



Departamento de Enfermería
Universidad de La Serena



REVISTA
**CUIDADOS DE ENFERMERÍA
Y EDUCACIÓN EN SALUD**

CEYES

Volumen 3 Número 1 Año 2018

ORGANIZACIÓN DE LA REVISTA

DIRECTOR DE LA REVISTA/EDITORIA

Ana María Vásquez Aqueveque

EDITOR ADJUNTO

Felipe Machuca Contreras

REPRESENTANTE LEGAL

Rector Universidad de La Serena
Sr. Nivaldo Avilés Pizarro

PROPIETARIO

Departamento de Enfermería
Universidad de La Serena

DIRECCIÓN

Departamento de Enfermería
Universidad de La Serena
Benavente 980 la Serena
Casilla
Teléfonos 56 – 51 – 204517 – 204440
Email rev.ceyes@userena.cl

ISSN: 0719-4331

COMITÉ CIENTÍFICO NACIONAL

Dra. Sara Barrios Casas.
Universidad de La Frontera, Chile.

Dra. Ximena Ibarra Mendoza.
Universidad Arturo Prat, Chile.

Dra. Zita Lagos Sánchez.
Universidad de los Andes, Chile

Dra. Edith Rivas Rivero.
Universidad de La Frontera, Chile.

Dra. Sandra Valenzuela Suazo.
Universidad de Concepción, Chile.

Dra. Lizet Veliz Rojas.
Universidad de La Serena, Chile.

COMITÉ CIENTÍFICO INTERNACIONAL

Dra. Mercedes Gutierrez Valverde.
Universidad Autónoma de Nueva León, México.

Dra. María Luisa Sánchez Padilla.
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México.

Dr. Francisco Guzmán Facundo.
Universidad Autónoma de Nueva León, México.

Dr. Augusto Ferreira Umpierrez.
Universidad Católica del Uruguay. Uruguay.

INDICE

Páginas

Editorial Ana Maria Vasquez	5 - 6
Relación Enfermera-Paciente Eficaz en Hemodiálisis: Un Análisis de Concepto Montserrat Fernández Moya, Claudia Cantú Sánchez, María Eugenia Barreto Arias, María Gloria Vega Argote	7 - 25
Cuidados de los Estilos de Vida para Prevenir la Diabetes Mellitus Tipo II: Una Síntesis de Evidencias Gabino Ramos Vázquez	26 - 35
Calidad Asistencial: Una Conceptualización Semántica del Término en Personal Clínico Hospitalario Felipe Aliro Machuca Contreras	36 - 50



EDITORIAL

Ana María Vásquez Aqueveque
Editora

Desde la existencia del ser humano ha existido el cuidado, ya que alguien se hacía cargo de las personas que lo requerían, por lo tanto, podríamos señalar que el cuidado siempre ha existido, es humano, sin ser humano no hay cuidado.

Leonardo Boff, define el concepto de cuidado no como un acto sino como una “*actitud*” una predisposición natural, propia del ser humano, aborda todas las acciones que el ser humano realiza, asociándolo; al cuidado propio, de sus pertenencias, de la tierra, del cosmos, entre otros. (1) Él señala que el cuidado es el *ethos* de la persona, ligado a valores, principios, desde donde surge y se pone de manifiesto el pathos más que el logos. “La dedicación o cuidado presupone una ética de respeto, actitud básica exigida ante lo sagrado, demanda atención a cada detalle y la valoración de cada señal que hable de la vida” (2).

Desde esta perspectiva podríamos decir que el cuidado no es un acto humano, es una actitud, -un - modo - de - ser – un modo de relacionarse con otros, un modo de estar en el mundo (1). Desde esa perspectiva surge la importancia de la interacción entre dos personas; el cuidador que otorga cuidado y la persona que recibe el cuidado, dos experiencias humanas que se encuentran en torno al cuidado, involucra responsabilidad, comprensión empática, protección, compromiso, respuesta a las necesidades humanas, preocupación por el bienestar y reconocimiento del otro como legítimo otro.

Desde la visión de enfermería, Jean Watson define el cuidado como una ciencia, la que se da en una relación transpersonal, en una ocasión y momento determinado el que tiene ciertas características como son presencia auténtica, conciencia e intención de cuidar, manifestado por el cuidado en diversos patrones. Con posterioridad la autora identifica el cuidado transpersonal el que es “abierto y se expande a en círculos concéntricos, hacia el sí mismo, el planeta tierra, involucra el tomar conciencia de cuidado, el que trasciende el tiempo, el espacio, lo físico, es un campo universal de conciencia espiritual es infinito”. (3)

Un gran desafío para Enfermería es la humanización del cuidado, toda vez, que como se ha señalado con antelación, el cuidado es inherente al ser humano, su foco de atención son las personas. Ayala señala privilegamos el cuidado objetivo (4) como describe Kuerten existen

dos tipos de cuidados; el cuidado objetivo centrado en los procedimientos, y las técnicas y el cuidado subjetivo el que tiene que ver con la persona, la sensibilidad, la creatividad el vínculo personal (5) y es la que finalmente le da riqueza y finura al cuidado y el que lamentablemente no se asume (6) y es el que definitivamente hace la gran diferencia entre “ un cuidado tal vez (personalizado) y un cuidado humanizado” para ello es importantísimo relevar el significado del ser humano, en un dialogo de saberes desde distintas disciplinas.

REFERENCIAS

1. Boff L. El cuidado esencial: ética de lo humano. Madrid, España: Trotta;2002
2. Boff L. *Ecología: grito de la tierra grito de los pobres*. Argentina: Editorial Lumen: 1996.
3. Watson J. *Caring Sciencia as sacred Sciencia*. Philadelphia, USA: Davis Company:2005
4. Ayala R., Calvo M. J., Torres M. C., Koch T. Evidencias para la filosofía de Watson: versión preliminar del Caring Behaviors Assessment en Chile. *Rev Cubana Enfermería*. 2010; 26(1): 42-51.
5. Kuerten P. El cuidado y la enfermería en *Avances de enfermería*: 2009 XXVII (1):102 – 109.
6. Ramos Guajardo S, Ceballos Vasquez P. Cuidado Humanizado Y Riesgos Psicosociales: Una Relación Percibida Por Profesionales De Enfermería en Chile. *Enfermería Cuidados Humanizados* [Internet]. 2018 June [cited 2018 Dec 26];7(1):12–25. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fap&AN=132292380&lang=es&site=ehost-live>

RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE EFICAZ EN HEMODIÁLISIS: UN ANALISIS DE CONCEPTO

Montserrat Fernández Moya¹, Claudia Cantú Sánchez², Maria Eugenia Barreto Arias³,
Maria Gloria Vega Argote⁴

Recibido: 22 de Mayo 2018 **Aceptado:** 18 de Diciembre 2018 **Publicado:** 27 de Diciembre 2018

RESUMEN

Introducción: La comunicación enfermera – paciente y la relación interpersonal resultante de la misma, representan la base para crear un ambiente de confianza que favorezca el tratamiento médico y, por consecuencia, la realización de las metas personales del paciente y profesionales de la enfermera en el contexto del tratamiento de una enfermedad.

Objetivo: Analizar el concepto de la relación enfermera paciente eficaz de los pacientes sometidos a terapia renal sustitutiva en hemodiálisis.

Metodología: Estudio reflexivo realizado a través de la metodología propuesta por Walker y Avant, metodología en la que se examinan las características del concepto y sus atributos. El estudio se realizó a partir de la búsqueda de bases de datos de producciones científicas disponibles de noviembre del 2017 a enero del 2018.

Resultados y Conclusión: El presente trabajo se elaboró para establecer una definición y comprensión teórica de la relación enfermera paciente eficaz, el conocimiento de este fenómeno permitirá establecer líneas de acción y estrategias encaminadas hacia la construcción y fortalecimiento de la relación personal enfermera paciente para el establecimiento de metas y del cuidado integral de los pacientes sometidos a terapia renal sustitutiva en hemodiálisis

Palabras Claves: Relación paciente-enfermera eficaz, hemodiálisis, comunicación, tratamiento.

¹ Maestra en Epidemiología y Administración de los Servicios de Salud. Universidad de Guanajuato, México.
fernandez.m@ugto.mx
ORCID: 0000-0003-2145-9753.

² Maestra en Terapia Familiar Sistémica. Universidad de Guanajuato, México.
cmcantusanchez@ugto.mx
ORCID: 0000-0003-2677-2570

³ Maestra en Salud Pública. Universidad de Guanajuato, México.
mbarreto@ugto.mx

⁴ Doctora en Ciencias de Enfermería. Universidad de Guanajuato, México.
gloriav@ugto.mx
ORCID: 0000-0003-3206-1791

EFFECTIVE PATIENT-NURSING RELATIONSHIP IN HEMODIALYSIS: A CONCEPT ANALYSIS

ABSTRACT

Introduction: The nurse - patient communication and the resulting interpersonal relationship represent the basis for creating an environment of trust that favors medical treatment and, consequently, the achievement of the patient 's personal goals and nurse professionals in the context of the treatment of a disease.

Objective: to analyze the concept of effective patient nurse relationship of patients undergoing renal replacement therapy in hemodialysis.

Methodology: reflective study carried out through the methodology proposed by Walker and Avant, methodology in which the characteristics of the concept and its attributes are examined. The study was conducted based on the search of available scientific production databases from November 2017 to January 2018.

Results and conclusion: This work was developed to establish a definition and theoretical understanding of the effective patient nurse relationship; the knowledge of this phenomenon will allow to establish lines of action and strategies aimed at building and strengthening the personal nurse patient relationship for the establishment of goals and comprehensive care of patients undergoing renal replacement therapy in hemodialysis.

Keywords: Effective patient-nurse relationship, hemodialysis, communication, treatment.

RELAÇÃO ENFERMEIRO-PACIENTE EFETIVA EM HEMODIÁLISE: UMA ANÁLISE CONCEITUAL

RESUMO

Introdução: A comunicação entre enfermeira e paciente e a relação interpessoal resultado da mesma, representam a base para criar um ambiente de confiança que favorece o tratamento médico e por consequência a relação dos objetivos pessoais do paciente e profissional da enfermeira no contexto do tratamento de uma doença.

Objetivo: analisar o conceito da relação enfermeira paciente, eficácia dos pacientes submetidos ao tratamento renal substitutivo na hemodialise.

Metodologia estudo reflexivo realizado através da metodologia proposta por Walker e Avant, metodologia que se examinam as características do conceito e seus atributos. O estudo se realizou a partir da busca de bases dos dados de produções científicas disponíveis de novembro de 2017 a janeiro de 2018.

Resultados e conclusao: Este trabalho se elaborou para estabelecer uma definição e compreensão teórica da relação enfermeira paciente imediata, o conhecimento deste fenômeno permitirá estabelecer linhas de ação e estratégias para a construção e fortalecimento da relação pessoal enfermeira paciente para o estabelecimento dos objetivos e do cuidado integral dos pacientes submetidos ao tratamento substitutivo na hemodialise.

Palavras-chave: Relação paciente enfermeira imediata, hemodialise, comunicação, tratamento.

INTRODUCCIÓN

La relación enfermera-paciente es considerada como una de las herramientas de la gestión del cuidado por lo que es un aspecto que genera polémica, pues está relacionado de inmediato con la carga laboral. Algunos autores consideran que la carga laboral no solo depende del número de pacientes a cargo de una enfermera, sino también de otros factores como el indicador enfermera paciente, el ambiente laboral, la demanda de cuidados del paciente, la capacidad de la enfermera, etc. (1, 2, 3). Es importante conceptualizar la relación enfermera paciente a partir de una relación interpersonal, la cual forma parte fundamental en la atención del individuo sano o enfermo, pues permite crear relaciones e interacciones terapéuticas dirigidas hacia el cuidado y la recuperación de la salud del individuo.

Hildegard Peplau (4,5,6) en su Teoría de las Relaciones Interpersonales, refiere que la misión de la enfermera es educar al paciente y ayudarlo a lograr el desarrollo maduro de su personalidad. Respecto a este punto, Peplau puntualiza que la personalidad del enfermero es determinante, debido a la influencia que puede provocar tanto para sí mismo como para el paciente.

Las fuentes teóricas de Peplau parten principalmente del conocimiento en ciencias biológicas y conductuales y del modelo psicológico que le llevo a desarrollar su teoría. En la que se le permite a la enfermera alejarse de la orientación hacia la enfermedad y centrarse en el significado psicológico. Sullivan, Symond, Maslow y Mittleman y Miller son algunas de las principales

fuentes que utilizaba Peplau para desarrollar su marco conceptual. Algunas de las concepciones terapéuticas que trataban estas teorías salieron de los trabajos de Freud y Fromm (4,5,6).

Peplau (4,5,6) define 4 fases de la relación interpersonal en el cuidado de pacientes:

a) Orientación: El paciente tiene una necesidad y busca asistencia profesional, la enfermera le ayuda a reconocer su problema; b) Identificación: La enfermera facilita la exploración de los sentimientos para ayudar al paciente a sobrellevar su enfermedad; c) Aprovechamiento: El paciente hace uso de lo que la enfermera le ofrece a través de la relación intentando sacar el máximo provecho; d) Resolución: Se deben resolver las necesidades de dependencia del paciente y la creación de relaciones de apoyo.

Por otro lado, Peplau (4,5,6) menciona en su teoría que la personalidad que la enfermera es muy importante para la influencia que puede generar en el paciente, pero también en ella misma. Peplau hace referencia a los diferentes roles que la enfermera toma durante la relación interpersonal enfermera-paciente:

a) Rol de extraño: La enfermera y el paciente no se conocen. En este contexto, la enfermera no debe prejuzgar al paciente, sino aceptarlo como persona considerándole emocionalmente capacitado.

b) Rol de suministradora de recursos: La enfermera debe ofrecer respuestas específicas, explicando al paciente el plan de tratamiento a seguir, tomando en cuenta la situación, eligiendo la respuesta más

adecuada dirigida a un aprendizaje constructivo y ofreciendo respuestas o suministrando consejos útiles para el tratamiento.

c) Rol de educadora: Es una combinación de todos los roles y parte de la información que el paciente tiene y en función de su interés y capacidad para usar la información en su beneficio.

d) Rol de líder: La enfermera ayuda al paciente a tomar las tareas que tiene a su alcance mediante una relación de cooperación y participación activa.

e) Rol de sustituta: El paciente ubica a la enfermera en un rol de sustituta, apreciando sus actitudes y conductas, sensaciones que reactivan sentimientos generados en relaciones anteriores. La enfermera debe ayudar al paciente a ver las diferencias entre las personas que recuerda y el rol profesional, en esta etapa el paciente y la enfermera definen el área de dependencia, independencia e interdependencia.

f) Rol de consejera: Es el más importante, la enfermera debe ayudar al paciente a que

recuerde y comprenda lo que le sucede en el momento, para que integre la experiencia a otras experiencias de vida. Este modelo de enfermería nos brinda la oportunidad de proponer intervenciones, inmediatas. Así también, brinda la oportunidad al paciente de adquirir por parte de la enfermera las herramientas suficientes para dar continuidad en los cuidados ya brindados, partiendo de la premisa de que los cuidados deben ser personalizados, enfocados al bienestar y otorgados por un personal de enfermería capacitado.

Hoy en día la relación enfermera paciente sigue siendo un tema de gran importancia, pues esta no solo debe ser vista desde el contexto de acciones encaminadas a las actividades técnicas que la enfermera debe realizar al paciente; también debe ir en búsqueda de la atención integral, del interés que la enfermera muestre por el paciente, incluidos ahí sus sentimientos y emociones, como parte del cuidado integral brindado por el personal de enfermería.

MATERIAL Y METODO

Se trata de un estudio reflexivo, realizado entre noviembre del 2017 a enero del 2018 en el que se presenta el análisis de concepto “relación personal enfermera paciente eficaz en hemodialisis” tomando como punto de partida los pacientes sometidos a terapia renal sustitutiva en hemodiálisis.

El procedimiento utilizado para el análisis del concepto se basa en la metodología descrita por Walker y Avant (7), quienes afirman que el análisis de concepto es una

vía para el desarrollo de la teoría, que proporciona una oportunidad para explicar y describir fenómenos de interés para la práctica. Es una estrategia a través de la cual se examinan las características que definen el concepto y los atributos que permiten decidir qué fenómeno es buen ejemplo del mismo y cuál no. Así, el análisis de concepto es un ejercicio lingüístico para determinar sus atributos, la metodología consta de ocho pasos:

1) Selección del concepto, 2) La determinación de los objetivos del análisis, 3) Identificación del uso del concepto en la literatura, 4) Identificación de atributos definitorios, 5) Identificación de un caso modelo, 6) Identificación de otros casos, 7) Identificación de antecedentes y consecuencias y 8) Definición de los indicadores empíricos.

La recolección de datos se realizó mediante diversas bases de datos como Medline, EbsCO y LILACS, a la vez de los Descriptores de Ciencias de la Salud (MeSH), relación enfermera paciente y

relación eficaz, buscándose los estudios relacionados con el tema, los cuales se seleccionaron de los idiomas Inglés, Portugués y Español.

Para dicho análisis, se seleccionó la teoría de Hildegarde Peplau sobre las relaciones interpersonales, la cual se refiere a que la misión de la enfermera es educar al paciente y ayudarlo a alcanzar el desarrollo maduro de su personalidad y que la personalidad del enfermero es muy importante, por la influencia que puede provocar tanto para sí misma como para el paciente (4).

RESULTADOS

1. Selección del concepto

La relación enfermera-paciente está implícita durante el cuidado, se origina durante los breves contactos que la enfermera tiene con el paciente mientras brinda el cuidado. Los principios enfocados a proporcionar este cuidado deben tener una base científica enfocada en habilidades resultantes de la experiencia y en el equilibrio a la hora de ejecutarlos. La clave para lograr una atención de calidad reside en una efectiva comunicación entre el paciente y el equipo de salud, así como en los diferentes componentes que intervienen en su atención (2, 8, 9, 10).

Cuando se responde a las emociones del usuario, resulta útil distinguir entre la empatía y la simpatía. Ambas están relacionadas con la respuesta emocional de los demás. La simpatía implica identificarse con las emociones de otra persona e incluso, adoptarlas. La empatía significa reconocer y afirmar el estado emocional de la otra persona. Cuando se

responde a las emociones del usuario y se invierte interés en conocerlas, resulta útil distinguir entre la empatía y la simpatía (11,12,13,14).

Durante la atención del paciente, se desarrollan importantes relaciones de confianza con el personal de salud. Quizá la única forma para establecer un vínculo entre el personal de enfermería y el paciente es el generar un ambiente de confianza entre ambos y que el personal responda con una atención sensitiva, competente y compasiva. (15, 16, 17, 18, 19). Sobre el vínculo establecido existe el riesgo de que, tanto la enfermera como el paciente, respondan de una forma inapropiada si están influenciados por experiencias negativas en este contexto. Un ejemplo de ello es que un paciente que ha tenido relaciones poco satisfactorias con personas de mayor autoridad o que ha estado sometido a cierto cuidado en relación con su salud, inconscientemente revivirá las dificultades del pasado que, invariablemente, influenciarán su

comportamiento hacia el personal que lo atiende. Tales problemas pueden ser expresados por el paciente como sentimientos confusos hacia el personal de enfermería, quienes podrían interpretarlos como enfado exagerado, dependencia o necesidad de mantener un control excesivo en la relación (15).

Durante la terapia sustitutiva renal los pacientes son conectados a máquinas, las cuales son una herramienta indispensable para el tratamiento. Un estudio al respecto observó que el desarrollo de la tecnología ha significado un progreso para la obtención y el mantenimiento de la salud de los pacientes, pero también se ha convertido en una barrera para las relaciones interpersonales. Además, las cargas de trabajo excesivo y la preocupación por el desarrollo de técnicas en este contexto desplazan el reconocimiento del lugar que ocupan las relaciones interpersonales efectivas (20, 21, 22, 23, 24).

En un estudio cualitativo, en donde buscaban el significado de la calidad de vida en pacientes con terapia de hemodiálisis, concluyeron que profundizar en el significado de la calidad de vida del paciente, permite ampliar la mirada, fortalecer el vínculo con la familia y considerar lo crucial de esta terapia en la vida de las personas en hemodiálisis. Además, los expertos sugirieron fortalecer la relación enfermera-paciente con el fin de otorgar cuidados seguros y de calidad a los usuarios y sus familias (20).

Se optó por estudiar este concepto en particular debido a la gran importancia de la interrelación enfermera paciente no solo en el aspecto fisiológico sino también en el aspecto emocional, ya que en ocasiones es solo vinculado al número de pacientes que

una enfermera debe de atender y este no es el único factor que influye en la calidad de la atención enfermera paciente.

2. Objetivo del análisis

Analizar el concepto de la relación enfermera paciente eficaz de los pacientes sometidos a terapia renal sustitutiva en hemodiálisis.

El conocimiento de este concepto permitirá establecer líneas de acción y estrategias encaminadas hacia la construcción y fortalecimiento de la relación personal enfermera paciente para el establecimiento de metas y del cuidado integral de los pacientes sometidos a terapia renal sustitutiva en hemodiálisis.

3. Definiciones y usos del concepto

Definiciones por diccionarios:

El Diccionario de la Real Academia (25) define:

- 1) Relación: Conexión, correspondencia, trato, comunicación de alguien con otra persona.
- 2) Eficaz: que tiene eficacia.

El Diccionario Larousse (26) define:

- 1) Relación (Del lat.) Situación entre dos cosas, ideas o hechos unidos por alguna circunstancia, en la realidad o en la mente de una persona
- 2) Eficaz: Lograr efectuar sus propósitos.

Revisión de la literatura:

En un estudio relacionado, se define a la relación interpersonal como una relación humana particular en la que dos personas se respetan y se permiten evolucionar hacia una auto-comprensión óptima y una gran armonía; el amor incondicional y el

cuidado son esenciales para la sobrevivencia y desarrollo de la humanidad (27).

La relación enfermera-paciente se caracteriza por comportamientos que incluyen percepciones, sentimientos, pensamientos y actitudes. Cada participante de la relación percibe y responde a la humanidad del otro, no a la enfermedad, a un número de cuarto o a un procedimiento determinado; la enfermera es percibida y responde a su humanidad como es ella (28, 29, 30).

La relación enfermera paciente refuerza la necesidad de fortalecer la relación al momento de ejercer los cuidados y fomentar relaciones interpersonales armoniosas. Esta relación permite contribuir a un cuidado más seguro, de calidad e integral, considerando los aspectos que determinan la calidad de vida en este grupo que, de acuerdo con algunos autores, se enfatiza en relaciones de largo plazo que permita este vínculo persona-enfermero (20, 24, 31, 32).

La teoría de Joyce Travelbee menciona que los cuidados de enfermería implican un proceso interpersonal entre una persona enferma y una sana. Las relaciones interpersonales consideran a la comunicación como un elemento fundamental. En este contexto, ella identifica las siguientes fases de la relación enfermera-paciente: fase de encuentro original, fase de urgencia de identidades, fase de empatía, fase de simpatía y fase de rapport (4).

Conceptos relacionados:

Comunicación eficaz: La comunicación es ante todo un proceso fundamental en toda relación social, es el mecanismo que regula y hace posible la interacción entre

las personas. En lo que respecta al área de salud, se han encontrado estudios en donde la comunicación en el hospital es deficiente, siendo el personal de enfermería el receptor de la confianza, dudas y preguntas sobre la información que el paciente recibe sobre su proceso. Derivado de esto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2004 identificó a la comunicación como un área de riesgo dentro del hospital, determinando seis acciones básicas denominadas metas internacionales para la seguridad del paciente, siendo la segunda meta internacional mejorar la comunicación efectiva, determinándola en todo el proceso de hospitalización y promoviendo mejoras específicas en cuanto a la seguridad del paciente (33, 34, 35).

Relaciones humanas: Las relaciones humanas en el área de Ciencias de la Salud, establecen una de las áreas prioritarias para la eficiencia y calidad en los servicios de salud, dado que el sector salud es un sistema que opera a través de las interacciones de diversas disciplinas y de funciones que se articulan para atender a la salud, ya sea desde un enfoque preventivo o curativo (36, 37, 38).

Definición de relación enfermera paciente eficaz:

Es la Relación que se establece por el contacto continuo de la enfermera paciente, en el cual la enfermera y el paciente en conjunto identifican los conocimientos del paciente sobre su enfermedad y tratamiento, mediante la constante interacción verbal y visual. Esta interacción incluye el contacto físico amable y el humor agradable. Todo esto con la finalidad de que se establezcan metas y/u objetivos para el

restablecimiento de la salud del paciente bajo un ambiente de cordialidad y respeto.

4. Identificación de atributos definitorios

Atributos relacionados a la interacción enfermera – paciente:

1. Se realiza un saludo verbal e incluso de entrelazamiento de manos.
2. Existe contacto visual entre la enfermera y el paciente.
3. Se inicia una conversación fluida entre la enfermera y el paciente.
4. Hay expresión de sentimientos del binomio.
5. La enfermera hace un ofrecimiento para ayudar al paciente a sobrellevar su enfermedad.
6. El paciente saca el mayor provecho de la enfermera.
7. Existe el establecimiento de metas, en donde la enfermera ayuda al paciente a asumir las metas que tiene a su alcance.
8. Se resuelven necesidades de dependencia del paciente.
9. Se realiza un reconocimiento de los conocimientos del paciente acerca de enfermedad y su tratamiento.
10. La enfermera debe ayudar al paciente a que recuerde y entienda completamente lo que le sucede en la actualidad, para que la experiencia sea integrada a otras experiencias de vida.

5. Identificación de Caso Modelo:

Llega al servicio de Hemodiálisis el Sr. Miguel, quien es enviado para realización de terapia renal sustitutiva. Como primer contacto, la enfermera lo detecta, va por él a la puerta del servicio, establece contacto visual amablemente e inclusive lo saluda de mano. Ella se identifica como

enfermera y se presenta por su nombre, después le pregunta cordialmente al paciente su nombre para saber cómo dirigirse a él. La enfermera lo dirige hacia la báscula, donde como protocolo debe pesar al paciente. Ella aprovecha esta situación para preguntarle qué tanto sabe de su enfermedad y del tratamiento que se le va a realizar. Al finalizar este proceso, la enfermera revisa las indicaciones médicas sobre el tratamiento y dirige cordialmente al paciente a la unidad que le será asignada para su tratamiento. Al sentarse en el cheslón, la enfermera le explica al Sr. Miguel sobre el tratamiento y sobre la función de las maquinas que se utilizarán en el mismo. Ella le coloca con cuidado el brazalete para monitorear su presión y le explica que este se activará continuamente cada 30 min durante toda la terapia. Posteriormente, la enfermera realiza el procedimiento de conexión del paciente, el cual le es explicado al Sr. Miguel mientras ella lo conecta al dispositivo, abriendo así la posibilidad de que el paciente exprese dudas y/o comentarios durante el procedimiento. Este espacio de cordialidad e interacción es replicado en cada procedimiento que se realiza durante el tratamiento. La enfermera detecta que el paciente tiene un poco de tierra en las gasas del catéter, el Sr. Miguel le explica que esto se debe a que trabaja en el transporte público y en algunas rutas suele haber mucho polvo. La enfermera entonces le indica al paciente diversas alternativas para minimizar esta situación y le pide que seleccione la que más se acomode a su estilo de vida, ya que, al aplicar esta recomendación, la próxima sesión las gasas deberán estar más limpias. Durante todo el tratamiento la enfermera debe estar continuamente vigilando al paciente y sus constantes vitales. Asimismo, debe acercarse a él y ponerse a

la altura de sus ojos manteniendo contacto visual, para preguntarle si existe algún inconveniente con el tratamiento. La enfermera debe aprovechar las tres horas de tratamiento para detectar necesidades de capacitación del paciente e incluso puede iniciar con la misma si así lo requiere el paciente. Si el tiempo lo permite, la enfermera puede sugerir alguna actividad lúdica, como música o juegos de mesa, para amenizar el tiempo que el paciente invierte en este tratamiento. Al término de este, la enfermera realiza el procedimiento de desconexión del paciente explicando el procedimiento. La enfermera también realiza la curación del catéter, cubriéndolo con gasas, para que este quede resguardado, evitando así la contaminación de este. Durante este proceso, la enfermera corrobora la información brindada la paciente, aprovechando para detectar si existe alguna duda o inquietud al respecto. Si es que hay algo que tenga que repetir de nuevo, se hace de forma cordial y puntual. La enfermera ayuda al Sr. Miguel a levantarse del cheslón y lo acompaña de nuevo a la báscula para registrar el peso del paciente al final de la terapia. Ella solicita cordialmente al paciente las firmas correspondientes para la justificación de los insumos y luego acompaña al paciente hasta la salida, donde debe esperar a que lo reciba algún familiar o camillero para después despedirse con una sonrisa e indicarle que lo verá en la siguiente terapia.

6. Identificación de otros casos

Caso límite:

Llega al servicio de Hemodiálisis el Sr. Román, quien acude a su sesión número 58 para recibir terapia renal sustitutiva, la enfermera lo detecta y le grita desde el

cheslón que pase por su cuenta. La enfermera le solicita que suba a la báscula para pesarlo, después le pregunta como está y el paciente responde que se encuentra bien, ella le dice “Pásate y siéntate en el sillón”. Al sentarse el paciente, la enfermera le explica al Sr. Román sobre el tratamiento y sobre la función de las maquinas, le coloca el brazaletes de la presión y le dice, “Ya sabes que te apretará seguido”. Posteriormente la enfermera procede a realizar el procedimiento de conexión del paciente, el cual le es explicado en todo momento y durante cada movimiento, permitiendo que el paciente exprese dudas y/o comentarios. La enfermera detecta que el Sr. Román presenta edema en el brazo donde se localiza la Fístula Arterio Venosa, este le explica que se debe a un golpe. La enfermera le indica al paciente diversas alternativas para minimizar esta situación y le explica los signos y síntomas de alarma y que ante cualquier emergencia como sangrado, dolor o incremento del edema, él debe dirigirse con su médico o al área de urgencias. Durante todo el tratamiento la enfermera vigila al paciente y sus constantes vitales. También ella se acerca para observarlo y para preguntarle si existe algún inconveniente con el tratamiento. Durante el proceso, la enfermera aprovecha esas tres horas para fortalecer la relación, incluyendo en la terapia actividades lúdicas. Al término del tratamiento, la enfermera realiza el procedimiento de desconexión del paciente, explicando el procedimiento, realiza presión en los sitios de inserción de salida de las agujas. Si existe algo que tenga que repetir de nuevo, lo hace. Procede el paciente a levantarse del cheslón por sí solo, mientras la enfermera limpia y arma la máquina para la siguiente sesión. Ella le solicita al Sr. Román las

firmas correspondientes para la justificación de insumos. Se despiden desde lejos, solo lanzando la mano al aire diciéndose mutuamente “Adiós”.

Caso contrario:

Llega al servicio de Hemodiálisis el Joven Enrique, quien acude a su sesión número 92 para realización de terapia renal sustitutiva, la enfermera lo detecta, y le grita desde el cheslón que se pase, y que antes de pasar, se pese y recuerde su peso, le dice la enfermera al paciente “porque hasta ahorita, llegas bien tarde para la próxima ya no te voy a conectar ya pásate y siéntate”. Al sentarse Enrique en el cheslón la enfermera lo sigue regañando y el paciente le expresa que llego tarde pues no contaba con recursos económicos para trasladarse desde su domicilio que se encuentra a 50Km de distancia, le enfermera le responde “eso no me interesa a mí, no es mi problema, si no llegas para la próxima a tiempo te quedas sin sesión”, le coloca el brazalete de la presión sin decirle nada, el paciente le expresa que está muy apretado, y la enfermera hace caso omiso a la observación. Posteriormente la enfermera procede a realizar el procedimiento de conexión del paciente, y comienza a decirle al paciente que le catéter está muy sucio y que es un descuido que debe bañarse más seguido y que eso le puede hacer daño, el paciente le pregunta que por qué y la enfermera en un tono burlón le dice “eso te lo debe explicar tu médico”. Durante todo el tratamiento el paciente se siente mal le duele la cabeza y la alarma de la maquina suena con cada toma de la presión arterial, la enfermera sentada desde la central de enfermería le grita al paciente “ya relájate si no esa máquina estará suene y suene” el paciente se incomoda y decide ya no decir

nada para que no lo sigan ridiculizando más. Al término del tratamiento, nuevamente la enfermera realiza el procedimiento de desconexión del paciente jala las líneas y estas jalan el catéter del paciente lo que ocasiona que el paciente tenga dolor en las suturas, pero no dice nada por miedo a que lo regañen, termina la sesión el paciente se ve pálido y espera un rato sentado en el cheslón, la enfermera le dice ándale porque tengo que pasar al que sigue, de inmediato Enrique se levanta, camina algunos pasos y se desvanece, en el servicio, la enfermera lo deja en el suelo hasta que llega un camillero ya que ella alega no puede cargar pacientes; estando el paciente en la camilla lo regaña otra vez porque no aviso que se sentía mal. El paciente es ingresado a urgencias por crisis hipertensiva.

Caso inventado:

A los enfermeros del servicio de hemodiálisis se les solicita realizar sesión en domicilio particular a la adolescente Gloria, a quien se le realizará su sesión No. 14. La enfermera asignada llega al domicilio de la paciente, en el que existen zoonosis, pero por la gravedad de la paciente decide conectarla en ese ambiente. La enfermera establece contacto visual y la saluda de mano amablemente, se presenta por su nombre y se identifica. Después le pregunta a la paciente su nombre para saber cómo dirigirse a ella. La enfermera le pregunta cuánto pesa y aprovecha para preguntar también sobre lo que sabe de su enfermedad y del tratamiento que va a recibir. Después de esto, la enfermera revisa las indicaciones médicas sobre el tratamiento y dirige cordialmente al paciente a su cama. Al sentarse, la paciente en su cama, la enfermera le explica sobre el tratamiento y

sobre la función de las máquinas que utilizará, le coloca el brazalete de la presión y le explica que este se activará continuamente cada 30 min durante toda la terapia. Posteriormente, la enfermera procede a realizar el procedimiento de conexión del paciente, el cual es explicado a detalle, permitiendo que la paciente exprese dudas y/o comentarios en todo el momento y con cada movimiento durante el procedimiento. La enfermera detecta edema en la paciente y le da diversas actividades para cuidar el consumo de líquidos. Durante todo el tratamiento, la enfermera vigila a la paciente y sus constantes vitales. La enfermera se acerca a la paciente constantemente y se comunica colocándose a la altura de sus ojos manteniendo contacto visual, para preguntarle si existe algún inconveniente con el tratamiento. Asimismo, la enfermera aprovecha estas tres horas de terapia para detectar necesidades de capacitación e incluso puede iniciar con la capacitación si el paciente así lo requiere. Al término del tratamiento, nuevamente la enfermera realiza el procedimiento de desconexión del paciente explicando cada etapa. Después, la enfermera realiza curación del catéter, cubriéndolo con gasas, para que este quede resguardado, evitando así la contaminación de este. La enfermera aprovecha este momento para corroborar la información brindada a la paciente Gloria y le da una página de internet como referencia para que la revise. La enfermera le solicita amablemente las firmas correspondientes para la justificación de insumos. Posteriormente, la enfermera se asegura de que la paciente se encuentre cómoda en su cama y llama a un familiar para terminar la visita. La enfermera se despide de Gloria y le indica cordialmente que la visitará en la próxima sesión.

7. Identificación de antecedentes y consecuencias.

Antecedentes del concepto relación enfermera paciente eficaz:

En un estudio donde se describe el estado del arte sobre la percepción del cuidado de enfermería a pacientes oncológicos hospitalizados se detecta la necesidad de dar continuidad en el desarrollo de la disciplina en este sentido y que se busque desarrollar estrategias de medición y cualificación de la interacción enfermera paciente. (39)

Durante la atención del paciente, es pertinente que la enfermera establezca contacto visual con el paciente para demostrarle que lo ha visto, que esta atenta a su presencia y que le importa su salud. Si la enfermera sigue con una tarea en la computadora, se encuentra hablando por el teléfono, leyendo una revista o haciendo cualquier otra cosa que poner atención al paciente, esto se traduce como si se le estuviese ignorando. Esto provoca una predisposición negativa en el paciente, quien se comportará con una actitud e interés similares, a la defensiva o exigente, porque no tiene muchas expectativas de una buena atención. La sonrisa es el gesto de la amabilidad por excelencia. Sin sonrisa no hay bienvenida. Escuchar atentamente, asintiendo en señal de escucha y comprensión. Además de recibir al usuario con la cabeza erguida, sin cruzar los brazos, con la mirada directamente a los ojos, escuchándolo con atención, respondiéndole con respeto, sin tutearlo y sin interrumpirlo cuando manifiesta el motivo de acudir al servicio. Levantarse de la silla para mostrar diligencia o guiar al usuario en su búsqueda (en donde sea necesario). La actitud siempre debe ser de proactividad hacia el paciente. Moverse

con gestos suaves, sin brusquedad, sin ruidos. Mantener una posición del cuerpo elegante y positiva, no cansada o de desgano. Mantener un volumen de voz agradable y cálida. Los gritos y el ruido ambiental provocan ganas de salir de la unidad.

Consecuencias de la relación enfermera-paciente eficaz:

Los resultados de un estudio realizado por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) permitió identificar que existen intervenciones dependientes de enfermería que no se realizan en forma congruente con la prescripción médica, evidenciando omisión de procedimientos, error en frecuencia, omisión de la orientación al paciente y/o familiar sobre los procesos realizados, omisión en el seguimiento de la respuesta y evolución del paciente a la intervención dependiente realizada. (40) Dichas intervenciones son de suma importancia para la atención del paciente, ya que contribuyen a la atención integral del mismo, ya sean independientes, dependientes o interdependientes, en ellas se evidencia la falta de orientación al paciente, lo cual impide la construcción de una relación enfermera-paciente adecuada.

En las relaciones personales, considerando el modelo emisor – receptor, existen dos tipos de comunicación: verbal y no verbal. La primera es la que usamos a través de las palabras, y la comunicación no verbal involucra aquellos eventos comunicativos que trascienden la palabra hablada o escrita, los cuales corresponden, aproximadamente, al 70% del lenguaje empleado. Por esta razón resulta imprescindible para las enfermeras poseer conocimientos básicos sobre el tema. La comunicación en la relación enfermera-

paciente condiciona que, con frecuencia, las preocupaciones de los pacientes no se expongan directa y espontáneamente a través del lenguaje verbal, sino que se manifiestan de manera implícita a través de señales no verbales (41). Los pacientes son sensibles al comportamiento no verbal del profesional. Éste puede ayudar a establecer un clima de respeto, confianza y empatía que fortalezca la relación enfermera paciente y, por lo tanto, la recuperación de la salud en un ambiente sano y de confianza mutua. Es indispensable redescubrir la importancia de la comunicación en el contexto del cuidado (42, 43, 44) y de la atención del paciente para mejorar la capacidad de observación y el comportamiento no verbal en la práctica clínica. Esto es posible a través de prácticas comunes y simples como dibujar una sonrisa, ver al paciente directamente a los ojos, tocarlo y escucharlo con atención. Estos son algunos de los comportamientos recomendados para que el profesional de enfermería logre un ambiente ideal de confianza con el paciente, el cual es un factor primordial para el logro del establecer y/o fortalecer una relación interpersonal enfermera – paciente durante el tratamiento (45).

8. Definición de los indicadores empíricos.

Las Intervenciones (actividades o acciones enfermeras), son las encaminadas a conseguir un objetivo previsto, de tal manera que, en el Proceso de Atención de Enfermería, debemos de definir las Intervenciones necesarias para alcanzar los Criterios de Resultados establecidos previamente, de tal forma que la Intervención genérica, involucrará varias acciones. La NANDA define la

intervención como “Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente”.

Como referente empírico, se utilizarán los indicadores del Nursing Outcomes Clasificación (NOC) para satisfacción del paciente/usuario (código NOC 3002).

1. El personal de enfermería se presenta.
2. La enfermera usa el nombre preferido del paciente.
3. La enfermera habla claramente.
4. La enfermera escucha al paciente.
5. El personal fomenta que el paciente haga preguntas.
6. La enfermera repite la información tan a menudo como sea necesario.

7. La enfermera presenta información comprensible.
8. La enfermera se asegura de la comprensión de la información.
9. El personal utiliza una comunicación sin juicios.
10. La enfermera responde las preguntas con claridad.
11. Las preguntas se responden por completo.
12. Las preguntas se responden con una información y tiempo razonable.
13. En la comunicación se toman en cuenta los valores personales
14. Se utilizan métodos de comunicación alternativos si es necesario.

CONCLUSIONES

El cuidado como objeto de estudio de la enfermera, se constituye en un proceso que requiere aptitudes y actitudes de servicio para lograr su eficiencia o, por lo menos, para tener elementos primordiales que lo sustenten. Los actores, enfermera, paciente y contexto; indagan y tratan de responder a las necesidades básicas, a los referentes que se tienen desde el cuerpo y desde la enfermedad. La ciencia y la tecnología se unen, establecen medios y mediaciones y enriquecen la comunicación y el diálogo necesarios para la relación enfermera paciente eficaz (46, 47).

El presente trabajo se elaboró para establecer una definición y comprensión

teórica de la relación enfermera paciente eficaz. Basado en pacientes con enfermedades crónicas que acuden a los servicios de salud a solicitar el tratamiento de terapia renal sustitutiva en hemodiálisis, se realizó el análisis y se propuso un conjunto de antecedentes, atributos y consecuencias con base a la relación personal enfermera-paciente eficaz sometida a hemodiálisis. El profesional de enfermería debe conocer y apropiarse de los modelos teóricos y metodológicos que sustenten su práctica y su actuar diario con conocimiento disciplinar válido, que le permita además un avance en el área asistencial e investigativa dirigida a conceptos que

involucran de manera directa a la relación eficaz enfermera- paciente. Lo anterior es especialmente necesario cuando se tratan casos de enfermedades que requieran hemodiálisis, en las cuáles intervienen factores como el uso de maquinaria invasiva, dietas estrictas y un nuevo estilo de vida para el paciente. Con esto se propone hacer énfasis en la calidad de la relación enfermera-paciente en los casos

donde el contexto de terapia o tratamiento sea más complejo, ya que es en estas situaciones donde la calidad del cuidado y la relación con el paciente cuentan con un mayor y más constante riesgo de afectación a largo plazo; pero sobre todo la comprensión del fenómeno permitirá proponer y mejorar estrategias de medición, cualificación e intervención y guiar la relación enfermera paciente.

REFERENCIAS

1. Amaro T. Relación ratio enfermera/enfermo y la experiencia profesional con los eventos adversos de los cuidados enfermeros: caídas, uso indebido del pañal y úlceras por presión. *Reduca*. 2009; 1(2):22-34.
2. de Oliveira Silva R, Souza J, Tavares J. Comunicação enfermeira e paciente na unidade de tratamento intensivo. (Portuguese). *Revista Baiana De Enfermagem* [serial on the Internet]. (2007, Apr), [cited November 23, 2017]; 21(1): 55-63. Available from: Fuente Académica.
3. Gerdtz M, Nelson S. 5–20: a model of minimum nurse-to-patient ratios in Victoria, Australia. *Journal Of Nursing Management* [serial on the Internet]. (2007, Jan), [cited November 23, 2017]; 15(1): 64-71. Available from: Academic Search Complete.
4. M. Allgood, A. Marriner, Modelos y Teorías de Enfermería. Elsevier. Barcelona, 2011 (7a ed.), Págs.39-76 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000200017
5. J. Cutcliffe, H Mckenna, Modelos de enfermería aplicación a la práctica. Edit Manual moderno, 2011 (1era ed.) pags. 379-398.
6. Mastrapa Y, del Pilar Gibert Lamadrid M. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. (Spanish). *Revista Cubana De Enfermería* [serial on the Internet]. (2016, Oct), [cited January 25, 2018]; 32(4): 1. Available from: MedicLatina.
7. Walker LO, Avant KC. Strategies for theory construction in nursing. Boston: Prentice Hall 5th edition, 2011. P. 157 – 179.
8. Rocelia García-Hernández M, Alberto Motta-Ramírez G, Dora Díaz-Aguilar I, Valdés-Becerril G, Santos-Matías M, Motta-Ramírez G. El impacto de la sonrisa en la relación del servicio de sanidad militar con sus pacientes. *Revista De Sanidad Militar* [serial on the Internet]. (2016, Jan), [cited Nov 8, 2017]; 70(1): 4-16. Available from: Academic Search Complete.
9. Müggenburg C, Robles R, Valencia A, Hernández Guillén M, Olvera S, Riveros Rosas A. Evaluación de la

- percepción de pacientes sobre el comportamiento de comunicación del personal de enfermería: diseño y validación en población mexicana. (Spanish). *Salud Mental* [serial on the Internet]. (2015, July), [cited November 23, 2017]; 38(4): 273-280. Available from: [MedicLatina](#)
10. Negreiros P, Fernandes M, Macêdo-Costa K, Da Silva G. Caracterização da comunicação entre enfermeiros e pacientes de um hospital DO CEARÁ, BRASIL. *Cultura De Los Cuidados* [serial on the Internet]. (2009, Sep), [cited November 23, 2017]; 13(26): 87-94. Available from: [Academic Search Complete](#).
 11. Performance Research Associates. ¡Wow! Deje al cliente boquiabierto con un servicio fuera de serie. 4a ed. Nashville: Nelson, Cap. 6:227-31.
 12. Neumann M, Bensing J, Mercer S, Ernstmann N, Ommen O, Pfaff H. Analyzing the “nature” and “specific effectiveness” of clinical empathy: A theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda.
 13. Díaz-Narváez V, Muñoz-Gámbaro G, Duarte-Gómez N, Reyes-Martínez M, Caro S, Calzadilla-Núñez A, et al. Empatía en estudiantes de enfermería de la Universidad Mayor, sede Temuco, IX región, Chile. (Spanish). *Aquichan* [serial on the Internet]. (2014, Sep), [cited November 23, 2017]; 14(3): 388-402. Available from: [Fuente Académica](#).
 14. Galán González-Serna J, Serrano R, Morillo Martín M, Alarcón Fernández J. Descenso de empatía en estudiantes de enfermería y análisis de posibles factores implicados. (Spanish). *Psicología Educativa* [serial on the Internet]. (2014, June), [cited November 23, 2017]; 20(1): 53-60. Available from: [Fuente Académica](#).
 15. Díaz-Bahena J, Barrera-Tecolapa V, García-Mosqueda C, Almanza-Muñoz J. Frecuencia de quejas durante los cuidados de enfermería en el Hospital Central Militar: un estudio comparativo. (Spanish). *Revista De Sanidad Militar* [serial on the Internet]. (2005, Jan), [cited Nov 8, 2017]; 59(1): 19-31. Available from: [MedicLatina](#).
 16. Herrera-Kiengelher L, Villamil-Álvarez M, Pelcastre-Villafuerte B, Cano-Valle F, López-Cervantes M. Relación del personal de salud con los pacientes en la Ciudad de México. *Revista de Saúde Pública*. 2009;43(4):589-594.
 17. Vega M, Juan L. Perspectiva de la enfermera ante el paciente oncológico en fase terminal en Tampico, Tamaulipas, México. (Spanish). *Cultura De Los Cuidados* [serial on the Internet]. (2011, Sep), [cited January 10, 2018]; 15(30): 52-59. Available from: [Fuente Académica](#).
 18. Ortega Y. La enfermera experta y las relaciones interpersonales. (Spanish). *Aquichan* [serial on the Internet]. (2007, Oct), [cited January 10, 2018]; 7(2): 130-138. Available from: [Fuente Académica](#).
 19. Bautista L. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. (Spanish). *Aquichan* [serial on the Internet]. (2008, Apr), [cited January 10, 2018]; 8(1): 74-84. Available from: [Fuente Académica](#).

20. Herbias Herbias L, Aguirre Soto R, Bravo Figueroa H, Avilés Reinoso L. Significado de calidad de vida en pacientes con terapia de hemodiálisis: un estudio fenomenológico. (Spanish). *Enfermería Nefrológica* [serial on the Internet]. (2016, Jan), [cited Dic 1, 2017]; 19(1): 37-44. Available from: *MedicLatina*
21. Marrujo Pérez K, Palacios Ceña D. Efectos de la tecnología en los cuidados de enfermería. *Cultura De Los Cuidados* [serial on the Internet]. (2016, Sep), [cited January 11, 2018]; 20(46): 127-133. Available from: *Academic Search Complete*.
22. Ceña D. La construcción moderna de la enfermería. *Cultura De Los Cuidados* [serial on the Internet]. (2007, Sep), [cited January 11, 2018]; 11(22):
23. Del Pilar Escobar Potes M, Mejía Uribe Á, Betancur López S. Cambios en el autocuidado de estudiantes colombianos de enfermería, durante la formación profesional. 2015. *Hacia La Promoción De La Salud* [serial on the Internet]. (2017, Jan), [cited January 11, 2018]; 22(1): 27-42. Available from: *Academic Search Complete*. Available from: *Academic Search Complete*.
24. Martínez Téllez Y, Acosta Nordet M. Calidad de la atención de enfermería en el Departamento de Hemodiálisis del Policlínico "Giraldo Aponte Fonseca". *Medisan* [serial on the Internet]. (2016, July), [cited January 11, 2018]; 20(7): 954-962. Available from: *Academic Search Complete*.
25. *Diccionario de la Real Academia Española*. 2017 Disponible en <http://dle.rae.es>.
26. *Diccionario Larousse*. Larousse S.A. de C.V.. Disponible en <http://www.larousse.mx/>
27. Norena Pena AL, Cibanal Juan J, Alcaraz Moreno N. La interacción comunicativa en el cuidado de la salud. *Rev Esp Com Sal*. 2010;1(2):113---29
28. Mejía Lopera, María Eugenia. Significado del cuidado de enfermería para el paciente en estado de cronicidad. *Index Enferm* [online]. 2008, vol.17, n.4, pp.231-235. ISSN 1699-5988. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000400002
29. Ribeiro J, Rocha L. Permanent education in health. An instrument to enhance interpersonal relations in nursing work. *Investigacion & Educacion En Enfermeria* [serial on the Internet]. (2012, Nov), [cited January 25, 2018]; 30(3): 412-417. Available from: *MedicLatina*.
30. García-Gutiérrez C, Cortés-Escarcéga I. Percepción del usuario del trato digno por enfermería en un hospital del Estado de México. (Spanish). *Revista CONAMED* [serial on the Internet]. (2012, Jan), [cited January 26, 2018]; 17(1): 18-23. Available from: *MedicLatina*.
31. Mandujano G. Relación de percepción del paciente y calidad de la interacción según la teoría de peplau: hospital dos de mayo-2006. (Spanish). *Revista Peruana De Obstetricia Y Enfermería* [serial on the Internet]. (2007, July),

- [cited January 11, 2018]; 3(2): 88-97. Available from: MedicLatina.
32. Montalvo-Prieto A, Cabrera-Nanclares B, Arrieta S. Enfermedad crónica y sufrimiento: revisión de literatura. (Spanish). *Aquichan* [serial on the Internet]. (2012, Aug), [cited January 26, 2018]; 12(2): 134-143. Available from: Fuente Académica.
33. Mounier Emmanuel, Rodriguez Marugán Isidro, Bea Perez Emilia, Fundamentos antropológicos en las relaciones interpersonales y de reciprocidad en el pensamiento Valencia, Octubre 2013. <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/32193/Tesis%20definitiva%20en%20PDF.pdf?sequence=1>.
34. Medrano-Mariscal J. Reflexiones sobre el concepto de comunicación: segunda meta internacional de seguridad del paciente. (Spanish). *Revista Medica Del IMSS* [serial on the Internet]. (2015, July), [cited January 26, 2018]; 53(4): 518-522. Available from: MedicLatina.
35. Castro-Hernández F, Zavala-Suárez E, Ramírez-Hernández C, Villela-Rodríguez E. Identificación de las medidas de seguridad aplicadas por enfermería en un hospital de segundo nivel. *Revista CONAMED* [serial on the Internet]. (2013, Apr), [cited January 26, 2018]; 18(2): 59-63. Available from: Academic Search Complete.
36. Heider, Fritz (1958). *The Psychology of Interpersonal Relations* (en inglés). Psychology Press. p. 1. ISBN 9780898592825. Consultado el 2 de Diciembre de 2017.
- <http://garfield.library.upenn.edu/classics1993/A1993KZ42800001.pdf>
37. Rodríguez García M, Ruiz López M, González Sanz P, Fernández Trinidad M, De Blas Gómez I. Experiencias y vivencias del estudiante de 4º de enfermería en el practicum. (Spanish). *Cultura De Los Cuidados* [serial on the Internet]. (2014, Mar), [cited January 26, 2018]; 18(38): 25-33. Available from: Fuente Académica.
38. Jacondino M, Martins C, Thofehrn M, Garcia B, Fernandes H, Joner L. Vínculos profissionais no trabalho da enfermagem: elemento importante para o cuidado. (Portuguese). *Enfermería Global* [serial on the Internet]. (2014, Apr), [cited January 26, 2018]; 13(34): 160-171. Available from: MedicLatina.
39. Santamaría, NP, García, LE, Sánchez Herrera, B, Carrillo, GM. Percepción del cuidado de enfermería dado a los pacientes con cáncer hospitalizados. *Revista Latinoamericana de Bioética* [Internet]. 2016;16(1):104-127. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12704405207>
40. Molina Gómez F, Castro y Vázquez J, Agama Sarabia A, Soto Arreola M. Eficacia de las intervenciones de enfermería dependientes en expedientes de queja médica de la CONAMED. (Spanish). *Revista CONAMED* [serial on the Internet]. (2015, Jan 2), [cited Nov 1, 2017]; 20S21-S26. Available from: MedicLatina.
41. Clèries X. Habilidades comunicativas en el encuentro con el paciente. En: Clèries X. *La comunicación. Una*

- competencia esencial para los profesionales de la salud. Barcelona: Elsevier, 2006;65-95.
42. Prieto-Agüero O. Comunicación sanitaria del profesional enfermero en mujeres con cáncer de mama. (Spanish). *Revista Espanola De Comunicacion En Salud* [serial on the Internet]. (2016, Jan), [cited January 10, 2018]; 7(1): 124-134. Available from: MedicLatina.
43. Rocelia García-Hernández M, Alberto Motta-Ramírez G, Dora Díaz-Aguilar I, Valdés-Becerril G, Santos-Matías M, Motta-Ramírez G. El impacto de la sonrisa en la relación del servicio de sanidad militar con sus pacientes. (Spanish). *Revista De Sanidad Militar* [serial on the Internet]. (2016, Jan), [cited January 10, 2018]; 70(1): 4-16. Available from: MedicLatina.
44. Calpe-Cristino A, Fructuoso-González E, Ochando-Aymerich M, Fernández-Martín I, Rodero-Nuño M, Plaza-España I, et al. Habilidades comunicativas de enfermería para conseguir dietas adaptadas efectivas en pacientes paquistaníes con Diabetes mellitus 2. (Spanish). *Revista Espanola De Comunicacion En Salud* [serial on the Internet]. (2017, Jan), [cited January 10, 2018]; 8(1): 5-19. Available from: MedicLatina.
45. María Salazar, Maya Á, Martínez De Acosta C. Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. (Spanish). *Avances En Enfermeria* [serial on the Internet]. (2008, July), [cited January 10, 2018]; 26(2): 107-115. Available from: MedicLatina.
46. Rozo O. La enfermedad cuenta. Narrativa y bioética del cuidado. *Revista Latinoamericana De Bioética* [serial on the Internet]. (2014, Jan), [cited Nov 9, 2017]; 14(1): 48-61. Available from: Academic Search Complete.
47. Moraes de Sabino L, Magalhães Brasil D, Áfio Caetano J, Lavinás Santos M, Santos Alves M. Uso de tecnologia leve-dura nas práticas de enfermagem: análise de conceito. (Portuguese). *Aquichan* [serial on the Internet]. (2016, June), [cited January 26, 2018]; 16(2): 230-239. Available from: Fuente Académica.

CUIDADOS DE LOS ESTILOS DE VIDA PARA PREVENIR LA DIABETES MELLITUS TIPO II: UNA SINTESIS DE EVIDENCIAS

Gabino Ramos Vázquez⁵

Recibido: 26 de septiembre del 2016 **Aceptado:** 12 de febrero 2017 **Publicado:** 27 de diciembre 2018

RESUMEN

Introducción: La Diabetes es una enfermedad metabólica compleja y crónica que requiere atención médica continua, caracterizadas por hiperglucemia resultante de defectos en la secreción de insulina. Existen en el mundo aproximadamente 280 millones de personas con riesgo identificable de desarrollar la enfermedad y se puede retrasar su aparición, a través de recomendaciones dirigidas a optimizar el cuidado de las personas y que están informadas por una revisión sistemática de la evidencia llamadas Guías de Práctica Clínica (GPC).

Objetivos: Describir la mejor evidencia y recomendaciones disponibles en las Guías de la Práctica Clínica en el cuidado de los estilos de vida en personas con riesgo de diabetes mellitus.

Metodología: se realizó una revisión integradora de artículos de GPC con nivel de evidencia científica y grados de recomendación, provenientes de diferentes países, publicadas del 2012 al 2016. La búsqueda se realizó usando los descriptores en español e inglés Diabetes Mellitus, Guía de Práctica Clínica, Prevención, Actividad Física (Clinical Practice Guideline, Prevention, Physical Activity).

Resultados: se identificaron en la mayoría de las GPC algunas similitudes con relación al cuidado en los estilos de vida para la prevención de diabetes mellitus con niveles de evidencia (A) lo que indica que las recomendaciones pueden ser utilizadas.

Conclusiones: Cada uno de los cuidados descritos en las tablas contribuyen ampliamente a la reducción del riesgo de enfermar por Diabetes mellitus tipo 2.

Palabras claves: Diabetes Mellitus Tipo 2, Prevención primaria, Guías de Práctica Clínica.

⁵ Universidad Autónoma de Nuevo León

CARE OF LIFESTYLES TO PREVENT DIABETES MELLITUS TYPE II: A SYNTHESIS OF EVIDENCE

ABSTRACT

Introduction: Diabetes is a complex and chronic metabolic disease that requires continuous medical attention, characterized by hyperglycemia resulting from defects in insulin secretion. There are approximately 280 million people in the world with identifiable risk of developing the disease and its appearance can be delayed, through recommendations aimed at optimizing the care of people and informed by a systematic review of the evidence called Clinical Practice Guidelines (CPG).

Objectives: To describe the best evidence and recommendations available in the Clinical Practice Guidelines for the care of lifestyles in people at risk of diabetes mellitus.

Methodology: An integrative review of CPG articles with a level of scientific evidence and recommendation grades, from different countries, published from 2012 to 2016 was conducted. The search was done using the descriptors in English and Spanish Diabetes Mellitus, Guideline Practice Clinical, Prevention, Physical Activity (Guía de Práctica Clínica, Prevención, Actividad Física).

Results: Some similarities were identified in the majority of the CPGs regarding the care in the lifestyles for the prevention of diabetes mellitus with levels of evidence (A) which indicates that the recommendations can be used.

Conclusions: Each of the care described in the tables contributes greatly to reducing the risk of becoming ill due to Diabetes Mellitus Type 2.

Keywords: Diabetes Mellitus Type 2, Primary prevention, Clinical Practice Guidelines.

**CUIDADO DE ESTILO DE VIDA PARA PREVENIR
O DIABETES MELLITUS TIPO II: UMA SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS****RESUMO**

Introdução: A diabetes é uma doença metabólica crônica e complexa que requer atenção médica contínua, caracterizada por hiperglicemia decorrente de defeitos na secreção de insulina. Existem aproximadamente 280 milhões de pessoas no mundo com risco identificável de desenvolver a doença e sua aparência pode ser adiada, por meio de recomendações que visam otimizar o atendimento das pessoas e informadas por uma revisão sistemática das evidências denominadas Orientações Práticas Clínica (GPC).

Objetivos: Descrever as melhores evidências e recomendações disponíveis nas Diretrizes de Prática Clínica para o cuidado de estilos de vida em pessoas com risco de diabetes mellitus.

Metodologia: Revisão integrativa dos artigos CPG com nível de evidência científica e notas de recomendação, de diferentes países, publicados de 2012 a 2016. A busca foi realizada utilizando-se os descritores em espanhol e inglês Diabetes Mellitus, Clinical Practice Guideline, Prevenção, Atividade Física.

Resultados: identificaram-se algumas semelhanças na maioria das CPGs quanto aos cuidados nos estilos de vida para prevenção do diabetes mellitus com níveis de evidência (A) que indicam que as recomendações podem ser utilizadas.

Conclusões: Cada um dos cuidados descritos nas tabelas contribui muito para reduzir o risco de adoecer por Diabetes Mellitus tipo 2.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus tipo 2, prevenção primária, diretrizes de prática clínica.

INTRODUCCIÓN

La Diabetes es una enfermedad metabólica compleja y crónica que requiere atención médica continua, caracterizadas por hiperglucemia resultante de defectos en la secreción de insulina o acción de la insulina, según la American Diabetes Association una de las formas más comunes de la diabetes mellitus (DM) es la Diabetes Tipo 2 (DT2) resultante de la pérdida progresiva de la secreción de insulina en el fondo de la resistencia a la insulina. Existen en el mundo más 382 millones de personas en edades de 20 a 79 con diabetes mellitus. Además de existir aproximadamente 280 millones de personas con alto riesgo identificable de desarrollar la enfermedad (1, 2, 3).

Constituye uno de los problemas de salud pública más importantes que se enfrentan en la actualidad, las complicaciones, temidas por las secuelas que deja en su continuidad, como la retinopatía, la nefropatía, la neuropatía y la vasculopatía. Por ser la diabetes una enfermedad para toda la vida, donde suceden cambios en el estilo de vida, en la ocupación y en la dinámica social y familiar, entre otras, es contundente establecer cuidados basados en autosuficiencia en personas que aún no padecen la enfermedad, para que establezcan un plan de alimentación y actividad física, esenciales para la calidad de vida (4, 5).

Dado que la obesidad, la inadecuada alimentación, la inactividad física, los antecedentes familiares de diabetes son factores que condicionan el riesgo de padecer DT2, mismos que pueden ser modificados a través de intervenciones. Cabe destacar que resultados de intervenciones realizadas en países como Finlandia, China, India, EE. UU.,

Japón han demostrado categóricamente que intervenciones que promueven la adopción de estilos de vida saludables reducen hasta un 58 % el desarrollo de DT2 en personas de alto riesgo. Siguiendo recomendaciones basadas en la evidencia encaminadas en medidas y estrategias para la adopción de estilos de vida saludables (5, 6).

Sin embargo, esta labor debe ser responsabilidad de los profesionales de Enfermería colaborando en proporcionar de manera adecuada los cuidados, también, es conveniente conocer cuidados que ayuden a optimizar el estado de salud y bienestar de las personas y la mejor forma de adquirir estos conocimientos es a través de la Enfermería Basada en Evidencias (EBE) que se define como la aplicación consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible relativa al conocimiento enfermero para tomar decisiones sobre el cuidado de las personas, teniendo siempre en cuenta sus preferencias y valores de estos. Es así que las Guías de la Práctica Clínica (GPC) se han convertido en una herramienta fundamental del profesional de Enfermería, ya que en ellas se encuentran implícitos los mejores cuidados para la prevención primaria. La EBE siempre ha jugado un papel importante en promover la toma de decisiones basadas en la mejor evidencia disponible para contribuir a la mejoría de la calidad de la atención (1, 6, 7).

En función de lo expuesto y la necesidad de recopilar cuidados basados en evidencia científica, el objetivo de este trabajo es describir la mejor evidencia y recomendaciones disponibles en las Guías de la Práctica Clínica en el cuidado de los estilos

LA DIABETES MELLITUS TIPO II: UNA SINTESIS DE EVIDENCIAS

de vida en relación con la actividad física, la alimentación (reducción de ingesta calórica) y

reducción del peso corporal en personas con riesgo de desarrollar DT2.

METODOLOGÍA

En este estudio se realizó una revisión integradora descriptiva de los artículos originales planteados como GPC con nivel de evidencia científica y grados de recomendación. Se incluyeron los artículos que entre sus contenidos estuvieran cuidados para la prevención de la DT2, provenientes de países como: Australia, Canadá, Estados Unidos, Argentina y México, publicados entre enero de 2012 hasta Junio de 2016.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de como: EBSCO, MedicLatina, Dialnet, PubMed (archivos digitales biomédicos y de ciencias de la salud del “US

National Institutes of Health”). Fue utilizado el descriptor en el Medical Subject Headings (MeSH) de PubMed, para la búsqueda de palabras como guía de la práctica clínica, Diabetes mellitus tipo 2, prevención primaria, actividad física, alimentación y en inglés los siguientes (guideline practice clinical, prevention, activity physical). Las búsquedas se realizaron por descriptores y también considerando estos términos como palabras que podrían aparecer en el título o en el resumen. Para agrupar temáticamente los artículos localizados se llevó a cabo un análisis del contenido, considerando, el objetivo, los cuidados generales y específicos.

RESULTADOS

Los GPC encontradas fueron clasificadas en relación con los cuidados generales y cuidados específicos respecto a las recomendaciones para reducir el riesgo de Diabetes mellitus. La mayoría de las GPC basan sus recomendaciones en nivel de evidencia mas altos (1A, 1++) de acuerdo con los criterios que cada una utilizó para clasificar los niveles. Cabe mencionar que entre estas recomendaciones se encuentran:

1. Realizar actividad física (8,14)
2. Hacer ejercicio físico 30 minutos diarios como mínimo (13)

3. La reducción de la ingesta calórica diaria (8,12,13)
4. Reducir el peso (9,10,13)

Todas las medidas descritas favorecen para mejorar el estilo de vida en personas identificadas con riesgo de DT2.

De acuerdo con la lectura de las GPC, según los cuidados permitió agruparlos en 5 tablas. La tabla 1 describe que a través de cambios en los estilos de vida, tales como el realizar actividad física y reducir el peso tienen beneficio para la reducción del riesgo.

Tabla 1
Evidencia científica en la DT2 Sobre los cambios en los estilos de vida para retrasar su aparición (actividad física y reducción de peso corporal)

Cuidado General	Cuidado Especifico	Evidencia/Recomendación	Nivel de Evidencia	Grado de Recomendación	País	Autor
Estilo de vida	Actividad física y reducción del peso corporal	Recomendación: Se recomienda la práctica regular de actividad física a todas las personas con sobrepeso o TGA para reducir el riesgo de DMT2	1++	A	Argentina	(8)
		Recomendación: Un programa estructurado de modificación del estilo de vida que incluye moderada pérdida de peso y la actividad física regular debe ser implementado para reducir el riesgo DMT2 en individuos con intolerancia a la glucosa.	1A	A	Canadá	(14)
		Recomendación: Se recomienda que en individuos con disglucemia pero sin diabetes establecida (glucemia de ayuno anormal y/o intolerancia a la glucosa), se inicie una intervención estructurada de cambios en el estilo de vida en forma inmediata y persistente, basada en la obtención de metas específicas, que incluya pérdida moderada de peso y actividad física regular.		AA	Estados Unidos de América	(10)
		Recomendación: Una intervención educativa que cambie el estilo de vida con dieta hipocalórica baja en grasas y ejercicio físico (al menos durante 150 minutos a la semana) es más efectiva que la metformina en la prevención de la diabetes.		A	México	(11)

Tabla 2
Evidencia científica en la DT2 Sobre los cambios en los estilos de vida para retrasar su aparición (alimentación y reducción de ingesta calórica)

Cuidado General	Cuidado Especifico	Evidencia/Recomendación	Nivel de Evidencia	Grado de Recomendación	País	Autor
Estilo de vida	Alimentación y reducción de la ingesta calórica	Recomendación: Se recomienda dar asesoramiento alimentario a personas con síndrome metabólico en relación al contenido de grasas saturadas y no saturadas de los alimentos, la calidad de carbohidratos y alentar la ingestión diaria de más de 40g/día de fibras, siempre que no haya intolerancia para las mismas.	1++	A	Argentina	(8)
		Recomendación: Disminuir la ingesta de calorías cuando se tiene como objetivo la disminución de peso en pacientes con factores de riesgo para DMT2. Un consumo de grasas inferior al 30% del valor calórico total. Las grasas saturadas deben representar menos del 10% del mismo.	1++	A		
		Recomendación: El nutricionista debe educar a los individuos que están en alto riesgo de diabetes tipo 2 que la actividad física por sí sola, sin la pérdida de peso y cambios en la dieta, tiene un impacto limitado en la prevención DMT2	3	Débil	Estados Unidos	(12)

LA DIABETES MELLITUS TIPO II: UNA SINTESIS DE EVIDENCIAS

Tabla 3

Evidencia científica en la DT2 Sobre los cambios en los estilos de vida para retrasar su aparición (alimentación y reducción de ingesta calórica)

Cuidado General	Cuidado Especifico	Evidencia/Recomendación	Nivel de Evidencia	Grado de Recomendación	País	Autor
		Recomendaciones: Las proporciones del aporte calórico diario deben ser: 45-60% de hidratos de carbono, 20-30% de grasas (< 7% saturadas) y 15-20% de proteínas	-	B	-	(13)
Estilo de vida	Reducción de ingesta calórica	Recomendación: Se recomienda la disminución de los triglicéridos en un 21 mg a 35 mg por dl (0,2 mmol a 0,4 mmol por litro). El aumento de lipoproteínas de alta densidad (HDL) colesterol por 2.4 mg por dl (0,06 mmol por L)	1	Fuerte		
		Recomendación: Para las personas que están en alto riesgo para el tipo 2 de la diabetes que tienen sobrepeso o son obesos, el nutricionista debe prescribir una dieta de reducción de peso y apoyar la pérdida de peso mediante la práctica de nutrición basadas en la evidencia directrices	2	Fuerte	Estados Unidos	(12)

Tabla 4

Evidencia científica en la DT2 Sobre los cambios en los estilos de vida para retrasar su aparición (reducción de peso)

Cuidado General	Cuidado Especifico	Evidencia/Recomendación	Nivel de Evidencia	Grado de Recomendación	País	Autor
		Recomendación: Los pacientes con intolerancia a la glucosa, o un A1C 5.7 a 6.4% deben ser remitidos a un programa de apoyo continuo focalización efectiva pérdida de peso del 7% del peso corporal y aumentar la actividad física de al menos 150 min / semana de actividad moderada, como para caminar.		E	Estados Unidos	(9)
Estilo de vida	Reducción del peso corporal	Recomendación: Disminución del peso corporal de 2,5 kg a 4,1 kg en personas con sobrepeso.	1	Fuerte	Estados Unidos	(12)
		Recomendación: Se recomienda simultáneamente ejercicios de resistencia		A		
		Recomendación: Los adultos con glucosa alterada en ayunas, intolerancia a la glucosa pueden se recomienda fuertemente en beneficios para la salud de la pérdida de peso del 5-10% incluyen la prevención, retraso, progresión o un mejor control de la DT2.		B	Australia	(15)
		Recomendación: Perder entre un 5-7% del peso y ejercicio durante 30 minutos al día en personas con intolerancia a la glucosa y obesidad disminuyen un 58% el riesgo de progresión a diabetes. Por tanto, el cambio en el estilo de vida es el tratamiento de elección para prevenir o retrasar su aparición		A		(13)
		Recomendación: En pacientes con intolerancia a la glucosa (ITG), la mayor reducción del riesgo de diabetes se ha conseguido mediante cambios en el estilo de vida, ejercicio físico y pérdida de peso.		A		

Tabla 5
Evidencia científica en la DT2 Sobre los cambios en los estilos de vida para retrasar su aparición (reducción de peso corporal, alimentación y reducción de ingesta calórica)

Cuidado General	Cuidado Especifico	Evidencia/Recomendación	Nivel de Evidencia	Grado de Recomendación	País	Autor
Estilo de vida	Reducción del peso corporal y alimentación (reducción de ingesta calórica)	Recomendación: En los pacientes con sobre peso y obesidad, debe promoverse la reducción de peso y una mayor actividad física	1+	B NICE	México	(16)
		Recomendación: La disminución del aporte de fibra soluble y el déficit de determinados micronutrientes (cromo y zinc). Favorecen el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2.	1++	I NICE	México	(16)
		Recomendación: La disminución del aporte de fibra soluble y el déficit de determinados micronutrientes (cromo y zinc). Favorecen el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2.	1++	I NICE	México	(16)
		Recomendación: promover una alimentación y una actividad física adecuada, mantener un peso saludable con un índice de masa corporal (IMC) entre 20 y 24 y evitar el exceso en el consumo de tabaco	1++	A	México	(16)

La tabla 2 y 3 incluye recomendaciones acerca de la alimentación en acciones más específicas como la reducción de la ingesta calórica como actividad adecuada para la prevención primaria de la DT2. En la tabla 4 y 5 las

recomendaciones están dirigidas para las personas que tienen un peso elevado basándose en el Índice de masa corporal de cada persona.

CONCLUSIONES

Cada uno de los cuidados descritos en las tablas contribuyen ampliamente a la reducción del riesgo de enfermar por Diabetes mellitus tipo 2. Existen variaciones de acuerdo a cada uno de los cuidados, puesto que corresponden a diferentes países, esto permite al personal de Enfermería obtener de diferentes fuentes la mejor evidencia y así tomar decisiones adecuadas para el cuidado individual de las

personas. Este trabajo permite conocer descriptivamente los mejores cuidados basados en evidencia científica y la vez crear una taxonomía común, estandarizar e integrar los cuidados a través de protocolos que permitan un surgimiento de solución y reducción de la tasa de morbilidad por Diabetes.

REFERENCIAS

1. American Diabetes Association. Diabetes Care [internet] enero 2016 (39 Suple 1) [citado 22 de mayo de 2016]
2. Colagiuri, R., J. Brown, and K. Dain. "Plan mundial contra la diabetes." Brussels, Belgium: Federación Internacional de Diabetes [Internet] 2011[Citado 18 de mayo de 2016]; 13-15.
3. Mora-Morales E. Estado actual de la diabetes mellitus. Acta Medica Costarricense [Internet]. 2014 [citado 19 de mayo de 2016]; (56):44-46. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v56n2/art01v56n2.pdf>
4. Castro-Meza A N. Pérez-Zumano S E. Salcedo-Álvarez R A. La enseñanza a pacientes con diabetes: significado para profesionales de enfermería. Enfermería Universitaria. 2017;14(1):39-46
5. Gagliardino JJ, Etchegoyen G, Bourgeois M, Fantuzzi G, García S, González L, Spinedi E. Prevención primaria de diabetes tipo 2 en Argentina: estudio piloto en la provincia de Buenos Aires. Rev Argent Endocrinol metab. 2017;53(4):135-141
6. Pantoja T, Soto M. Guías de práctica clínica: una introducción a su elaboración e implementación. Revista médica de Chile [internet]. 2014 [citado 18 de mayo de 2016] 142 (1), 98-104. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v142n1/art15.pdf>
7. Alcolea-Cosín M; Oter-Quintana C; Martín-García A. Enfermería basada en la evidencia. Orígenes y fundamentos para una práctica enfermera basada en la evidencia. *Nure investigación* [internet]. 2011 [citado 20 de mayo de 2016] (52). Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/538/527>
8. Ministerio de Salud de la Nación. [Internet] 2012. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. [Citado 21 de mayo de 2016] Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000070cnt-2012-08-02_guia-prevencion-diagnostico-tratamiento-diabetes-mellitus-tipo-2.pdf
9. American Diabetes Association. Diabetes Care [Internet] 2014 Enero; 37(Supplement 1) [Citado 22 de mayo de 2016] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2337/dc14-S01>
10. Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia Edición [Internet] 2013. [Citado 22 de mayo de 2016] Disponible de: http://www.revistaalad.com/pdfs/Guia_s_ALAD_11_Nov_2013.pdf

11. Gil E, Sil J, Domínguez E, Torres L, Medina H. Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2013. [Citado 22 de mayo de 2016] 51(1), 104-119. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im131o.pdf>
12. Academy of Nutrition and Dietetics. Prevention of type 2 diabetes evidence-based nutrition practice guideline [2014]. Academy of Nutrition and Dietetics [Citado 22 de mayo de 2016]. Disponible en: <https://www.guideline.gov/content.aspx?id=48762>
13. Domínguez C, Pinal I. Guía de práctica clínica de diabetes mellitus tipo 2. iMedPub Journals [Internet] 2015. 2, (10). [Citado 22 de mayo de 2016] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5052078>
14. Canadian Association Diabetes. Clinical Practice Guidelines Reducing the Risk of Developing Diabetes. Can Journal Diabetes [Internet] 2013. [Citado 23 de mayo de 2016] (37). Disponible en: [http://www.canadianjournalofdiabetes.com/article/S1499-2671\(13\)00014-2/pdf](http://www.canadianjournalofdiabetes.com/article/S1499-2671(13)00014-2/pdf)
15. General practice management of type 2 diabetes. Melbourne: The Royal Australian College of General Practitioners and Diabetes Australia [Internet] 2014. [Citado 23 de mayo de 2016] Disponible en: <https://static.diabetesaustralia.com.au/fileassets/diabetes-australia/5ed214a6-4cff-490f-a283-bc8279fe3b2f.pdf>
16. Secretaria de Salud. Guía de la práctica clínica Prevención y diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2 en personal adultas primer nivel de atención [Internet] 2013. [Citado 23 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

CALIDAD ASISTENCIAL: UNA CONCEPTUALIZACIÓN SEMÁNTICA DEL TÉRMINO EN PERSONAL CLÍNICO HOSPITALARIO

Felipe Machuca Contreras^{6,7}

Recibido: 5 de noviembre 2017 **Aceptado:** 2 de julio 2018 **Publicado:** 27 de diciembre 2018

RESUMEN

Introducción: Hablar de calidad asistencial comprende entender el desarrollo histórico y la evolución conceptual que ha tenido. No solo el concepto es una herramienta administrativa si no que debe ser un precepto orientador para el quehacer diario en la gestión operativa. Es por esta razón que se hace necesario poder describir la conceptualización semántica del término calidad asistencial en personal clínico hospitalario, que se plantea como objetivo para este estudio.

Metodología: Se realiza un estudio cuantitativo descriptivo exploratorio bajo el método de conceptualización semántica que busca establecer redes mentales que nos ayudan a construir de forma organizada significados, referentes y relaciones, con ayuda de la memoria semántica.

Resultados: Para el término calidad asistencial el valor J fue de 254 que demuestra la riqueza semántica del término para los participantes, el conjunto SAM esta dado en orden de jerarquía por los términos Seguridad (FMG=100%), Eficiencia (FMG=88%), Atención (FMG=75%), Bueno (FMG=60%), Efectividad (FMG=41%), Confiabilidad (FMG=36%), Bienestar (FMG=35%), Excelente (FMG=30%), Satisfacción (FMG=30%), Profesional (FMG=28%) y Respeto (FMG=28%).

Conclusiones: Los resultados del estudio configuran una conceptualización rica, pero a su vez inicial del concepto. Esta se basa en elementos genéricos del discurso que se ha construido con la introducción de la gestión de la calidad en los procesos clínicos. Queda como desafío tomar esta conceptualización como punto de partida para la construcción de un concepto más profundo y organizado, que asegure una comprensión de la cultura de la calidad, sumado a lo ya avanzado de la gestión de la calidad.

Palabras clave (DeCS): Formación de Concepto, Calidad de la Atención de Salud, Cultura Organizacional.

⁶ Enfermero, Magister en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud, Académico Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Chile, Chile.

felipe.machuca@uautonoma.cl ORCID: 0000-0001-7119-8593

⁷ Docente Adjunto, Escuela de Enfermería, Facultad de Salud y Odontología, Universidad Diego Portales, Chile.

QUALITY CARE: A SEMANTIC DEFINITION OF THE TERM IN HOSPITAL CLINICAL STAFF

ABSTRACT

Introduction: Talking about quality of care involves understanding the historical development and conceptual evolution that has taken place. Not only the concept is an administrative tool but it must be a guiding precept for the daily task in the operational management. It is for this reason that it is necessary to be able to describe the semantic conceptualization of the term care quality in clinical hospital staff, which is proposed as an objective for this study.

Methodology: A quantitative exploratory descriptive study is carried out under the method of semantic conceptualization that seeks to establish mental networks that help us to construct in an organized way meanings, referents and relationships, with the help of semantic memory.

Results: For the term care quality value J was 254 demonstrating the semantic richness of the term for participants, SAM set is given in order of hierarchy by the terms Security (FMG = 100%) Efficiency (FMG = 88%), Attention (FMG = 75%) Good (FMG = 60%) Effectiveness (FMG = 41%) Reliability (FMG = 36%), welfare (FMG = 35%) Excellent (FMG = 30%), Satisfaction (FMG = 30%), Professional (FMG = 28%) and Respect (FMG = 28%).

Conclusions: The results of the study configure a rich conceptualization, but also an initial concept. This is based on generic elements of the discourse that has been constructed with the introduction of quality management in clinical processes. It remains a challenge to take this conceptualization as a starting point for the construction of a more profound and organized concept, which ensures an understanding of the culture of quality, coupled with the already advanced quality management.

Keywords (DeCS): Concept Formation, Health Care Quality, Organizational Culture.

QUALIDADE DOS CUIDADOS: A DEFINIÇÃO SEMÂNTICA DO TERMO NO CORPO CLÍNICO DO HOSPITAL

RESUMO

Introdução: Falar sobre qualidade de atendimento envolve a compreensão do desenvolvimento histórico e evolução conceitual que ocorreu. Não só o conceito é uma ferramenta administrativa, mas deve ser um preceito orientador para a tarefa diária no gerenciamento operacional. É por esta razão que é necessário poder descrever a conceptualização semântica do termo cuidados de qualidade no pessoal do hospital clínico, que é proposto como objetivo deste estudo.

Metodologia: Um estudo descritivo exploratório quantitativo é realizado sob o método de conceptualização semântica que procura estabelecer redes mentais que nos ajudem a construir de forma organizada significados, referentes e relacionamentos, com a ajuda da memória semântica.

Resultados: Para o valor de qualidade cuidados prolongados J era 254 demonstrando a riqueza semântica do termo para os participantes, conjunto SAM é dada em ordem de hierarquia pelos termos de Segurança (FMG = 100%) Eficiência (FMG = 88%), Atenção (FMG = 75%) Boa (FMG = 60%) Eficácia (FMG = 41%) Fiabilidade (FMG = 36%), O Bem-estar (FMG = 35%), Excelente (FMG = 30%), Satisfação (FMG = 30%), Profissional (FMG = 28%) e Respeito (FMG = 28%).

Conclusões: Os resultados do estudo configuram uma conceituação rica, mas também um conceito inicial. Isto é baseado em elementos genéricos do discurso que foi construído com a introdução do gerenciamento da qualidade nos processos clínicos. Continua a ser um desafio levar essa conceituação como ponto de partida para a construção de um conceito mais profundo e organizado, que garanta uma compreensão da cultura de qualidade, juntamente com a já avançada gestão da qualidade.

Palavras-chave (DeCS): Formação de Conceito, Qualidade de Saúde, Cultura Organizacional.

INTRODUCCIÓN

Cuando se habla de la calidad asistencial, tiende a ser un concepto que es constantemente mencionado, solicitado y requerido por las instituciones de salud, pero que no es solo un componente estructural dentro de la planeación estratégica de la institución, sino que debe de ser un valor entendido, comprendido y llevado a la práctica por todo el personal de salud de las instituciones. Es por esta razón que como base del proceso es necesario conocer las características del concepto calidad asistencial.

Robledo-Galvan et al. (1) mencionan que el concepto de calidad no es estático, rígido o intransformable, más bien, evoluciona gracias a la construcción de nuevas conceptualizaciones en las instituciones y por otro lado, la siempre cambiante atención de salud que se vuelve cada día más compleja, ambas situaciones hacen que el concepto se reconfigure día a día.

Por lo expuesto inicialmente podemos encontrar distintas definiciones de calidad según el autor que las esté esgrimiendo. Por ejemplo, se define a la calidad según la Real Academia de la Lengua Española (2) como la “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie”.

Por otro lado, para la norma internacional ISO 9000 “es el grado en el que un conjunto de características inherentes, cumple con la necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita y obligatoria” (3).

Del mismo modo, Donabedian (4) precisa que “la calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica de manera tal que maximice sus beneficios a la salud sin aumentar al mismo tiempo los riesgos. El grado de calidad es, por lo tanto, el punto en el cual se espera que la atención proveída logre el balance más favorable de riesgos y beneficios”.

El Institute of Medicine (5) la describe como “la medida en que los servicios de salud para el individuo y para la población aumentan la probabilidad de obtener resultados deseados de salud consistentes con el conocimiento profesional del momento”.

Para Aibar y Aranaz (6) “es el grado de aproximación entre lo que el usuario espera y la atención de salud que recibe, en función del conocimiento, tecnología y recursos disponibles”.

Rodríguez (7) menciona que en el contexto chileno Roemer y Montoya-Aguilar definen calidad en salud como el “desempeño adecuado (de acuerdo a los estándares) en las intervenciones consideradas seguras, que están al alcance de las sociedades en cuestión y que tiene la capacidad de producir un impacto en la mortalidad, morbilidad, discapacidad y malnutrición”.

La propia Organización Mundial de la Salud (OMS) (8), ha definido la calidad asistencial como “una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios (humanos y

otros) a estas necesidades, de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”

En conjunto a las definiciones del concepto que se han descrito hasta el momento, la OMS llega al consenso que, para establecer una línea de trabajo en la calidad en los servicios de salud, es necesario configurar una base teórica que se traduce en seis dimensiones de la calidad que complementan lo descrito por Donabedian y el Institute of Medicine de Norteamérica, proponiendo: equidad, aceptabilidad/centrada en el paciente, efectividad, eficiencia, accesibilidad y seguridad (9). Estas dimensiones actualmente constituyen la calidad asistencial a nivel de salud y la base de los sistemas de acreditación de calidad a nivel nacional e internacional (10, 11).

Es de esta forma que en Chile se ha vivido un desarrollo histórico paulatino en relación al desarrollo mundial de la calidad asistencial como concepto y operacionalización. Como desarrollo histórico chileno podemos mencionar que, en la década de los ‘90 del siglo XIX las instituciones de salud chilenas se fueron acreditando en infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS). Luego en el periodo comprendido entre 1996 y 2000 se empezaron a acreditar instituciones más

complejas y de urgencias. El programa de evaluación de calidad de la atención hospitalaria empezó a desarrollarse entre los años 2000 a 2004, elaborando estándares en conjunto con los servicios de salud y como resultado se ha estructurado un sistema de acreditación con estándares claros y definidos donde las instituciones prestadoras de salud han sido sometidas a procesos de acreditación y re acreditación, siendo este el panorama nacional actual (7).

Teniendo en cuenta lo expuesto podemos mencionar que tras esta evolución histórica del concepto sumado a los esfuerzos de las instituciones por estandarizar y medir esta calidad. Es que se ha llegado a un punto donde se debe dar el siguiente paso de encontrarse actualmente en la gestión de la calidad y transitar hacia la construcción de una cultura de calidad (7).

Finalmente, para poder aportar en la construcción de una cultura de la calidad es que se hace necesario poder explorar la construcción del concepto de calidad asistencial que tiene el personal de salud, planteando para este estudio el objetivo de describir la conceptualización semántica del termino calidad asistencial en personal clínico hospitalario.

METODOLOGIA

Tipo de estudio

El presente es un estudio cuantitativo descriptivo exploratorio que fue desarrollado en personal del Hospital San Pablo de Coquimbo. Este es de alta

complejidad en la red asistencial situado la región de Coquimbo de Chile.

Muestra y contexto

El muestreo fue no probabilístico intencionado a conveniencia, este estuvo conformado por 120 funcionarios y se

realizó durante los meses de julio a diciembre del 2013.

Para la determinación de los participantes en estudio se tuvo como premisa que todos los implicados en los procesos deben conocer y trabajar la calidad asistencial. Debido a esto es que se invitó a participar a todo el personal clínico de la institución para lograr un amplio contexto para la construcción del concepto, sin perder de vista la mirada institucional de la cultura de la calidad y su desarrollo (7, 12).

Los criterios de inclusión para este estudio fueron: a) Ser funcionario de la institución en contacto directo con pacientes, b) tener al menos 1 año de experiencia en cargos con contacto directo con pacientes, c) contar con al menos 6 meses de trabajo en la institución en estudio, y d) participar voluntariamente del estudio.

Técnicas e instrumentos

En este estudio se utilizó la técnica de redes semánticas naturales de Reyes-Lagunes (13), el cual considera al método de recolección de información de las redes semánticas como un procedimiento híbrido debido a su utilidad para recolectar datos tanto desde el paradigma cuantitativo como para la investigación cualitativa.

Valdez (14) considera que las raíces de las redes semánticas se encuentran en los estudios realizados respecto a la memoria y principalmente está basada en el modelo de Endel Tulving. Tulving (15) describe la existencia de dos tipos de memoria: la memoria episódica, que recibe y almacena información acerca de datos temporales, de episodios o eventos y de relaciones temporales que se dan entre tales eventos, y la memoria semántica, que organiza el conocimiento acerca de las palabras y

otros símbolos verbales, sus significados, sus referentes y las relaciones entre ellos.

En este sentido la evocación de un estímulo reconstruye la memoria semántica y articula una red en torno a ella. En la técnica de redes semánticas estos estímulos están conformados por conceptos simples, imágenes o frases concretas, que logran el estímulo para la evocación de la memoria semántica (13).

La palabra/frase estímulo para este estudio fue el concepto calidad asistencial y en la aplicación de la técnica se les solicitó a los participantes que definieran, con al menos de 10 palabras, el concepto calidad asistencial. Considerando que estas 10 palabras estuviesen íntimamente relacionadas con la palabra o frase estímulo, estas podían ser verbos, adverbios, sustantivos, adjetivos, pronombres, sin utilizar artículos, preposiciones ni ninguna otra partícula gramatical sin significado propio (16).

Tras haber definido el estímulo, de manera individual, jerarquizaron todas las palabras que expresaron como definidoras, en función de la relación importancia o cercanía que cada una de ellas tenía con el estímulo. De esta forma, asignaron el número uno a la palabra más cercana o relacionada con el estímulo, el dos a la que sigue en importancia, y así sucesivamente hasta terminar con el listado con la posición 10 (16).

Recolección de datos

La recolección de datos se realizó en cada uno de los servicios clínicos donde se desempeñaban los participantes, se resguardo a cada uno de ellos la privacidad de la entrega de la información disponiendo de un espacio íntimo para que pudiesen realizar la técnica,

principalmente se realizaron en oficinas, residencias o salas de reuniones.

Para no entorpecer el trabajo de los participantes se coordinó con ellos la recolección de datos en horarios fuera de este, principalmente al inicio o finalización de la jornada laboral.

Del mismo modo, se les realizó el consentimiento informado y se les entregó la carta de consentimiento la cual firmaron como aprobación a la participación voluntaria y altruista en este estudio.

Análisis de los datos

El análisis de los datos se centró en la obtención de los cuatro valores o resultados principales: a) Valor J, b) Valor M Total (VMT), c) Conjunto SAM y d) Valor FMG.

Para esta tarea se utilizó el programa SPSS en su versión 19 con el cual se analizó la información generada por los participantes en la investigación, se ordenó alfabéticamente y se agrupó por términos afines obteniendo el total de palabras definitorias o Valor J que constituye un indicador de la riqueza semántica de la red (17).

Luego se obtuvo Valor M Total (VMT), el cual es un indicador de peso semántico de cada una de las palabras definidoras obtenidas, este se utilizó con el fin de analizar de forma lógica la información obtenida; se procedió a la obtención del valor MT mediante la multiplicación de la

frecuencia de aparición (FA) por el valor semántico (VS) que le corresponde (17).

Con estos datos obtenidos se procedió a la construcción del Conjunto SAM, que constituye un indicador de las palabras definidoras que conforman el núcleo central de la red, ya que es el centro mismo del significado que tiene un concepto. Para lograr conocer la distancia semántica entre las palabras definidoras que conforman el conjunto SAM, se construyó un indicador, en términos de porcentaje, tomando a la palabra con mayor peso semántico (VMT) como 100%. Así que el valor M total más alto representa la total cercanía que ese concepto tiene con el estímulo definido. Esta distancia semántica se le denomina Valor FMG (17).

Aspectos éticos

Este estudio fue revisado por el comité de ética del Hospital San Pablo de Coquimbo. Para esta investigación se siguieron los preceptos éticos de Ezequiel Emanuel (18). Se planteó a través del consentimiento informado la voluntariedad a ingresar al estudio, el carácter altruista, además el resguardo del anonimato de los participantes en todas las etapas a través del manejo de la información. No se previeron riesgos para los participantes independiente de si aceptó o no en entrar al estudio. Este estudio busca a través de su rigor metodológico y los resultados del mismo ser una contribución para la construcción de una cultura de calidad institucional.

RESULTADOS

Los participantes del estudio se distribuyeron según sexo con el siguiente detalle: masculino con un 16,7% (n=20) y femenino con un 83,3% (n=100).

En la figura 1 se detalla la distribución por rango etario de los participantes. Estos se concentran en mayor proporción (56%) en los rangos etarios de 24–29 años, 48–53 (20,0%, n=24) y 30–35 años (15,8%, n=19), disminuyendo en proporción de 42–47 años (14,2%, n=17), 54–60 años (13,3%, n=16), 36–41 años (10,8%, n=13), quedando en última posición de 18–23 años (5,8%, n=7).

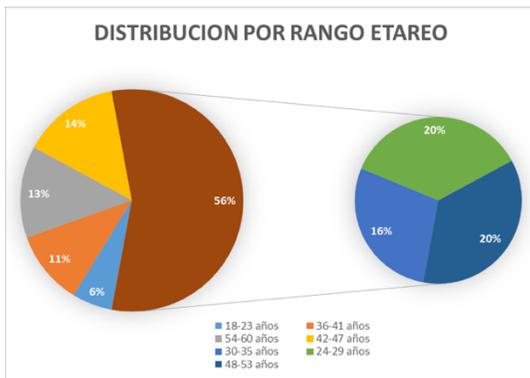


Figura 1: Distribución por rango etario

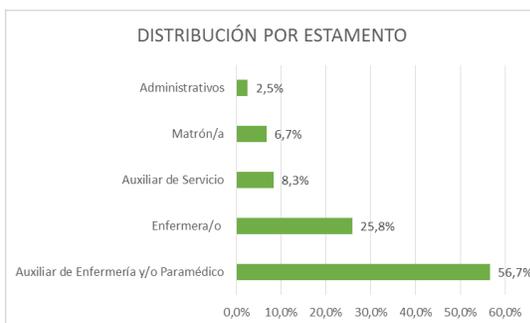


Figura 2: Distribución por estamento

La distribución por estamento, en relación a la importancia relativa de los participantes en orden decreciente, como muestra la figura 2, fue: Auxiliar de Enfermería y/o Paramédico (56,7%, n=68), Enfermera/o (25,8%, n=31), Auxiliar de Servicio (8,3%, n=10), Matrón/a (6,7%, n=8) y Administrativos (2,5%, n=3).

Palabras Definidoras	VMT	FMG
Seguridad	276	100%
Eficiencia	243	88%
Atención	206	75%
Bueno	165	60%
Efectividad	112	41%
Confianza	99	36%
Bienestar	97	35%
Excelente	84	30%
Satisfacción	82	30%
Profesional	76	28%
Respeto	76	28%

Tabla 1: Conjunto SAM y distancia semántica (FMG) entre palabras definidoras para el término calidad

Para el término calidad el valor J es de 254 que demuestra la riqueza semántica del término para los participantes, el conjunto SAM esta dado en orden de jerarquía por los términos Seguridad (seguridad-seguro-segura) (FMG=100%), Eficiencia (eficiencia-eficiente) (FMG=88%), Atención (FMG=75%), Bueno (bueno-buen-buena) (FMG=60%), Efectividad (eficacia-eficaz-efectividad) (FMG=41%), Confianza (confianza-confiable-

confiabilidad) (FMG=36%), Bienestar (FMG=35%), Excelente (excelencia-excelente) (FMG=30%), Satisfacción (satisfacción-satisfecho) (FMG=30%), Profesional (profesional-profesionalismo) (FMG=28%) y Respeto (respeto-respetuosa-respetar) (FMG=28%), como se muestra en la Tabla 1. Si bien el conjunto SAM está concebido como las diez palabras de mayor valor M total, en este caso para el concepto calidad se utilizaron once por coincidir en igual peso semántico (VMT) las últimas dos palabras definitorias. (Ver Figura 3)

DISCUSIÓN

Cada uno de las palabras definitorias presentadas por los participantes representan en mayor o menor grado las estrategias, conceptos, políticas y fundamentos de la calidad asistencial y a continuación se explicitarán estas relaciones.

La seguridad del paciente es uno de los elementos centrales de la estrategia que ha planteado la OMS e históricamente Chile ha invertido gran cantidad de recursos en esta dimensión de la calidad siendo un indicador prioritario en la calidad asistencial (19). Es por este motivo que se puede entender que en esta conceptualización aparezca en primer lugar este concepto, ya que se ha planteado en los sistemas de salud la construcción de la cultura de la seguridad (20).

No es de extrañar que la eficiencia también aparezca en los conceptos centrales, ya que como parte de los lineamientos de la reforma de la calidad, impulsada con

Distancia Semantica del Termino Calidad Asistencial

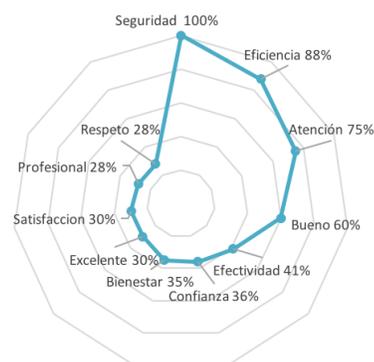


Figura 3: Distancia Semántica (VFG) de conjunto SAM del término Calidad Asistencial

políticas públicas en las cuales la distribución de los recursos y la disminución de los costos están siempre en el lenguaje cotidiano de los prestadores de salud (21, 22).

A su vez, la palabra definitoria atención conforma esta red debido a que uno de los ejes centrales que se han propuesto a nivel mundial es que la atención de salud este centrada en el paciente (23). Esta centralidad abarca aspectos de la relación de ayuda brindada por el personal de salud, el cumplimiento de las expectativas, el acompañamiento, el estar en y el estar con el otro que tiene necesidades de cuidados (24).

Del mismo modo, la palabra definitoria bueno engloba una amplia visión de la calidad como un resultado positivo asociado a procesos asistenciales, pero como un resultado más allá que el proceso en sí. La palabra definitoria bienestar al igual que bueno ve un resultado de la

gestión de calidad como un bienestar centrado en el usuario (25).

Confianza como palabra definatoria, se asocia a la relación de ayuda que se crea entre el usuario y el personal de salud. Uno de los elementos principales en los que se cimienta la relación de ayuda es la confianza, el poder saber que el otro estará para el que lo necesita y que el necesitado sepa que puede expresar sus necesidades porque serán escuchadas, configuran relaciones de ayuda basadas en la confianza (26).

La efectividad siendo uno de los seis dominios de la calidad se ha descrito como brindar servicios basados en el conocimiento científico a todos los que podrían beneficiarse y abstenerse de proporcionar servicios a aquellos que probablemente no se beneficiarían evitando la infrautilización y el uso indebido de los recursos (27). Muchas veces este concepto se utiliza como sinónimo de eficiencia y eficacia, pero la efectividad se centra en la utilización de los recursos de forma articulada a las necesidades de la población y con una base científica asociada (28). Teniendo en cuenta que es una política pública chilena es que los términos efectividad y eficiencia aparezcan en los discursos de las instituciones y por ende este dentro de la configuración de la red semántica para la calidad asistencial en este estudio (29).

Excelencia se entiende como el resultado máximo de un proceso. A su vez, se aproxima a los términos bueno y bienestar, siendo estas percepciones del proceso como indicadores cualitativos del resultado (30). Del mismo modo, la excelencia está ligada a los modelos de gestión de la calidad en los cuales se ha desarrollado y actualmente se utilizan los

desarrollados bajo la calidad total, principalmente (31). Esta calidad se basa en las expectativas del usuario y como se puede dar respuesta por parte de las instituciones a la cobertura de estas necesidades. De este modo las expectativas y necesidades deben ser cubiertas por la institución y todos los integrantes de la institución son responsables de que la calidad se logre (32).

Por otro lado, los usuarios cuando llegan a un servicio de salud buscan que sus necesidades puedan ser satisfechas, que la relación de ayuda genere, en base a las necesidades sentidas de la persona, resolución de sus problemas de salud, pero no exclusivamente de estas necesidades si no también tener una comunicación efectiva con el equipo de salud, comprender su situación de salud, tener la mejor información para tomar las mejores decisiones, entre otros (33, 34). Esta satisfacción es presentada en la red semántica como un componente que articula la calidad asistencial.

Sumado a lo anterior, la ley de derechos y deberes de los pacientes ha implicado analizar el accionar de los equipos de salud y tomar en cuenta en todo momento la voluntad del paciente. Esto ha generado que constantemente esté presente en el lenguaje clínico el concepto respeto como una aproximación del resguardo ético de los derechos del paciente (35).

La palabra definatoria profesional considera la calidad técnica de los profesionales y técnicos del establecimiento dentro del proceso asistencial (36). Esta calidad técnica comprende un amplio rango de competencias que se deben de cumplir en el contexto intrahospitalario, pero que se

vuelven transversales para cualquier contexto en donde se brinden prestaciones de salud (37). Estas competencias de la calidad técnica se mueven desde las específicas del quehacer propio de cada profesional a las genéricas a desarrollar en la relación de ayuda y la centralidad en el paciente (38, 39).

Si bien las aproximaciones hablan de dimensiones de la calidad (seguridad del paciente), políticas ministeriales (eficiencia, eficacia, satisfacción, respeto, calidad técnica), resultados de la gestión

de calidad (excelencia, bienestar y bueno) y procesos asistenciales (atención, relación de ayuda, confianza), aun es incipiente la conceptualización semántica para el término calidad asistencial, si bien se aprecian elementos de la gestión de calidad y sus distintas dimensiones. No se articula una red semántica central con palabras definitorias claves de la gestión, riesgo, proceso, práctica u otros asociados que podrían evidenciar de mejor forma la conceptualización semántica del término calidad asistencial.

CONCLUSIONES

Se observó en este estudio que existe una amplia riqueza semántica para el término, existen términos definitorios que, si bien son cercanos, no entregan una conceptualización estructurada y cercana al entendimiento global del fenómeno, es así como se despliega un conjunto SAM para el término calidad asistencial que agrupa a: seguridad, eficiencia, atención, bueno, eficacia, confianza, bienestar, excelencia, satisfacción, profesional y respetar.

Podemos definir tres grupos dentro de este conjunto SAM por las distancias semánticas de los términos:

a) Grupo Central: en este grupo se encuentran los términos seguridad y eficiencia. Los participantes logran asociar estas dos dimensiones de la calidad asistencial, ya que, es donde se han concentrado los esfuerzos en las instituciones de salud y se ha trabajado principalmente en la construcción de protocolizaciones, monitorización y mejora de la calidad, en conjunto con la

optimización de recursos y la gestión del talento humano.

b) Grupo Secundario: en la conformación de este grupo se han incluido los términos atención y bueno, nuevamente elementos relacionados con la gestión clínica y los procesos relacionados a la calidad de la atención de salud. Teniendo en cuenta a la atención como el conjunto de prestaciones brindadas y bueno como resultado de esta gestión clínica, relacionado con la percepción de estas prestaciones.

c) Grupo Externo: en este último conjunto de términos se encuentran efectividad, confianza, bienestar, excelente, satisfacción, profesional y respeto. En este conjunto se observan elementos que están relacionados con la percepción de la calidad de las prestaciones de salud. Además, desde la perspectiva de la calidad técnica y el rol de los profesionales en la calidad asistencial.

En virtud de los resultados se puede deducir que aún falta ampliar los conocimientos sobre calidad en el personal

de salud. Intervenciones en difundir y profundizar la cultura de la calidad se hacen necesarias para la construcción de una red semántica rica y que pueda explicar en profundidad todos los aspectos

centrales de la calidad asistencial. A su vez, se deben plantear futuros estudios donde se logre evidenciar la evolución del concepto hacia esta riqueza semántica.

REFERENCIAS

1. Robledo-Galván H, Meljem-Moctezuma J, Fajardo-Dolci G, Olvera-López D. The step from idea to concept regarding quality in healthcare services. *Revista CONAMED*. 2012; 17(4):172–5.
2. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española | Real Academia Española [Internet]. 2017 [citado 31 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=calidad>
3. ISO. Norma Internacional ISO 9000:2015 (traducción certificada). *Sistemas de gestión de la calidad - Fundamentos y vocabulario* [Internet]. ISO; 2015 [citado 31 de agosto de 2017]. Disponible en: <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9000:ed-4:v1:es>
4. Donadedian A. *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York, USA: Oxford University Press; 2003. 200 p.
5. Lohr KN, Committee to Design a Strategy for Quality Review and Assurance in Medicare. *Medicare: A Strategy for Quality Assurance*. Vol. I. Washington, DC: National Academy Press; 1990. 468 p.
6. Aibar Remon C, Aranz Andrés J. *Unidad Didáctica 2: La seguridad del paciente: Una dimensión esencial de la calidad asistencial*. En: *Seguridad del paciente y prevención de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria* [Internet]. España: Ministerios de Sanidad y Consumo; 2007 [citado 31 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/formacion/tutoriales/MS-CD1/pdfs/UNIDAD2.pdf>
7. Rodríguez C. A. *Towards a culture of quality hospitals*. *Medwave*. 2013; 13(09):e5810–e5810.
8. OMS. *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1 Informe Técnico Definitivo* [Internet]. WHO; 2009 [citado 24 de octubre de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
9. World Health Organization, editor. *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems* [Internet]. Geneva: WHO; 2006 [citado 3 de enero de 2017]. 38 p. Disponible en: http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf?ua=1
10. Subsecretaría de Redes Asistenciales. *Manual de Estándar General de*

- Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada [Internet]. Superintendencia de Salud; 2010 [citado 7 de junio de 2017]. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/portal/articulos-4530_Manual_AC_pdf.pdf
11. Joint Commission International. Estándares de acreditación para hospitales de Joint Commission International. 5ta Edición. EE.UU.: Joint Commission Resources, Inc.; 2014. 305 p.
 12. Barahona Pico JA, Rodríguez Araujo D. Organizational culture, a way to humanize the implementation of quality management systems- ISO 9001:2008. SIGNOS-Investigación en sistemas de gestión. 2017; 7(2):19–29.
 13. Reyes-Lagunes I. Las Redes semánticas naturales, su conceptualización y su utilización en la construcción de instrumentos. Revista de Psicología Social y Personalidad. 1993; 9(1):81–97.
 14. Valdez Medina JL. Las redes semánticas naturales, usos y aplicaciones en psicología social. Tercera. Mexico: Universidad Autónoma del Estado de México; 2000. 130 p.
 15. Tulving E. Episodic Memory. En: Scientists Making a Difference: One Hundred Eminent Behavioral and Brain Scientists Talk about their Most Important Contributions. First. England: Cambridge University Press; 2016. p. 536.
 16. Vera Noriega JÁ, Pimentel CE, Batista de Albuquerque FJ. Redes semánticas: Aspectos Teóricos, Técnicos, Metodológicos y Analíticos. Ra Ximhai. 2005; 1(3):439–51.
 17. Zermeño Flores AI, Arellano Ceballos AC, Ramirez Vasquez VA. Redes Semánticas Naturales, técnica para representar los significados que los jóvenes tienen sobre televisión, internet y expectativas de vida. Estudios sobre las Culturas Contemporáneas. 2005; 11(22):305–34.
 18. Emanuel EJ, Wendler D, Grady C. What Makes Clinical Research Ethical? JAMA. 2000; 283(20):2701–11.
 19. Giménez-Júlvez T, Hernández-García I, Aibar-Remón C, Gutiérrez-Cía I, Febrel-Bordejé M. Cultura de la seguridad del paciente en directivos y gestores de un servicio de salud. Gaceta Sanitaria. 2017; 31(5):423–6.
 20. Camargo Tobias G, Queiroz Bezerra AL, Silvestre Branquinho NC, de Camargo Silva AEB. Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico. Enfermería Global. 2014; 13(33):336–48.
 21. Herrero Tabanera L, Martín Martín JJ, López del Amo González M del P. Eficiencia técnica de los hospitales públicos y de las empresas públicas hospitalarias de Andalucía. Gaceta Sanitaria. 2015; 29(4):274–81.
 22. Romano J, Choi Á. Medida de la eficiencia de la atención primaria en Barcelona incorporando indicadores de calidad. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2016; 30(5):359–65.

23. Boelen C. Improving the impact on health: The social accountability approach. *Texto & Contexto – Enfermagem*. 2015; 24(3):615–6.
24. Carvajal A. El cuidado centrado en la persona en fase avanzada de la enfermedad. *Aquichan*. 2017; 17(3):241–2.
25. Landa Blanco M. Apuntes Teóricos, Empíricos y Metodológicos para el Estudio del Bienestar Subjetivo. Primera. USA: Glasstree Academic Publishing; 2017. 64 p.
26. Muñoz Devesa A, Morales Moreno I, Bermejo Higuera JC, Galán González Serna. The help relationship in nursing. *Index de Enfermería*. 2014; 23(4):229–33.
27. Rockwille M. The Six Domains of Health Care Quality [Internet]. [citado 25 de octubre de 2017]. Disponible en: [/professionals/quality-patient-safety/talkingquality/create/sixdomains.html](#)
28. Lam Díaz RM, Hernández Ramírez P. Los términos: eficiencia, eficacia y efectividad? son sinónimos en el área de la salud? *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*. 2008; 24(2):0–0.
29. Leyton-Pavez CE, Gil-Martín JC. Sustentabilidad financiera y excelencia en la atención en la salud pública chilena. *Salud Pública de México*. 2017; 59(5):510–1.
30. Agramonte del Sol A, Farres Vázquez R. Contribución de la gestión del cuidado en la calidad de la atención de Salud. *Revista Cubana de Enfermería*. 2010; 26(2):0–0.
31. Eiro NY, Torres-Junior AS. Comparative study: TQ and Lean Production ownership models in health services. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2015; 23(5):846–54.
32. Torres Saumeth KM, Ruiz Afanador TS, Solis Ospino L, Martínez Barraza F. Quality and its evolution: a review. *Dimensión Empresarial*. 2012; 10(2):100–7.
33. Landman Navarro C, Osorio C, Jesús M, García García E, Pérez Meza P, Sandoval Barrera P, et al. Satisfacción usuaria respecto a competencia de comunicación del profesional de Enfermería. *Ciencia y enfermería*. 2015; 21(1):91–102.
34. Rojas-Martínez W, Barajas-Lizarazo MA. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en el servicio de urgencias. *Revista Ciencia y Cuidado*. 2016; 9(1):13–23.
35. Valenzuela S, Aliaga V, Burdiles P, Carvallo A, Díaz E, Guerrero M, et al. Reflexiones en torno a la ley N 20.584 y sus implicancias para la investigación biomédica en Chile. *Revista médica de Chile*. 2015; 143(1):96–100.
36. Soto-Fuentes P, Reynaldos-Grandón K, Martínez-Santana D, Jerez-Yáñez O. Competencias para la enfermera/o en el ámbito de gestión y administración: desafíos actuales de la profesión. *Aquichan*. 2014; 14(1):79–99.
37. Escarrabill J, Clèries X, Sarrado JJ. Competencias transversales de los profesionales que facilitan atención domiciliaria a pacientes crónicos.

- Atención Primaria [Internet]. 2015; 47(2):75–82.
38. Orkaizagirre Gómara A. Making nursing care visible through the Care Relationship. *Index de Enfermería*. 2013; 22(3):124–6.
39. Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería Universitaria*. 2015; 12(3):134–43.