preocupante, hay que agregar que anualmente alrededor de un millón de adolescentes menores de 15 años se convierten en madres (3).

A nivel social como imaginario, las adolescentes embarazadas sufren de discriminación y vergüenza social, pero tal vez la consecuencia más grave se relaciona con la muerte de estas jóvenes madres y la de sus hijos. En la adolescente la muerte es ocasionada por las complicaciones durante el embarazo, y en el niño la alta mortalidad durante el primer año de vida se vincula con la inexactitud de preparación de la madre para suplir sus necesidades (4).

El embarazo representa para la mujer una situación caracterizada por múltiples cambios biológicos, emocionales, sociales. Por lo tanto, el equipo de salud debe acompañarla, asesorarla, y brindarle los cuidados que su estado amerita para que el curso de este, así como su desenlace, no represente un riesgo para la salud de la madre ni de su hijo evitando las consecuencias que pudieran provocar alguna alteración de la salud. El objetivo fue describir las características sociodemográficas de las embarazadas adolescentes con factores de riesgo de hipertensión arterial; para detectar precozmente ese factor de riesgo y evitar o minimizar la morbimortalidad a través de un programa de prevención.

METODOLOGÍA

Empírico inductivo positivista La información fue presentada de manera descriptiva, pertenecientes a bases científicas de reconocimiento internacional, cuyos estudios haya sido de gran impacto.

RESULTADOS

Embarazo

El embarazo es un periodo de vital importancia, tremendamente complejo, donde confluyen de forma armónica los tres conceptos previos, donde el futuro ser, además de incrementar la masa celular, se desarrolla y madura morfológicamente para adquirir de forma progresiva capacidades funcionales. En el embarazo confluyen multitud de factores que implican que la vida de un futuro ser fracase o se desarrolle con total o parcial éxito (5). Así mismo, representa para la mujer una situación caracterizada por múltiples cambios biológicos, emocionales, sociales. Por lo tanto, el equipo de salud debe acompañarla, asesorarla y brindarle los cuidados que su estado amerita para que el curso de este, así como su desenlace, no represente un riesgo para la salud de la madre ni de su hijo evitando las consecuencias que pudieran provocar alguna alteración de la salud.

Embarazo en la Adolescente

El embarazo en la adolescencia, se define como aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años. La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 ó 6 días después de la fecundación, entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación. Por otro lado, la gestante joven se enfrenta a las inquietudes propias del embarazo, cambios en el aspecto físico, mayores responsabilidades; sin embargo, no tiene la capacidad de priorizar problemas o soluciones, puesto que psicológicamente aún continúa en la etapa de adolescencia, con una responsabilidad mayor. La falta de organización es común en esta etapa por lo que la ayuda psicológica y la comunicación intrafamiliar contribuirá un aspecto positivo para enfrentar esta situación.

Factores de Riesgo

Entre los factores de riesgo para preeclampsia se encuentran los antecedentes de hipertensión, índice de masa corporal por encima de 35 kg/m², preeclampsia en embarazos previos, primigesta, embarazo múltiple, entre otros. Los datos relacionados con estos aspectos deben generar una señal de alarma y redoblar los esfuerzos para prevenir una posible complicación asociada con la hipertensión arterial (6).

El Ministerio de Salud del Ecuador (6), clasifica las embarazadas con riesgo de trastornos hipertensivos de la siguiente manera:

Factor de riesgo alto: Trastorno hipertensivo en embarazo anterior (incluyendo preeclampsia); Enfermedad renal crónica; Enfermedad autoinmune como lupus eritematoso sistémico, trombofilias o síndrome antifosfolípido; Diabetes mellitus tipo 1 y 2; Hipertensión crónica.

Factor de riesgo moderado: Primer embarazo; IMC 25; Edad materna igual o mayor de 40 años; Embarazo adolescente; Condiciones que lleven a hiperplacentación (por ejemplo, placenta grande por embarazo múltiple); Intervalo intergenésico mayor a 10 años; Antecedentes familiares de preeclampsia; Infección de vías urinarias; Enfermedad periodontal.

Las complicaciones más frecuentes que se pueden dar durante el embarazo son:

Bajo peso al nacer.- Esto sucede cuando el bebé pesa menos de 5 libras y 8 onzas. La alta presión puede constreñir los vasos sanguíneos del útero (matriz). Es posible que su bebé no reciba suficiente oxígeno y nutrientes, lo cual hace que crezca más lentamente.

Parto prematuro.- Es el parto que sucede demasiado temprano; es decir, antes de completar las 37 semanas de embarazo. Incluso con tratamiento, la embarazada con hipertensión arterial grave o preeclampsia quizás deba tener al bebé temprano para evitar serios problemas de salud para ella y su bebé.

Desprendimiento de la placenta.- La placenta se desprende de la pared del útero antes del nacimiento. Puede separarse parcial o completamente. Si esto sucede, es posible que su bebé no reciba suficiente oxígeno y nutrientes. El sangrado vaginal es el síntoma más común del desprendimiento de la placenta después de las 20 semanas de embarazo. Si tiene sangrado

vaginal durante el embarazo, comuníquese con su profesional de la salud de inmediato.

Morbimortalidad Materna

La morbilidad materna extremadamente grave, conocida por las siglas MMEG, es la complicación grave que ocurre durante el embarazo, el parto y/o el puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte. Emerge como complemento o alternativa a la investigación de las muertes maternas, en particular aquellos casos con mayor compromiso del estado de salud de la gestante, dentro del espectro de la morbilidad. Cada día se presenta con mayor frecuencia y su análisis facilita la oportunidad de identificar los riesgos presentes en las gestantes durante el embarazo, el parto y el puerperio.

La morbilidad materna extremadamente grave (MMEG) es un indicador muy asociado a la muerte materna, por ser un estadio intermedio entre la totalidad de los casos y puede ser utilizado como una medida de evaluación de los programas maternos a nivel poblacional o para realizar estudios de casos, pues con el manejo de aquellos que evolucionaron favorablemente después de la gravedad extrema, se pueden evitar nuevos casos de muerte materna. Actualmente se considera el indicador de la calidad de los cuidados maternos (2).

DISCUSIÓN

El Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Nola Pender, es ampliamente utilizado por los profesionales de enfermería, ya que permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud, y a su vez, orienta hacia la generación de conductas saludables (2,7). Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción (2,8).

El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis com-

prables. Con la implementación de un programa educativo a través de la teoría de la promoción de la salud se quiere lograr que la adolescente embarazada asuma su responsabilidad de su salud y la de su hijo de tal manera que realice cambios de conducta saludables y conjuntamente la concientización sobre tal responsabilidad. El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. Hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay personas más saludables, se eroga menos recursos, contribuyendo a la independencia a la gente y se mejora hacia el futuro (9).

CONCLUSIÓN

El embarazo adolescente continúa siendo un problema de salud pública y si a eso se le suma los riesgos obstétricos que pueda tener la gestante en su etapa prenatal; resulta preocupante. La actitud de la gestante adolescente se influye por la etapa de vida por la que está cursando y, necesita el apoyo de la familia, del equipo médico, de su pareja es decir un equipo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida. La constante relación con el paciente es fundamental y, por ello, es necesario establecer una asistencia integral en el momento de ofertar los cuidados. El embarazo adolescente continúa incrementándose en la población y en ciertos casos las jóvenes se han visto afectadas por diversos factores que si no son detectados y prevenidos a tiempo podrían llegar a tener consecuencias graves y en otros casos terminarían modificando las condiciones de salud.

REFERENCIAS

1. Álvarez Á, Salvador Á, López R, Rodríguez G, Carbonell I, Pérez R. Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual, Rev Cubana de Higiene y Epidemiol 2011;49 (3):420-433 <http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v49n3/hie10311.pdf>
2. Aristizábal G, Blanco D, Sánchez A, Ostigüin R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Enferm. Univ 2011; 8 (40): 16-23 http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003
3. Bello L, Domínguez E, Mera G. El embarazo en las adolescentes estudiantes del cantón Manta. Dom. Cien 2016; 2(4): 40-50: ISSN 2477-8818 Dialnet-el embarazo en las adolescentes estudiantes del cantonman-5761626.pdf
4. Di Cesare M. Fecundidad adolescente en los países desarrollados: niveles, tendencias y políticas. Santiago de Chile: CEPAL-Naciones Unidas 2015:90.
5. Duley L. The global impact of preeclampsia and eclampsia. *Seminars in Perinatology* 2009;33 (3):130-137.
6. Meiriño J, Vásquez M, Simonetti C, Palacio M. El cuidado. México Panamericana 2012:65.
7. Menéndez G, Cabrera I, Hidalgo Y, Castellanos J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente España: Elsevier, 2012:45.
8. Organización Mundial de la Salud. El embarazo en la adolescencia. Ginebra: OMS, 2014:87.
9. Ruiz M, Miller T, Márquez L, Villarroel M. Hacia la armonización de las estimaciones de mortalidad materna en América Latina. Actualización y ampliación a los 20 países de la región. Santiago de Chile: CEPAL 2015:45.

MODELO EDUCATIVO PARA PREVENIR COMPLICACIONES DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN UNA COMUNIDAD DE CÁRCEL MONTECRISTI-ECUADOR.

Ángela Pico¹, Leobardo Barrera²

¹Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

²Universidad del Zulia.
angelapico@hotmail.es

Resumen. Modelo educativo es una Guía de Práctica Clínica para el manejo y tratamiento oportuno para evitar o retardar la aparición de complicaciones de la hipertensión arterial. Demostrar si un modelo educativo preventivo puede disminuir las complicaciones en pacientes adultos con Hipertensión Arterial en la población de Cárcel Montecristi-Ecuador. Enmarcado en el paradigma neopositivista empírico deductivo se realizó una revisión bibliográfica. Según la Organización Mundial de la Salud en el Ecuador, las enfermedades hipertensivas, las enfermedades cerebrovasculares y la enfermedad isquémica del corazón, en conjunto en el año 2011, fueron causa de 10 325 muertes, 16,6% del total de muertes en todos los grupos de

edad, los estudios han demostrado que para disminuir las complicaciones de la Hipertensión Arterial hay que minimizar los factores de riesgos modificables como estilo de vida, ambientales, socioeconómicos e incrementar el ejercicio físico al menos 30 minutos diario como una terapia. La disminución de las complicaciones de esta patología tiene como finalidad, elevar el cuidado y atención socio-familiar a los grupos de personas diagnosticados con hipertensión arterial, para promover el acercamiento en este ambiente que debe repercutir en un mayor control de atención médica, estabilidad emocional y autoestima, así como también la participación de este grupo en el ambiente laboral.

Palabras clave: Modelo educativo, hipertensión arterial, y complicaciones.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una presión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos, que llevan la sangre a todas las partes del cuerpo. La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanta más alta es la presión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear. La presión arterial normal en adultos es de 120 mm Hg cuando el corazón late (presión sistólica) y de 80 mm Hg cuando el corazón se relaja (presión diastólica). Cuando la presión sistólica es igual o superior a 140 mm Hg y/o la presión diastólica es igual o superior a 90 mm Hg, la presión arterial se considera alta o elevada (1).

Se considera que una de cada tres personas en el mundo tiene hipertensión arterial (HTA) y que un tercio de éstas lo desconoce. A nivel mundial, las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total. Entre ellas, las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9,4 millones de muertes. La hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías, y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular (1).

En los vasos sanguíneos, la presión alta puede provocar dilataciones (aneurismas) y zonas de debilidad en la pared vascular, lo que au-

menta las probabilidades de obstrucción y rotura. La presión en los vasos sanguíneos también puede causar fugas de sangre hacia el cerebro y esto puede causar accidentes cerebrovasculares. Además, la hipertensión puede causar insuficiencia renal, ceguera, rotura de los vasos sanguíneos y deterioro cognitivo.

El sistema sanguíneo en el cuerpo humano está compuesto por una red de arterias, venas y vasos sanguíneos por donde circula la sangre bombeada por el corazón. Mediante la circulación de la sangre, se transportan los nutrientes y el oxígeno necesario hacia cada uno de los órganos corporales para mantener saludables. Cualquier variación en la correcta circulación podría incidir en el funcionamiento de cualquier parte del organismo. En América Latina, el país con la mayor prevalencia de hipertensión es el Ecuador y la primera causa de muerte es la enfermedad cardiovascular secundaria. Un 46% de la población ecuatoriana tiene hipertensión arterial y, solamente un 15% de la población sabe que es hipertensa y tiene un control adecuado de sus cifras de presión arterial (2).

Para controlar la enfermedad cardiovascular secundaria primero hay que controlar la primaria que es el hipercolesterolemia. Según la Organización Mundial de la Salud en el Ecuador, las enfermedades hipertensivas, las enfermedades cerebrovasculares y la enfermedad isquémica del corazón, en conjunto en el año 2011, fueron causa de 10 325 muertes, 16,6% del total de muertes en todos los grupos de edad (3).

En Ecuador hubo 4.386 muertes por enfermedades hipertensivas, con una tasa de 28.70 por cada mil personas (INEC, 2011). Así mismo, estudios poblacionales permitieron determinar la prevalencia de la HTA en Ecuador reportándose en 28,7%, con una relación directa de la presión arterial con la edad, demostrando que el 60% de individuos con más de 65 años presentan HTA, además los antecedentes familiares incrementan aproximadamente el 25% de probabilidad de desarrollar la enfermedad en alguna etapa de su vida equilibrio diario. Las enfermedades hipertensivas son la segunda causa de defunción para las mujeres y tercera para los hombres (4).

La diabetes, la hipertensión, las enfermedades cerebro-vasculares y las enfermedades isquémicas del corazón, estuvieron entre las principales

causas de muerte en el 2013, de acuerdo con cifras del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (4). En conjunto, estas enfermedades produjeron la muerte de 15.393 personas, es decir, de 42 ecuatorianos cada día. De acuerdo a datos presentados por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en la Zona 4 Ecuador-Manabí -Santo Domingo, según el mismo reporte, el 32% de la población ha sido diagnosticada con hipertensión arterial y de este total el 20% se mantiene con alimentos y medicina natural para tratar su presión arterial elevada (5), el objetivo fue demostrar si un modelo educativo preventivo puede disminuir las complicaciones en pacientes adultos con Hipertensión Arterial en la población de Cárcel Montecristi-Ecuador para mejorar el estilo de vida y la salud de dichos pacientes.

METODOLOGÍA

Enmarcado en el paradigma neopositivista empírico deductivo no experimental observacional se realizó una revisión bibliográfica.

RESULTADOS

Principales Complicaciones de la Hipertensión Arterial.

Los principales órganos a los que afecta la hipertensión arterial son el corazón, los riñones, el cerebro y las arterias. En el corazón, la HTA es el principal factor de riesgo para enfermedades como la angina de pecho o el infarto de miocardio. Y en cuanto a las arterias, la hipertensión provoca el deterioro de éstas provocando endurecimiento y estrecheces que pueden originar un déficit en el riego de los distintos órganos.

Entre las complicaciones más relevantes se encuentran: Aterosclerosis y Endurecimiento de las Arterias.

Esto sucede cuando los vasos sanguíneos están sujetos a un aumento de presión mantenido, responden engrosándose, lo que los hace menos flexibles. En estas arterias tíasas se fijan con facilidad las grasas que circulan en exceso en la sangre. Esto exagera la HTA y causa aún más daño sobre los vasos sanguíneos.

Enfermedad Coronaria

Cuando la arteriosclerosis afecta a los vasos que alimentan el músculo del corazón (los llamados vasos coronarios), el corazón se ve

obligado a trabajar más para mantener el flujo sanguíneo en los tejidos. En algunos casos lo hace aumentando de tamaño, haciéndose más rígido y menos eficaz (6).

Enfermedad Cerebrovascular

Cuando la arteriosclerosis afecta a los vasos del cerebro, puede ocurrir un bloqueo de sangre a alguna parte del cerebro por una estrechez o un coágulo (trombosis cerebral), o una rotura de un vaso (hemorragia cerebral). Todo ello es mucho más frecuente en hipertensos, y el riesgo disminuye al tratar la HTA.

Ruptura de los Vasos Sanguíneos Ocular. Esto puede resultar en pérdida de la visión.

Falla Renal

La quinta parte de la sangre bombeada por el corazón va a los riñones. Estos filtran los productos de deshecho y ayudan a mantener los valores químicos adecuados. También controlan el balance de ácidos, sales, y agua. Los riñones son especialmente sensibles a las variaciones en el flujo sanguíneo que resultan de la hipertensión arterial y de sus complicaciones. No pueden funcionar bien si el flujo es poco, así que el flujo bajo hace que cierren todas las arterias del cuerpo, subiendo la tensión arterial en un intento de restaurar este flujo renal. Sin embargo, lo que se produce es un círculo vicioso que termina en más hipertensión arterial y mal función renal, hasta llegar al fallo renal, que conlleva a insuficiencia renal crónica terminal el paciente requerirá de diálisis para suplir el trabajo del riñón (7).

Factores de Riesgo Modificables

Son altas tasas de prevalencia de la hipertensión, los factores de riesgo modificable que influyen son: estrés, psicológico, estilo de vida, los determinantes socioeconómicos, sobrepeso y obesidad (7).

DISCUSIÓN

El Modelo Educativo es una estrategia para prevenir las complicaciones de HTA que se pondrá en acción cuyo objetivo es mejorar o cambiar un contexto socio e intercultural determinado, bajo expresiones singulares de la voluntad y/o el deseo del sujeto o de los sujetos y/o de las instituciones que inciden multifactorialmente en él. Se ha demostrado en los últimos años la

utilidad de las medidas no farmacológicas en el contexto del tratamiento de la HTA. Esta utilidad, que algunos autores ponían en duda, se ha demostrado que es eficaz para disminuir complicaciones por la patología. La opinión mayoritaria es que dichas medidas han de constituir la base del tratamiento, sin el perjuicio del uso de fármacos hipotensores. El efecto hipotensor de las medidas no farmacológicas será proporcional al grado de adherencia a las mismas por parte del hipertenso (6,7).

El Ejercicio Físico Según Beltrán, vocal de la sección de riesgo cardiovascular y rehabilitación cardíaca de la Sociedad Española de Cardiología, la clave de los ejercicios está en que sea de una intensidad moderada, que sea constante y que previamente se haya supervisado por un especialista. “En el caso de las personas con hipertensión, que no sufran insuficiencia cardíaca, lo ideal es que realicen ejercicios de esfuerzo moderado, como andar a buen ritmo, de tres a cinco días a la semana y en intervalos de media hora a una hora” (7).

Dieta o Alimentación Diaria La dieta DASH consiste en aumentar el consumo de frutas, vegetales y lácteos descremados, incluyendo granos enteros, pollo, pescado, semillas y reducir la ingesta de carnes rojas, grasas, y dulces con el fin de disminuir la presión arterial. Esto permite que la dieta sea rica en potasio, magnesio, calcio, fibra y sea reducida la grasa total, grasa saturada y colesterol de esta manera evitamos la obesidad también ayuda no consumir alta ingesta de sal y de alcohol. Estos últimos son factores de riesgo que aumentan las complicaciones de la hipertensión arterial.

CONCLUSIÓN

De acuerdo a revisiones científicas se identifican bases conceptuales de la HTA, brindando un conjunto de bibliografías de esta enfermedad que es considerada un problema de salud pública mundial, una enfermedad crónica no transmisible que causa complicaciones cuando no es tratada adecuadamente, lo cual puede cambiar la vida de las personas que la padecen y para el país y el mundo es la primera causa de muerte.

REFERENCIAS

1. OMS. Informe Mundial de envejecimiento y salud. Estados Unidos de América. Publicaciones de la Organización Mundial de la Salud 2015: 98.
2. OPS. Conjunto de acciones para la reducción multifactorial de enfermedades no transmisibles, 2002:87.
3. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la diabetes. Ginebra, 2016:98.
4. Clavijo M, Romero F, Paniagua M. Cuidado transpersonal: humanizando el ser y quehacer del enfermero en formación, Medwave 2016; 16(6):e6505. Doi: 10.5867/medwave. 2016.06.6505.
5. Phillips C. Risk of recurrent spontaneous preterm birth: a systematic review and meta-analysis. Rev Open 2017:1-6.
6. Popper C. Teoría del Autocuidado. España. Elsevier, 2011:87.
7. Quintero B. Ética del cuidado humano bajo los enfoques de Milton Mayeroff y Jean Watson. Ciencia y Sociedad 2001;26 (1): 16-26.

PLANIFICACIÓN MICROCURRICULAR DESDE LAS ASIGNATURAS TEÓRICAS PRÁCTICAS Y SU VINCULACIÓN CON LAS TEORIZANTES DE ENFERMERÍA.

María Vera Márquez¹, Esther Urdaneta²

¹Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera Enfermería Universidad Técnica de Babahoyo, Los Ríos -Ecuador.

²Facultad de Medicina, Profesor Agregado. Escuela Enfermería, Universidad del Zulia, Maracaibo-Venezuela.

M_vera_2008@hotmail.com
eurdaneta02@gmail.com

Resumen. La presente investigación tuvo como objetivo investigar la inclusión y utilización teórico-práctica de las diferentes teorías de enfermería, ligadas al Proceso de Atención de enfermería, a través de los contenidos de las asignaturas profesionalizantes (orientadas al conocimiento del campo de estudio y las áreas de actuación de la carrera), para verificar su nivel de inserción en la planificación y transferencia de conocimientos al estudiante. Se tipificó como descriptiva, de campo, no experimental,

transversal. La muestra estuvo constituida por 29 docentes de las asignaturas profesionalizantes de la Universidad de Babahoyo. Se diseñaron 2 instrumentos de recolección de datos (Ficha de registro de Sílabos y Pretest a los docentes). Los resultados evidencian que solo una (1) asignatura, incluye las teorizantes tanto de rango alto como de rango medio, pero solamente en el aspecto teórico más no en las prácticas clínicas. Dos (2) asignaturas incluyen las teorizantes de rango medio, pero solamente en la teoría, mas no en prácticas clínicas. El (75%), no utilizan las teorizantes de enfermería ni las del rango alto, ni las de rango medio. Los docentes manifestaron dominio medio del proceso de atención de enfermería, la utilización de las diversas teorías y teorizantes, lo que contradice lo verificado en los sílabos y en las guías prácticas.

Palabras clave: planificación microcurricular, asignaturas profesionalizantes, teorías de enfermería.

INTRODUCCIÓN

La formación académica de enfermería a nivel de universidad tiene su vinculación en la década de los treinta del siglo XX en América Latina, con procesos de formación muy heterogéneos, es decir con diferentes programas y años de estudios, siendo esto un limitante en el reconocimiento social de la profesión. Los programas curriculares, son estructuras académicas que orientan la gestión de formación profesional del estudiante de enfermería, cuyo objeto de estudio es el cuidado siendo el eje desde la perspectiva profesional que dirige sus esfuerzos a promover la calidad de vida de las personas que tiene a su cuidado. En la Enfermería como ciencia arte se le reconoce la creatividad en el cuidado y como ciencia el basarse en el método científico a través del proceso de atención de enfermería. Considerando el postulado que plantea que el currículo es el mediador entre la teoría y la realidad de la enseñanza, se establecen criterios que son organizados en el programa de asignatura y según el Reglamento para la elaboración, implementación, seguimiento y evaluación al sílabo de la Facultad de Ciencias de la Salud (2015), en su Art. 2 que define al programa de asignatura como instrumento operativo de desarrollo para el logro de

objetivos, y operativizados en el microcurrículo, como acciones que orientan el aprendizaje en los estudiantes (1).

Así, la planificación micro curricular es la unidad de aprendizaje más pequeña, abarca un tema completo; tiene unidad y coherencia en sí misma. El Reglamento para la elaboración, implementación, seguimiento y evaluación al sílabo de la Facultad de Ciencias de la Salud, en su art. 3 define al sílabo como instrumento de planificación microcurricular que cumple la función de guía y orientación de los aspectos principales de desarrollo de la asignatura, además de ser un instrumento de transparencia susceptible de análisis, revisión, crítica y mejoramiento.

Por su parte, el Modelo Genérico de Evaluación del CEAACES, define al sílabo como un instrumento de planificación de la enseñanza universitaria, que cumple la función de guía y orientación de los principales aspectos del desarrollo de una asignatura, debiendo guardar coherencia lógica y funcional en la exposición formal de los contenidos y acciones previstas, es conocido como el documento donde se formula la programación del proceso de aprendizaje de un área o sub-áreas, recoge y organiza pedagógicamente las orientaciones del currículo (2,3).

A pesar de los artículos de investigaciones escritas alrededor de las teorías de Enfermería, aún se percibe un divorcio entre los conceptos expresados por las teorizantes y la práctica del cuidado, según lo expresado por Santos citado por (3) no es nada saludable para el quehacer de la profesión. Por lo tanto, constituye una necesidad que los fundamentos filosóficos, los modelos conceptuales y las teorías de enfermería sean extraídas de los libros y dejen de constituir solo una voz en las conferencias magistrales, para ser llevadas a la práctica clínica diaria del enfermero(a), de modo que el profesional no cumpla sus funciones con absoluto automatismo, sino sustentado sobre una base científica, un propósito adecuado. Encaminado al bienestar del paciente.

En consecuencia, el estudio tiene como objetivo investigar desde la academia la inclusión y utilización tanto en el aula como en las prácticas clínicas de las diferentes teorías de enfermería, ligadas al Proceso de Atención de enfermería, a través de los contenidos de la asigna-

turas profesionalizantes (orientadas al conocimiento del campo de estudio y las áreas de actuación de la carrera), para verificar su nivel de inserción en la planificación y transferencia de conocimientos al estudiante (4,5).

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión y análisis del microcurrículo de las asignaturas profesionalizantes revisándose 14 sílabos: enfermería básica, enfermería salud pública, enfermería clínico quirúrgica, enfermería gineco obstétrica, enfermería pediátrica, enfermería en salud mental, cuidados intensivos 1 y 2 y administración en enfermería 1 y 2, para ello se aplicó el instrumento validado por juicio de experto, Denominado Ficha De Registro De Silabos, Donde se pretendió verificar si los contenidos están sincronizados a la luz de las tendencias de la profesión, es decir si incorporan las teorizantes en la teoría y en la práctica en la asignaturas profesionalizantes.

Asimismo, para confrontar los datos se utilizó un pretest para los docentes estructurado por 10 ítems, con escala de 1 considerada la máxima puntuación, es decir alto, seguida de la escala 2 medio, escala 3 bajo y escala 1 muy bajo. El cual se aplicó a los 29 docentes de las asignaturas de las unidades profesionalizantes. Donde se buscó conocer el dominio de los modelos conceptuales en enfermería, dominio del Proceso de Atención de enfermería, Involucramiento de las teorizantes en los contenidos de las asignaturas profesionalizantes de los docentes. Se consideraron los principios de privacidad, honestidad, consentimiento, anonimato, confidencialidad a los encuestados. Los datos obtenidos fueron procesados en el programa Excel (ficha de Sílabos) y el programa Spss versión 23.

RESULTADOS

En la Tabla I solamente una (1) asignatura, Enfermería Básica, incluye las teorizantes tanto de rango alto como de rango medio, pero solamente en el aspecto teórico más no en las prácticas clínicas. La asignatura Enfermería Pediátrica y Ciclo Clínico de Internado Rotativo (2), Incluyen las Teorizantes de Rango Medio, pero solamente en la Teoría (aula de clase), más no se evidencia su utilización en las guías de las prácticas clínicas. El resto de las asignaturas, es decir 9 (75%), no

utilizan las teorizantes de Enfermería ni las del rango alto, ni las de rango medio.

En la Tabla II se observa la Ponderación en cuanto al conocimiento sobre la utilización de los modelos conceptuales de enfermería.

En la Tabla III en relación al dominio de los modelos conceptuales de enfermería los encuestados se ubicaron los extremos alto y muy bajo en 6,90%, el 24,14% medio y 62,06% dominio bajo. En cuanto al aspecto dominio del Proceso de Atención de enfermería los datos evidenciaron que el 10,34% posee dominio alto, el 27,59% dominio medio, el 44,83% dominio bajo y el 17,24% dominio muy bajo respondieron. Con respecto a la utilización de las teorizantes en el proceso de atención de enfermería el 6,90% lo utiliza, mientras que mientras que el 34,50% lo emplea medianamente, el 48% es bajo la utilización y el 10,34% muy bajo. Con respecto al involucramiento de las teorizantes en los contenidos de las asignaturas profesionalizantes el 6,90% respondió que es alto, el 31,03% medio, el 44,83% es bajo y el 17,24% muy bajo.

En relación a la utilización de estudios de casos con la aplicación de teorías de enfermería centrada en la resolución de las necesidades básicas (Henderson, Orem, Adbellah), se evidencio que el 3,46% respondió que muy alto, el 31,03% medio, el 48,27% bajo y el 17,24% muy bajo. En cuanto a la utilización de estudios de casos con la aplicación de teorías de enfermería centradas en el cuidado cultural (Madeleine Leininger), los resultados expresan que el 20% es alto, el 37,93% medio, el 31,03% bajo y el 10,34% muy bajo.

Cabe destacar que en la utilización de estudios de casos con la aplicación de teorías de enfermería centradas en la interacción el 24,14% respondió que alto y medio, mientras que el 41,38% bajo y el 10,34% bajo. En la utilización de estudios de casos con la aplicación de teorías de enfermería centradas en los resultados, se mostró que el 13,77% es alto, el 31,03% medio, el 34,50% bajo y el 20,70% muy bajo (3).

En tanto que, en la utilización de estudios de casos con la aplicación de teorías de enfermería comunitaria, se evidencio que el 24,14% es alto, 31,03% medio, 37,93% bajo y 6,90% muy bajo. Para verificar la aplicación de la epistemología en enfermería en la gestión y control de la unidad de salud el 13,77% refirió que alto, 10,34% medio, 48,27% bajo y 27,59% muy bajo (3).

TABLA I
FICHA DE REGISTRO DE SÍLABOS

Asignaturas	Unidad profesional	Inclusión de teorizantes Rango alto	Inclusión de teorizantes Rango medio	No inclusión de teorizantes
Enfermería Básica	Teoría	X	X	—
	Guía práctica			X
Enfermería Salud Pública	Teoría			X
	Guía práctica			X
Enfermería Clínico-Quirúrgica	Teoría			X
	Guía práctica			X
Enfermería Gineco- Obstetricia	Teoría			X
	Guía práctica			X
Enfermería Pediátrica	Teoría			X
	Guía práctica		X	—
Enfermería Salud Mental	Teoría			X
	Guía práctica			X
Cuidados Intensivos 1 y 2	Teoría			X
	Guía práctica			X
Administración en enfermería 1 y 2	Teoría			X
	Guía práctica			X
Ciclo Clínico de Internado Rotativo	Teoría		X	—
	Guía práctica			X
Ciclo Gineco-Quirúrgico de Internado Rotativo	Teoría			X
	Guía práctica			X
Ciclo Neonatología y Pediatría Internado Rotativo	Teoría			X
	Guía práctica			X
Ciclo Comunitario de Internado Rotativo	Teoría			X
	Guía práctica			X

TABLA II
PONDERACIÓN

Conocimiento	Puntaje
Alto	1
Medio	2
Bajo	3
Muy bajo	4

DISCUSIÓN

En las asignaturas del primer semestre los estudiantes son orientados en el conocimiento general de las diversas teorías tanto de rango

alto como de rango medio, generalidades que se pierden en el transcurso de formación, al no evidenciarse dentro del microcurrículo la inserción de las diferentes teorías que son las que direccionan la práctica en enfermería. En las asignaturas enfermería pediátrica que se dicta en el quinto semestre se justifica la disciplina desde la teoría de rango medio de Virginia Henderson con sus 14 necesidades, pero su utilidad queda solamente plasmada en el documento escrito, en el ciclo clínico del programa de internado rotativo de la carrera, se aborda varias teorías que tampoco son vinculada a la práctica, donde paradójicamente estas asignaturas se desarrollan en un 100% en el área hospitalaria.

TABLA III
MODELOS CONCEPTUALES DE ENFERMERÍA

Preguntas	4	3	2	1	Total
1. Dominio de los modelos conceptuales de enfermería	2	7	18	2	29
2. Dominio del Proceso de Atención de enfermería	3	8	13	5	29
3. Utilización de las teorizantes en el proceso de atención de enfermería	2	10	14	3	29
4. Involucramiento de las teorizantes en los contenidos de las asignaturas profesionalizantes	2	9	13	5	29
5. Utilización de estudios de casos con la aplicación de teorías de enfermería centrada en la resolución de las necesidades básicas (Henderson, Orem, Adbellah)	1	9	14	5	29
6. Utilización de estudios de casos con la aplicación de teorías de enfermería centradas en el cuidado cultural (Madeleine Leininger)	6	11	9	3	29
7. Utilización de estudios de casos con la aplicación de teorías de enfermería centradas en la interacción (King, Paterson, Mercer)	7	7	12	2	29
8. Utilización de estudios de casos con la aplicación de teorías de enfermería centradas en los resultados (Johnson, Levine, Roger, Roy, Pender)	4	9	10	6	29
9. Utilización de estudios de casos con la aplicación de teorías de enfermería comunitaria (Neuwmán)	7	9	11	2	29
10. Aplicación de la epistemología en enfermería en la gestión y control de la unidad de salud	4	3	14	8	29

En las guías prácticas revisadas se encuentran estudios de casos clínicos y proceso de atención de enfermería sin intervención de teorizantes, es decir que en el área de investigación tampoco son utilizadas las diferentes teorías o marcos conceptuales de la profesión. En el Pretest dirigido a los docentes se evidencia dominio medio del proceso de atención de enfermería y la utilización de las diversas teorías y teorizantes, lo que contradice lo verificado en los sílabos y en las guías prácticas, al no estar insertados en el proceso formativo, lo que ha dificultado el aprendizaje de estos contenidos en los estudiantes.

CONCLUSIÓN

Se evidencia la no inclusión de las teorizantes en la mayoría de las asignaturas de la unidad profesional y en las guías prácticas, lo que dificulta la relación teoría – practica del hacer enfermero. Los resultados pondrían en evidencia de la no aplicación de los conocimientos científicos propios de la profesión de enfermería lo cual estaría incidiendo de forma negativa en

el cuidado que se brinda al paciente; un cuidado empírico, mecanizado e impersonal.

REFERENCIAS

1. CEAACES Modelo Genérico de Evaluación. Consejo de Educación Superior, 2015:98.
2. Facultad de Ciencias de la Salud. Reglamento para la Elaboración, Implementación, Seguimiento y Evaluación del Silabo de Babahoyo. Universidad Técnica de Babahoyo. Ecuador, 2018: 90.
3. **Marriner-Tomey.** Modelos y Teorías de Enfermería. 4^{ta} Ed. Madrid: Harcourt Brace, 2008: 76.
4. Rodríguez, Martínez R. Modelos de Enfermería Integrados al Cuidado del Paciente Nefrológico en el Contexto Cubano. Rev Cubana de Enfermería 2012; 28 (4):12.
5. **Santos Ruiz S, López Parra M, Varez Peláez S, Abril Sabate D.** Perspectiva de la Enfermería en un Centro Socio sanitario Sobre la Aplicabilidad y Utilidad de los Modelos Enfermeros en la Práctica. Gerokomos 2008; 9 (4):56.

HABILIDADES SOCIALES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL CONTEXTO COMUNITARIO.

*María Berrios, Carmen Hernández,
Yasmirys Valdeblánquez*

Universidad del Zulia. Facultad de
Medicina. Escuela de Enfermería.
yasmirysv@gmail.com

Resumen. La habilidad social es una herramienta imprescindible para el buen funcionamiento y desempeño de la persona, influyendo en su desenvolvimiento exitoso en cualquier contexto de la vida. En el caso de la Enfermería por ser una ciencia social, en su día a día se encuentra en constante interacción con el entorno, bien sea dentro del equipo de salud, como en la atención suministrada a los usuarios propios del quehacer de la profesión, de tal manera que la enfermera expresa una serie de conductas, pensamientos y emociones para mantener buenas relaciones que le permitan cumplir con su papel. Es importante resaltar que, en la formación de los profesionales de enfermería ha prevalecido la capacitación en aspectos técnicos de la profesión, fortaleciéndose de esta manera las habilidades propias del cuidado asistencial. No obstante Moreno (2002), afirman que “cuidar” implica para enfermería un conocimiento propio de cada enfermo, un darse cuenta de sus actitudes, aptitudes, intereses y motivaciones, además de los conocimientos, que requiere el reconocimiento de su manifestación como persona única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo humano. Además de esto, el enfermero debe poseer disposición para cuidar; considerando lo planteado por Bernal y Ponce, que para tener esta disposición se necesitan diversos atributos entre los que se encuentran, promover el bienestar, empoderamiento, toma de decisiones proactivas, competencias, confianza, conciencia, compromiso, reflexión sobre los valores, principios profesionales y personales expresados en virtudes, actitudes, ideales, conductas y destrezas dentro de un proceso, que además está circundado por la empatía.

Palabras clave: Habilidades sociales, profesional de enfermería, contexto comunitario.

INTRODUCCIÓN

Para tener los atributos sociales se requiere que los profesionales de enfermería tengan ciertas habilidades que le ayuden a desarrollar sus actividades y alcanzar sus objetivos; estas son las llamadas habilidades sociales, dirigidas a tener mejores relaciones interpersonales con el resto del equipo salud y por su puesto con los pacientes a quienes cuida. En tal sentido, *Padés define las habilidades sociales como las “capacidades y comportamientos que garantizan la eficacia de la actuación de la persona ante la situación social determinada a la que se enfrenta”*, esto es, abordando tanto el análisis de las capacidades o habilidades, como su eficacia (1).

Al respecto, se plantea que las habilidades sociales son una serie de conductas observables, pero también pensamientos y emociones, que ayudan a mantener relaciones interpersonales satisfactorias, y a procurar que se respeten los derechos de los demás y que los mismos no impidan lograr los objetivos. Igualmente, plantea que son pautas de funcionamiento para la relación con otras personas, de forma tal que se consiga un máximo de beneficio y un mínimo de consecuencias negativas tanto a corto como a largo plazo (2).

METODOLOGÍA

Enmarcado en el paradigma neopositivista empírico deductivo se realizó una revisión bibliográfica.

RESULTADOS

En la profesión de enfermería es tan importante dominar las habilidades sociales como los conocimientos técnicos de la profesión. Especialmente en el área de enfermería comunitaria donde las principales funciones son la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, buscando cambios de conducta y que la persona entienda lo importante que es para él y su entorno el cuidado de su salud (3).

Por consiguiente, es imposible lograr cambios de conducta cuando el personal sanitario mantiene actitudes inadecuadas, ya sea de agresividad, o falta de atención a las necesidades de los usuarios. Tomando en cuenta que, el profesional de enfermería debe poseer entre otras ca-

raerísticas, habilidades en la comunicación, para lograr que su mensaje sea captado por los usuarios, familia y comunidad. De tal manera, que cuando el profesional sanitario mejora las habilidades sociales se logran usuarios satisfechos capaces de adherirse a las recomendaciones garantizando así el seguimiento del tratamiento, la adopción de medidas y estrategias preventivas.

Cabe señalar que, los profesionales de enfermería del área de salud comunitaria se diferencian del personal del área hospitalaria por sus ámbitos de actuación, es decir estos se desempeñan en el cuidado del individuo, familia, grupos y comunidades en su hábitat natural, con su cultura y costumbres, haciéndolos únicos, por lo tanto requieren también un trato único y precisamente su rol principal es evitar que las comunidades, grupos, familias y personas se enfermen a través de campañas preventivas. Mientras que el profesional del área hospitalaria se enfoca en la parte curativa, en el cual el usuario presenta una patología específica y su rol es garantizar su tratamiento, recuperación y rehabilitación para insertarlo nuevamente a sociedad (4).

Sobre la base de las consideraciones anteriores, es importante destacar que el enfermero comunitario se enfrenta a cambios constante en la sociedad, cuya dinámica genera crisis en el sector salud, los cuales limitan su círculo de acción para dar cumplimiento a la promoción, la prevención y la atención con abordaje individual, familiar, grupal y comunitario.

Por consiguiente, la enfermera de salud comunitaria requiere establecer líneas de acción desde sus propias capacidades personales dirigidas a mejorar sus relaciones, así como el respeto por sus derechos y la conquista de sus metas, con el propósito de lograr un desempeño laboral exitoso. Aunque para llevar a cabo todos los aspectos antes mencionados, es necesario establecer vínculos de cooperación, involucrar al equipo interdisciplinario y a las personas que solicitan el servicio de enfermería. No obstante, durante este proceso pueden ocurrir o no desavenencias, porque es difícil escapar a los conflictos interpersonales, generados por el constante contacto humano, donde cada persona posee una situación de salud o alguna necesidad que exige atención de la enfermera comunitaria, quien puede responder de forma pasiva, agresiva

o asertiva, según sus procesos cognitivos internos que dominan sus habilidades sociales. Por lo tanto, en la formación y en las actuaciones del profesional de enfermería es imprescindible que posea habilidades sociocognitivas, tales como las habilidades específicas, habilidades para la resolución de problemas interpersonales, la habilidad de regular las emociones, entre otras.

DISCUSIÓN

Consiguientemente, un buen desempeño de las habilidades sociales es sinergia de la inteligencia emocional, como especial destreza en las relaciones sociales, ya que a través de estas se manejan emocionalmente los individuos en sus relaciones interpersonales. En tal sentido, existen referencias que permiten valorar las habilidades sociales como elemento que actúa como determinante en la conducta de los individuos, tan necesarios para un exitoso desempeño en la sociedad actual, donde las exigencias de hoy son superiores a las de ayer e inferiores a las de mañana (4,5).

Se enfatiza en la importancia que tienen los antecedentes ambientales junto a su influencia en el desarrollo y mantenimiento de conductas; por lo que plantea que las habilidades sociales son aprendidas mediante ciertos mecanismos entre los que se destacan:

a. Aprendizaje de habilidades como consecuencia del reforzamiento directo, según este conductas sociales se pueden desarrollar y mantener por consecuencias reforzadoras, con las cuales pueden fortalecer sus capacidades, para enfocar la situación que desea (6).

b. Aprendizaje de habilidades y feedback interpersonal, el cual es de gran importancia para el ajuste de las habilidades que se están adquiriendo, debido a que aportan información específica a la persona que se dirige y, de esta manera hacer énfasis en las debilidades y fortalezas propias para poder desarrollar sus acciones.

c. Aprendizaje de habilidades y expectativas cognitivas, referidos a las creencias y predicciones sobre la probabilidad percibida de afrontar con éxito una determinada situación, como resultado de experiencias, por lo cual es capaz de manejar con efectividad una interacción social, teniendo énfasis en lo que desea obtener en el proceso de aprendizaje (5,6).

d. Aprendizaje de habilidades como resultado de experiencias observacionales; basado en la observación de como otras personas manejan la situación.

CONCLUSIÓN

Las conductas pueden ser aprendidas y reforzadas de manera positiva o negativa, basándose en los principios de la teoría del aprendizaje social de Bandura la cual expresa que las habilidades sociales son conductas aprendidas, adquiridas como consecuencia de varios mecanismos básicos de aprendizaje, postulándose el desarrollo de la conducta, con el estilo impersonal del individuo, pudiendo así explicarse y predecir con precisión la misma.

REFERENCIAS

1. **Bernal B, Ponce G.** Propuesta para la enseñanza del cuidado en Enfermería Enfermería Universitaria ENEO-UNAM, 2015; 6(6):98.
2. **Pades A.** Habilidades sociales de enfermería. Propuesta de un programa de intervención. España. Elsevier, 2003:98.
3. **Roca E.** Cómo mejorar tus habilidades sociales. México. Panamericana, 2015:90.
4. **Kelly J.A.** Entrenamiento de las habilidades sociales. Rev Deselée de Brouwer, 2000:65.
5. **Moreno Y, Muñoz S, Alvis T.** Empoderamiento en el cuidado. En: grupo de cuidado el arte y la ciencia del cuidado Universidad Nacional de Colombia, 2002:65.
6. **Peñacoba C, Ardo Y, Cuadros J, González J, Moreno R, Martínez G.** Efectos de un programa de habilidades de comunicación en estudiantes de enfermería. Propuesta de un instrumento de evaluación Clínica y Salud, 2003; 14 (2): 129-155. https://www.redalyc.org/pdf/1806/180617_969001.pdf.

Palabras de cierre del Congreso

Señoras y Señores

Hoy hemos visto el logro de la meta trazada, han sido tres días y todavía reina el entusiasmo y la alegría en los participantes, de verdad el congreso ha sido un éxito, gracias a Dios primeramente por habernos mantenido y abierto las puertas para que este congreso pudiera llevarse a cabo; al Dr. Sergio Osorio, Decano de la Facultad de Medicina. Sin su ayuda no hubiese sido posible el desarrollo de este evento.

Al Dr. Freddy Pachano, director de la División de Estudios para Graduados, por su colaboración al congreso. Al gobernador del Estado Zulia, Economista Omar Prieto y a la Dra. Omaira Prieto por la gestión con la sede del Congreso; al Ingeniero Amauri Marrugo, Gerente de Servicios Técnicos Industriales (SOLTEC C.A) por su colaboración con el congreso. A la Ingeniero Katherine Marrugo y su compañía óptica Sur de Venezuela por su colaboración y participación en el congreso. A la comisión de Relaciones Públicas de la Facultad de Medicina, en especial a su coordinadora Yenesi Galíndez por su asesoría y participación incondicional en el congreso. A María Milanez (Mapi) por su gestión interinstitucional.

A las Doctoras Gregoriana Mendoza, Eva Mendoza, Ester Urdaneta por su colaboración en la asesoría e inscripción de los estudiantes de pregrado y Doctorado. A la MgSc. Vanessa Belloso por su colaboración irrestricta al congreso por la comisión científica. A todos los que estuvieron a mi lado, a todos los profesores que participaron en las comisiones del congreso, Profesora Yasmiris Valdeblanquez, Prof. Ever Oquendo, Prof. Mauricio Fuenmayor. MgSc. Ana Maira Zambrano administradora de la Escuela, mil gracias por su esfuerzo. A nuestros estudiantes, por el apoyo con su asistencia y participación, a los profesores activos y jubilados de la Escuela de Enfermería por su asistencia y participación. De verdad, muchas gracias a todos, al personal administrativo y obrero de la escuela de enfermería, los cuales han estado estos tres días con nosotros.

A TODOS, GRACIAS.



ESCUELA DE
ENFERMERIA



I CONGRESO CIENTÍFICO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA

III ENCUENTRO REGIONAL DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

"TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN
PARA EL CUIDADO
HUMANIZADO"

17, 18 Y 19 DE OCTUBRE DE 2018

FACULTAD DE MEDICINA DE LUZ

INSCRIPCIONES

COSTO DE INSCRIPCIÓN A PARTIR DEL 1 DE ABRIL

*ESTUDIANTES 150.000BSF.

*PROFESIONALES 300.000BSF.

EXTRANJEROS COMUNICARSE AL +58 424-6349318

O AL CORREO: TAGRESOTT@GMAIL.COM

IMPORTANTE: PARA FORMALIZAR LA INSCRIPCIÓN DIRÍGETE A LA ESCUELA DE ENFERMERÍA, PISO N°2 Y UBICAR A LA LICENCIADA BETZABETH PENSO CON EL BOUCHER DEL DEPÓSITO, COMPROBANTE DE LA TRANSFERENCIA O EL DINERO EN EFECTIVO.

RECEPCIÓN DE TRABAJOS LIBRES:

DEL 07-03-18 AL 30-06-18 NO HABRÁ PRÓRROGA.

PARA MAYOR INFORMACIÓN: escueladeenfermerialuz@gmail.com

CONTACTO: +58 424-6349318

DEPÓSITOS Y TRANSFERENCIAS DE:

BOD A BOD A NOMBRE DE:

JORNADAS CIENTÍFICAS FACULTAD DE MEDICINA
CTA. CORRIENTE

0116-01-01-42-0007282427

RIF: G-20008806-0

+58 424 - 6349318

TECNOLOGIAEINNOVACION@FMED.LUZ.EDU.VE

FACULTAD DE MEDICINA DE LUZ

FMEDLUZ

WWW.FMED.LUZ.EDU.VE



Investigación Clínica

Vol. 60 (Sup. 2) 2019

Contents

**1st. International Scientific Nursing Congress
III Regional Nursing Students Meeting**

Program, abstracts and other presentations

Maracaibo, Venezuela
October 17-19, 2018