



Universidad Autónoma del Estado de Morelos

Facultad de Enfermería

Relación de la capacitación y mortalidad en el área de terapia intermedia, en un Hospital de segundo nivel de atención.

TESIS

Para obtener el Grado de Especialista en Atención al Adulto en Estado Crítico.

Presenta:

L.E. María de Jesús Salgado Reyna

Directora de tesis

M. en C. Paola Adanari Ortega Ceballos

Cuernavaca Morelos Noviembre 2018

Dedicatoria

A Dios

Por las bendiciones que me ha concedido, porque es el único que ha permanecido a mi lado siempre por darme fuerzas para mantenerme de pie y seguir avanzando cuando todo se veía oscuro por la sabiduría para culminar este proceso que no fue nada fácil.

A mi esposo Miguel Ángel Moyao por su apoyo incondicional.

A mi hijo Ángel Emilio por la paciencia que me ha tenido, aunque me diga que lo abandone cuando en realidad estaba en prácticas y por todas esas noches que no pude estar con él para dormirlo eres mi inspiración para seguir adelante.

A mi suegros Alberto y Lorena por cuidar de mi hijo mientras estudiaba y trabajo a su vez.

A mis padres: por su apoyo incondicional.

A mi amigo Luis: por sus consejos y palabras de aliento. Cuando sentía que ya no podía.

A mi Asesora: La maestra Adanari Paola por su tiempo, paciencia, apoyo y dedicación para conmigo muchas gracias.

Índice

Dedicatoria	3
Resumen	6
Abstract	7
Introducción:	1
CAPÍTULO I. GENERALIDADES	2
1.1 Planteamiento del problema:.....	2
1.2 Pregunta de investigación:	3
1.3. Justificación	4
1.4. Objetivo general	5
1.4.1. Objetivos Específicos:	5
1.5 Antecedentes.....	6
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO	8
2.1 Marco conceptual	8
2.2 Tipos de capacitación.....	14
2.3. Como surgen las unidades de cuidados intensivos e intermedios:	15
2.4. Modelo de enfermería FLORENCIA NIGHTINGALE	16
2.5. Marco Referencial	22
Capitulo III. Métodos	27
3.1. Tipo de investigación.....	27
3.2. Diseño de la investigación.....	27
3.3. Definición de variables	27
3.4. Población de estudio	32
3.5. Técnica de análisis de datos	32
3.6. Instrumento de recolección de datos.....	32
3.7. Criterios de selección	33
3.7.1. Criterios de Inclusión:.....	33
3.7.2. Criterios de Exclusión	33
3.7.3. Criterios de eliminación	33
3.8. Análisis de la información.....	33
3.9. Consideraciones éticas y de Bioseguridad.....	34
3.10. Limitaciones del estudio	35

3.11 Bibliografía	36
3.12 Anexos.....	38

Resumen

Introducción: La capacitación de enfermería es un proceso permanente para adquirir, mantener, renovar, reforzar, actualizar e incrementar los conocimientos; esto es necesario para que se vea reflejado en la disminución de defunciones en el área de terapia intermedia.

Objetivo: Analizar la relación de la capacitación con la mortalidad en el área de terapia intermedia de un Hospital de segundo nivel de atención.

Métodos: Se realizará un estudio cuantitativo, transversal, descriptivo. Se analizará los certificados de defunción en pacientes que hayan ingresado a la terapia intermedia entre el año 2017 y 2018 y se obtendrá información sobre capacitación del personal de enfermería que haya estado en contacto con pacientes de terapia intermedia durante ese mismo periodo.

Resultados esperados: La capacitación es evaluada de deficiente a excelente en los diferentes niveles académicos, especialmente en las personas que tienen posgrado, lo que se asocia con el nivel académico, las especialistas evalúan mejor la planeación que las auxiliares. Con personal altamente calificado para brindar cuidados integrales de enfermería se disminuiría el alto índice de mortalidad en la terapia intermedia ya que se brindaría atención con calidad y calidez.

Abstract

Introduction: Nursing training is a permanent process to acquire, maintain, renew, reinforce, update and increase knowledge; it is necessary so that it is reflected in the decrease of deaths in the area of intermediate therapy.

Objective: To analyze the relationship between training and mortality in the area of intermediate therapy of the hospital second level.

Methods: A descriptive cross-sectional, quantitative, study will be conducted in patients who have entered intermediate therapy and have died between 2017 and 2018, and information will be obtained on the training of the nursing staff that has been in contact with intermediate therapy patients during that same period.

Expected results: The training is evaluated from good to excellent in the different academic levels, especially from those with a postgraduate degree, which is associated with the academic level; the specialists evaluate the planning better than the auxiliaries do. With highly qualified personnel to provide comprehensive nursing care, the high mortality rate in intermediate therapy would be reduced, since care would be provided with quality and warmth.

Introducción:

La capacitación es un proceso educativo que acompaña al ser humano desde su origen, es parte integrante de la vida y ocurre de manera continua, dinámica y en diferentes tiempos y espacios. Es un proceso permanente para adquirir, mantener, renovar, reforzar, actualizar, e incrementar los conocimientos en el personal de enfermería. (1)

Durante muchos años el proceso educativo en enfermería se ha basado en el conductismo, con un aprendizaje por repetición y de esencia autoritaria; sin embargo, la tendencia actual responde a una teoría constructivista, donde las enfermeras sean críticas y analíticas en el ejercicio profesional. (1)

Esto requiere de la aplicación de un proceso educativo revolucionario, que permita amalgamar el aprendizaje previo, la experiencia y las características personales e institucionales. (2)

Nightingale entendió claramente que solo se realizará una buena práctica con una buena formación. Este mensaje aparece en todos sus escritos sobre enfermería.

El hospital General de Tetecala se cuenta con una plantilla de 94 enfermeras en total de las cuales 3 son licenciadas en enfermería, 3 especialistas en pediatría, 41 licenciadas en enfermería y obstetricia, 2 con pos técnico en quirúrgica, 2 con pos técnico en urgencias y 32 enfermeras técnicas.

Mortalidad general en Morelos como a nivel nacional se ha visto dominada por enfermedades crónico-degenerativas tales como la diabetes mellitus, enfermedades del corazón y tumores malignos y en el área de terapia intermedia son neumonías asociadas a ventilación mecánica, traumatismo craneoencefálico, eventos vasculares cerebrales, sepsis, Neumonía nosocomial. (3)

CAPÍTULO I. GENERALIDADES

1.1 Planteamiento del problema:

En la terapia intermedia diaria supone habilidades como destrezas y conocimientos que deben ser puestos en práctica para así prestar una buena atención de calidad y calidez para con el paciente que será evaluado por el paciente y sus familiares según la satisfacción del paciente.

Siendo el profesional de enfermería quien tiene bajo de responsabilidad el cuidado de los pacientes en estado crítico la mayor parte del tiempo inmunocomprometidos que necesitan cuidados especiales, monitoreo continuo, cuidados de medios invasivos, con riesgo a la mortalidad ya que la enfermera debe estar preparada para cualquier evento que pueda llegarse a presentar que comprometa la vida del paciente.

Tratar a los pacientes con alto riesgo de mortalidad es un gran desafío que enfrenta el personal de enfermería, porque no sabemos el desenlace que se presentará para cada paciente, ya que todos son diferentes al igual que los diagnósticos por los que ingresan al área de terapia intermedia.

La capacitación continua y permanente hacia los profesionales de la salud modifica conocimientos y así se puede brindar cuidados actualizados, y permite incrementar la calidad de vida de los pacientes y así disminuir los días de estancia intrahospitalaria.

En un Hospital de segundo nivel de atención se reporta registros de una mortalidad bruta de 3.0% y ajustada de 1.7% en pacientes de terapia intermedia con diagnósticos presuncionales de muerte indefinidos, se ha observado que en el área de terapia intermedia continúan adquiriendo comorbilidades aun no estudiadas que modifican las condiciones y alteran el curso natural de la enfermedad de pacientes, modificando la terapéutica a seguir, así como los cuidados que estos generan; por lo que aumentan los recursos que la institución debe proveer para su cuidado.

Por lo anteriormente planteado se tiene como objetivo del proyecto de investigación analizar cuál es la relación de la capacitación, con la mortalidad en el área de terapia intermedia en un Hospital de segundo nivel de atención.

1.2 Pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre la capacitación del personal de enfermería y la mortalidad en el área de terapia intermedia de un Hospital de segundo nivel de atención?

1.3. Justificación

La presente se realiza en un Hospital de segundo nivel de atención en el área hospitalización, urgencias, terapia intermedia no se cuenta con médicos especialistas suficientes por lo tanto los médicos de urgencias son los que atienden a dichos pacientes, sin embargo se ha observado que es elevado índice de mortalidad de pacientes que ingresan a los servicios de terapia intermedia.

La elevada mortalidad en el área de terapia intermedia de un hospital de segundo nivel de atención se requiere realizar una investigación para determinar ¿cuál es la relación de la capacitación en el personal de enfermería con la mortalidad? ya que los pacientes y familiares son los más afectados al no recibir atención de calidad.

Conocer las principales comorbilidades en la terapia intermedia es fundamental para tomar acciones y monitorizar los progresos, ya que además se generará información confiable para así saber si hay relación de la mortalidad con la capacitación del personal de enfermería, sus comorbilidades y analizar de ser necesario aumento en los recursos materiales e insumos, así como capacitar al gremio de enfermería y pasantes de servicio social de enfermería.

1.4 Objetivo general

- ❖ Analizar la relación de la capacitación con la mortalidad en el área de terapia intermedia de un hospital de segundo nivel de atención.

1.4.1. Objetivos Específicos:

- ❖ Conocer el grado académico del personal de enfermería y la relación que existe con la mortalidad en la unidad de terapia intermedia de un hospital de segundo nivel de atención.
- ❖ Conocer el nivel de educación continua o informal y la relación que existe con la mortalidad en una unidad de terapia intermedia de un Hospital de segundo nivel de atención.

1.5 Antecedentes

El desarrollo de la atención de enfermería, en su sentido amplio, requiere de personal altamente calificado que intervenga en los procesos de dirección y toma de decisiones en la asistencia, docencia e investigación. Para efectuar un trabajo con eficiencia, eficacia y efectividad requiere, además, de un pensamiento científico, un conocimiento actualizado y científicamente estructurado y del ejercicio de una práctica de enfermería sobre bases científicas. (4)

El proceso educativo se encuentra influenciado por diversas teorías pedagógicas que han resuelto mediante la capacitación continua las necesidades académico-formativas, de manera pertinente y oportuna en los profesionales de enfermería, ya que además de ser una estrategia de fortalecimiento, el personal que cuenta con capacitación continua, valoriza su trabajo, es proactivo, analítico, mejora la productividad y, lo más importante de todo, proporciona cuidados seguros y de calidad que se reflejan en mejores resultados en los pacientes.

Resulta evidente y de vital importancia la implementación del pensamiento crítico y analítico en el proceso educativo, no sólo del profesional de enfermería, sino de cualquier profesión que desee mantenerse a la vanguardia.

Un estudio reciente realizado en Cuba descubrió que, cuando la cantidad de personal de enfermería cayó por debajo de los niveles objetivos en un hospital grande, murieron más pacientes a pesar de que el personal estaba capacitado. (4)

Según la investigación que aparece en la edición del 17 de marzo de la New England Journal of Medicine, señalan los autores que, el hallazgo podría ofrecer una guía en una era de la escasez de enfermeras y la reducción de costos, y el enfoque debería pasar del costo a la seguridad de los pacientes.

Los hospitales necesitan saber cuáles son las necesidades de enfermería para sus pacientes y mejorar la cantidad de personas disponibles en estos cargos, aseguró Jack Needleman, autor líder del estudio, profesor de servicios de salud de la Facultad de salud pública de la Universidad de California en Los Ángeles.

"Los pacientes tienen derecho a estar seguros en el hospital y a que se les atienda de manera confiable, y con personal capacitado para así contar con enfermeras que tengan suficiente tiempo para asegurarse de que no están desarrollando complicaciones prevenibles con consecuencias permanentes", aseguró Needleman.

CAPITULO II.MARCO TEÓRICO

2.1 Marco conceptual

Mortalidad: el termino mortalidad se refiere en parte a la calidad de mortal; es decir de lo que ha de morir o está sujeto a la muerte, todo lo contrario, a la vida.

La mortalidad en el ámbito demográfico es la relación que existe entre el número de defunciones ocurridas durante un tiempo determinado, por lo general un año y la población total de una entidad geográfica cualquiera. (5)

El fenómeno de la mortalidad se expresa a través de la tasa o índice de mortalidad, la cual puede definirse como el número de muertos por cada mil habitantes en relación con la población total a lo largo de un periodo establecido. Se suele expresar en tanto por ciento o tanto por mil.

Los datos de mortalidad según indican el número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa. Los datos de la mortalidad de la OMS reflejan las defunciones recogidas de los sistemas nacionales de registro civil, con las causas básicas de defunción codificadas por autoridades nacionales.

La causa básica de defunción se define como “la enfermedad o lesión que desencadeno la sucesión de eventos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o acto de violencia que produjeron la lesión mortal “, según lo expuesto en la clasificación internacional de enfermedades. (6)

Al paso de los años la mortalidad ha ido cambiando y enfermedades que antes eran incontrolables ahora se han ido erradicando progresivamente, como por ejemplo las enfermedades infecciosas para dar paso a las enfermedades crónico degenerativas dentro de este grupo de enfermedades. Según la OMS menciona las 10 principales causas de muerte en el mundo:

- 1.- Cardiopatía isquémica
- 2.- Accidente cerebro vascular
- 3.- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- 4.- Cáncer de pulmón, tráquea y bronquios

5.- Diabetes

6.- Demencia

7.- Infecciones de las vías respiratorias inferiores

8.- Enfermedades diarreicas

9.- Tuberculosis

10.- Accidentes de tránsito

Las principales causas de mortalidad en el mundo son la cardiopatía isquémica y el accidente cerebro vascular, que ocasionaron 15 millones de defunciones en 2015 y han sido las principales causas de mortalidad durante los últimos 15 años. (7)

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) causó 3,2 millones de fallecimientos en 2015, mientras que el cáncer de pulmón, junto con los de tráquea y de bronquios, se llevó la vida de 1,7 millones de personas. (7)

La cifra de muertes por diabetes, que era inferior a un millón en 2000, alcanzó los 1,6 millones en 2015.

Las muertes atribuibles a la demencia se duplicaron con creces entre 2000 y 2015, y esta enfermedad se convirtió en la séptima causa de muerte en el mundo en 2015. (7)

Las infecciones de las vías respiratorias inferiores continúan siendo la enfermedad transmisible más letal; en 2015 causaron 3,2 millones de defunciones en todo el mundo.

La tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas, que se redujo a la mitad entre 2000 y 2015, fue de 1,4 millones de muertes en 2015. (6)

Según el Anuario de la Secretaria de Salud 2016, refiere que han disminuido las muertes por tuberculosis durante el mismo periodo, pero esta enfermedad continúa siendo una de las 10 principales causas de muerte, con 1,4 millones de fallecimientos.

Los accidentes de tránsito se cobraron 1,3 millones de vidas en 2015; tres cuartas partes de las víctimas (el 76%) fueron varones.

La Secretaría de Salud se encarga de realizar un censo en el cual refiere que la mortalidad general en Morelos como a nivel nacional se ha visto dominada por enfermedades crónico-degenerativas tales como la diabetes mellitus, enfermedades del corazón y tumores malignos que en el Estado ocupan el 44% del total de causas de muerte.

La evolución de las enfermedades crónico degenerativas en esta primera década del presente siglo de este tipo de enfermedades como causa de muerte, han tenido una velocidad superior al crecimiento poblacional, por lo que el impacto socio-económico es un verdadero reto para el desarrollo de la sociedad y sus servicios de salud, sobre todo con la aparición de las insuficiencias renales y enfermedades cerebrovasculares y la permanencia de las infecciones. (6)

Las enfermedades crónico-degenerativas han evolucionado hacia el alza del año 2000 al 2010 en forma relevante, viéndose acompañadas por los homicidios y los accidentes.

Finalmente, en la edad pos productiva (65 años y más) ante los cambios en la estructura poblacional, la calidad de vida con el cambio de los hábitos costumbres de la alimentación y el urbanismo han derivado en un incremento relevante en las tasas anuales de mortalidad.

Desde hace varias décadas existe la necesidad de atender de forma preferente a pacientes en peligro de mortalidad, situación que se refleja desde el año 1854 durante la Guerra de Crimea, cuando Florence Nightingale consideró que era preciso separar a los soldados en estado de gravedad de aquéllos que sólo tenían heridas menores para cuidarlos de manera especial, logrando reducir la tasa de mortalidad de la batalla de 40% a 2%. (8)

Para el año de 1950, el anestesiólogo Peter Safar creó un área de cuidados intensivos en la que mantenía a los pacientes sedados y ventilados, por cual es considerado el primer intensivista.

Las epidemias de poliomielitis de 1947 a 1952 obligaron a concentrar a los pacientes con parálisis respiratoria en unidades llamadas de «respiración artificial». En este periodo fue realmente importante la labor desarrollada en Alemania por R. Aschenbrenner y A. Dónhardt, quienes en condiciones precarias realizaron una auténtica labor de pioneros.

Los primeros servicios de respiración artificial fueron desarrollados en Dinamarca por Lassen, Dam, Ipsen y Poulsen; en Suecia por Holmdahl y en Francia por Mollaret como respuesta a las epidemias de poliomielitis y que surgieron de la necesidad de vigilar y ventilar constantemente a los enfermos. (9)

Las primeras unidades centrales de tratamiento y cuidado intensivo en el sentido actual de este concepto fueron instaladas por iniciativa de P. Safar en Baltimore en 1958 y en Pittsburg en 1961.

Con el paso del tiempo estas unidades fueron creándose en hospitales de todo el mundo a la par de los avances tecnológicos y el desarrollo de la medicina.

Hoy en día existen unidades de cuidados intensivos específicas para diferentes especialidades de la salud. Las unidades de cuidados intensivos (UCI) son servicios dentro de las instituciones hospitalarias que poseen una estructura diseñada para mantener las funciones vitales de pacientes en riesgo de fallecer, creadas con la finalidad de recuperación del paciente. (9)

En la Declaración de Ética en Medicina Crítica y Cuidados Intensivos nos presenta un documento fue suscrito el pasado 16 de junio en el seno del Congreso Mundial de Medicina y Cuidados Intensivos celebrado en Madrid y nos dice:

"La Medicina Crítica o Intensiva es la rama de la Medicina dedicada específicamente a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las condiciones fisiopatológicas que amenazan la vida". Para ser puesta en práctica se requiere de personal médico de enfermería y técnico especialmente adiestrado, así como de áreas hospitalarias con diseño equipamiento y dotación específicos.

El respeto por la dignidad de las personas constituye, en todo momento el deber principal del médico. Este deber se encuentra especialmente realizado en la Medicina Crítica, por el tipo de cuidados que requieren los pacientes y por la alta responsabilidad que supone la preservación de sus vidas como personas. (10)

Los objetivos principales de las intervenciones médicas en Medicina Crítica son:

- a) Salvar o prolongar la vida.
- b) Aliviar el sufrimiento
- c) Evitar daños que puedan producirse en el curso de los cuidados.
- d) Restitución de la salud.

El propósito final de tratamiento de los pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es su total recuperación, de tal forma que estén en condiciones de reincorporarse al seno de sus familias y de la sociedad. (10)

En México la construcción del marco regulador de capacitación ha sido progresiva, por ello surge el artículo 123, apartado A, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, misma que establece que las empresas, cualquiera que sea su actividad, estarán obligadas a proporcionar a sus trabajadores capacitación o adiestramiento para el trabajo; estos preceptos constitucionales son adicionados a la Ley Federal del Trabajo, en su artículo 153 que trata sobre la Capacitación y Adiestramiento de los trabajadores. (11)

Bajo esta perspectiva, el derecho a la capacitación, por un lado, ha originado que las empresas se ocupen del tema; y por otro, que haya instituciones que vigilen la aplicación de lo establecido en esta materia.

De esta manera, cuando se habla de capacitación continua, es preciso entender que el trabajador, cuando asume una actividad profesional, trae un conocimiento previo, resultado de toda su historia de vida y de la preparación profesional formal exigida.

La competitividad de las instituciones se basa cada vez más en la capacidad innovadora, entendida como la potencialidad para efectuar cambios organizacionales, desarrollo de nuevas formas de vinculación con el mercado y aseguramiento de la calidad, todo bajo la premisa de crear ambientes de aprendizaje que propicien confianza, respeto y libertad, y que favorezcan al mismo tiempo mayor involucramiento y compromiso entre los participantes de cada proceso de capacitación, así como el diseño de estrategias de mejora con base en las necesidades específicas de la institución de salud (11)

Atención de enfermería

La atención de Enfermería, en su sentido amplio, requiere de personal altamente calificado que intervenga en los procesos de dirección y toma de decisiones en la asistencia, docencia e investigación. Para efectuar un trabajo con eficiencia, eficacia y efectividad requiere, además, de un pensamiento científico, un conocimiento actualizado

y científicamente estructurado y del ejercicio de una práctica de enfermería sobre bases científicas (13).

Capacitación

Cabe mencionar que capacitación hacia el personal de enfermería va de la mano con la calidad y que es importante contar con personal altamente capacitado para así brindar una atención de calidad y calidez para con los pacientes ya que la capacitación es definida como un proceso activo y permanente que consiste en adquirir, mantener, renovar, reforzar, actualizar e incrementar los conocimientos, las destrezas, habilidades y actitudes que le permitan enfrentar y resolver o en su caso contribuir a la mejora de los problemas a fin de preservar, mejorar la competencia y actitudes del personal de enfermería. (14)

El objetivo de la capacitación hacia el personal de enfermería es de enfrentar los cambios tecnológicos y de innovación productiva de manera competente y provechosa. De esta manera, cuando se habla de capacitación continua, es preciso entender que el trabajador, asume un rol de un profesional de la salud que, trae un conocimiento previo, resultado de toda su historia de vida y de la preparación profesional acompañado de calidad que se ha definido como a características que responden a las necesidades del cliente y la ausencia de deficiencias y queda claro que cuando se habla de capacitación se encuentran procesos de mejora continua, no de supervisión ni correcciones.

Es toda una cultura y debe adoptarse en la mente del cliente interno para obtener beneficios con menos errores en los procedimientos, reducción de conflictos y por ende, lograr la efectividad organizacional.

Estrada define a la capacitación como un proceso activo y permanente que consiste en adquirir, mantener, renovar, reforzar, actualizar e incrementar los conocimientos, las destrezas, habilidades y actitudes que le permitan enfrentar y resolver, o en su caso, contribuir a la mejora de los problemas a fin de preservar, mejorar la competencia y actitudes del personal de enfermería. (14)

En “La teoría sin la práctica está vacía y la práctica sin la teoría, ciega Cross, 1981, refiere que para conseguir el verdadero progreso, disciplina y profesión deben ir de la mano, la teoría y la práctica deben complementarse y retroalimentarse.

Una acertada definición la ofrece M. Françoise Collière: “El arte que precede a todos los demás, acompañando las grandes etapas de la vida, desde el nacimiento hasta la muerte, permitiendo su continuidad y ayudando a la persona a atravesar las etapas más difíciles de la vida”

2.2 Tipos de capacitación:

Por su formalidad.

Capacitación no formal: Educación no formal es entonces la modalidad educativa que comprende todas las prácticas y procesos que se desprenden de la participación de las personas en grupos sociales estructurados, deliberadamente educativos, pero cuya estructura institucional no certifica para los ciclos escolarizados avalados por el Estado. Cualquier método educativo que no quepa dentro del marco de la llamada formal, o conducente a obtener títulos académicos. Así la define Coombs y Ahme.

Capacitación formal: Estaría delimitado a lo que se inscribe en los ciclos organizados y avalados por el estado que certifica y acredita ante el gobierno correspondiente para proseguir con otro ciclo educativo. Escolar, sistémica, reglada, regular, no flexible, integral y Continuada. (15)

Capacitación no formal: La educación no formal es una alternativa, una oportunidad para las personas que no encuentran en la educación formal una respuesta inmediata a sus intereses y necesidades y que desean o están motivados por nuevos aprendizajes, formación social, adquisición de técnicas, vinculación a grupos de estudio, capacitación laboral o artística, búsqueda de nuevas oportunidades para sentirse útiles, comprometidos consigo mismos y con la sociedad.

Terapia intermedia o intensiva.

Un paciente crítico se considera cuando presenta alguna falla en algún sistema fisiológico mayor, es decir en algún evento o enfermedad que puede poner en peligro su vida y que requiere de monitorización continua las primeras 24 horas.

Se define posteriormente que la medicina crítica o intensiva se dedica a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las condiciones fisiopatológicas que amenazan la vida y requieren de personal altamente calificado, diseño de unidades y equipamiento específico, siendo los objetivos: salvar o prolongar la vida, aliviar el sufrimiento, evitar daños que pudieran producirse en el curso de los cuidados, restituir la salud o sea la recuperación total del enfermo, pero en ocasiones se logra solo parcialmente o no se logra. Esta declaración tiene como fundamento el estatuto 5 de la Constitución de la Federación Mundial de Medicina Intensiva aprobado en la asamblea de Washington DC (1991), así como en el acápite 3 del capítulo 1 de los estatutos de la Federación Mundial de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. (10)

2.3. Como surgen las unidades de cuidados intensivos e intermedios:

Las unidades de cuidados intensivos surgen en el mundo por la necesidad de agrupar a los pacientes graves con riesgo vital en lugares donde la infraestructura tecnológica y la capacidad del personal que laborase en ellos permitiera establecer condiciones diferenciadas que propiciaran su recuperabilidad. (16)

Se define posteriormente que la medicina crítica o intensiva se dedica a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las condiciones fisiopatológicas que amenazan la vida y requieren de personal altamente calificado, diseño de unidades y equipamiento específico, siendo los objetivos: salvar o prolongar la vida, aliviar el sufrimiento, evitar daños que pudieran producirse en el curso de los cuidados, restituir la salud o sea la recuperación total del enfermo, pero en ocasiones se logra solo parcialmente o no se logra. (16)

Esta declaración tiene como fundamento el estatuto 5 de la Constitución de la Federación Mundial de Medicina Intensiva aprobado en la asamblea de Washington DC (1991), así como en el acápite 3 del capítulo 1 de los estatutos de la Federación Mundial de Medicina Crítica y Terapia Intensiva.

Han existido variantes de Cuidados Intensivos, desde unidades especializadas para entidades determinadas como unidades de terapia intensiva cardiovasculares o para pacientes con ictus cerebral hasta las llamadas unidades de Terapia Intermedia, que en nuestro país cumplieron un rol en el contexto de los cuidados progresivos, en el tiempo que fueron creadas y funcionaron. (16)

En la actualidad la capacitación y preparación del personal de enfermería es de vital importancia para el mejor manejo de pacientes y así poder disminuir las complicaciones y así disminuir el número porcentaje de mortalidad en el área de terapia intermedia.

2.4. Modelo de enfermería FLORENCIA NIGHTINGALE

Biografía: Florencia Nightingale, nació el 12 de mayo de 1820, y falleció el 13 de agosto de 1910; tras 90 años y tres meses, de una vida fecunda, entregada a la sociedad como un servicio público de una persona cristiana, sencilla y filantrópica, que estuvo al servicio de los más necesitados.

En su lápida figura las iniciales f.n, nació en 1820-murió en 1910. su biografía fue escrita a su fallecimiento por sr Edgard Cook.

Su vida es fácil conocerla a través de sus escritos llamados. “notas personales” y de sus propios diarios.

De padres hacendados y ricos de la alta burguesía, llamados Fanny y William Edward Nightingale. fue bautizada con el nombre de Florencia, en referencia al lugar de nacimiento, tras su viaje por el norte de la península itálica, fue la segunda de diez hermanos, cinco varones y cinco mujeres. (17)

F. N, nunca se convirtió al catolicismo, era una cristiana que seguía una línea de pensamiento libre distinta a la doctrina de la iglesia católica, es decir un verso suelto independiente en el cristianismo como concepción de vida. a los tres años de estar viajando la familia por Europa, regresa a Londres, donde conocerá la miseria, pobreza y enfermedades de la población en los barrios populares de las grandes ciudades, como Londres y Liverpool.

También hay que destacar en ella, la lucha por la emancipación de la mujer por abrir nuevos rumbos profesionales y reconocidos, así como el derecho al voto en igualdad que el hombre, aunque esto último la sociedad no había evolucionado lo suficiente; transcurrirían décadas para ser una realidad en Inglaterra. en España sería el año 1931.

Era una persona graciosa, ocurrente, viva y bien parecida. tuvo un largo periodo largo de incertidumbre, y tras recapacitar, toma una decisión de lo que ella quería, tuvo que enfrentarse a sus padres y hermana, ya que el pensamiento de entonces, de dedicarse a los enfermos y miserables, era una labor fuera de su rango social, y mal visto por la alta sociedad de su tiempo. los padres trataban de distraerla con bailes, conciertos y reuniones de sociedad, así como relacionarla con amistades. (17)

Ella se dedicó a la causa de los desgraciados, débiles, enfermos, sufrientes e indefensos, sin diferenciar si eran hombres o mujeres., siete años después, toma la decisión de su vocación filantrópica y de caridad. La asistencia sanitaria de la sociedad. En sus escritos: “Las Notas personales o Diarios” escribió:

Desde mis veinticuatro años de edad, nunca hubo vaguedad alguna en mis planes o ideas con respecto a lo que era para mí la Obra de estar con los enfermos. F.N, la hija mayor de una familia inglesa privilegiada, con 31 años recapacitó y culpó a la cultura y sociedad de su tiempo, que limitaba a las mujeres como ella.

Luchó por conseguir para sí una existencia independiente basada en el desarrollo libre y personal de realizar como persona según sus deseos.

Para la mujer proporcionó más adelante un modelo a otras mujeres que deseaban vivir fuera del ámbito del hogar, y de tutela. Sostuvo que el dominio de la mujer debería extenderse más allá de la casa, como en las escuelas, cárceles, hospitales, casa de los pobres y en la calle, adaptando un papel filantrópico de caridad activa. (18)

En la primavera del año 1844, descubrió por fin que su vocación la llamaba a los hospitales, y en junio de 1844, el Dr. Ward Howe, el filántropo norteamericano, fue consultado por F.N sobre sus sentimientos en el cuidado de los enfermos: Le preguntó- “Dr. Howe ¿-cree usted que sería impropio e indecoroso para una joven inglesa consagrarse a la obra de caridad en los hospitales católicos? Él le contestó:¡Adelante!

Ahora debía pensar en algún método para obtener su consentimiento para que entrase en un hospital. No lo tuvo fácil por parte de sus padres.

Situación sanitaria:

En 1845 los hospitales de Inglaterra, eran lugares de miseria, degradados y lúgubres, el olor a hospital, resultado de la suciedad y de la falta de instalaciones sanitarias, por lo general era tan fuerte que las personas que entraban en las salas por primera vez, sentían náuseas. (17)

Las salas eran generalmente grandes, desnudas y tristes. En ellas se amontonaban las camas, unas cincuenta o sesenta en cada una de las salas, separadas por sesenta centímetros.

F.N escribió en sus Notas sobre hospitales: “Los pisos eran de una madera ordinaria que a causa de la falta de limpieza y de la falta de comodidades sanitarias para los enfermos, se había saturado de materia orgánica, y cuando los lavaban desprendían un olor a algo muy distinto del jabón y del agua.

Las paredes y los cielorrasos eran de yeso común y estaban también saturados con impurezas. La calefacción la proporcionaba una sola chimenea en el extremo de cada sala, y en invierno se dejaban cerradas las ventanas para mantener el calor, a veces durante meses seguidos, así que la higiene por ventilación estaba ausente.

En 1854 escribió F.N.: Las enfermeras no lavaban por lo general a los enfermos, carecían de agua para el aseo completo, solo tenían para lavarse las manos y las frutas. (19)

Era una práctica común poner a un nuevo enfermo en la misma sábana usada por el anterior ocupante de la cama, los colchones eran por lo general de estopa podrida, y rara vez, si alguno estaba limpio”

En otra carta escrita el 29 de mayo de 1854, expone cómo dormían las enfermeras en uno de los hospitales más famosos de Londres: “Las enfermeras dormían en jaulas de madera en los descansos de las escaleras, fuera de las puertas de las salas donde les era imposible dormir a ninguna mujer decente, donde a la enfermera nocturna le era imposible dormir de día a causa del ruido y donde no había luz ni aire”.

Gran número de enfermos estaban a cargo de una sola enfermera nocturna, ella tenía que encargarse de cuatro salas, y cada sala ocupada por unos cincuenta enfermos.

En el siglo XVIII y XIX, con la revolución industrial creció la población en las ciudades importantes de Inglaterra, en la que las instituciones caritativas de las Iglesias protestantes y católica quedaron desbordadas. (17)

FORMACIÓN DE LA ENFERMERÍA:

Florencia Nightingale, por fin obtuvo el permiso de su madre Fanny, para ausentarse de casa, y emprender el recorrido de adquirir los conocimientos en los cuidados de enfermería de la época, para ello viajó por diferentes países, visitando hospitales de Francia, Alemania e Irlanda. Fue con el Dr. Fowler y su esposa quienes se habían interesado por su intento de ingresar en la enfermería de Salisbury, en Dublín, donde se proponía ingresar en el Hospital católico de las Hermanas de la Misericordia.

A finales de octubre se fue separando paulatinamente de sus padres y por entonces obtiene la autorización del Consejo de las Hermanas de la Caridad de París (Francia), para trabajar en sus hospitales e institutos, por aquella época los más avanzados de Europa. (18)

En la primavera de 1854 comenzó a visitar hospitales y a recoger datos para iniciar una campaña con objeto de mejorar la situación de las enfermeras en su país (Inglaterra). Las enfermeras en Inglaterra estaban mal pagadas, alojadas y mantenidas; en los hospitales se practicaba el agiotaje, los nombramientos de médicos y enfermeras eran con frecuencia el resultado del soborno, y el nepotismo.

A finales del verano de 1854, fue el final de un largo aprendizaje, había terminado y estaba forjando el instrumento que se ajustaría exactamente a su proyecto sanitario.

Después de un largo recorrido por los diferentes países como Francia, Alemania, Italia, Suiza y Londres (Inglaterra), de los innumerables kilómetros recorridos por los hospitales, prisiones, asilos y orfanatos, de las cuantiosas preguntas que había hecho, anotaciones de cifras clasificadas, con todo ello, contribuyó con sus conocimientos adquiridos a forjar una profesión de enfermería calificada y con garantías en el ejercicio de los cuidados a los enfermos, dándole a la profesión un contenido añadido de conocimientos en la estadística, la gestión de cuidados y la participación en el diseño interior de un hospital.

Nightingale entendió claramente que solo se realizara una buena práctica con una buena formación. Este mensaje aparece en todos sus escritos sobre enfermería. La formación consiste en capacitar a una enfermera para que actúe del mejor modo posible, como ser inteligente y responsable. Resulta difícil imaginarse como sería en la actualidad el cuidado de los enfermos si Nightingale no hubiera definido las necesidades de formación de las enfermeras y no hubiera creado estas primeras escuelas. (19)

LA GUERRA DE CRIMEA:(1853-1856)

Comienzos: El zar de Rusia, Nicolás I, fue quien dio el paso hacia la guerra en Europa, con la pretensión de reanudar la tradicional intención de ocupar los territorios danubianos en 1853.

Los designios de Rusia chocaban con los intereses de Francia en Siria y amenazaban la ruta mediterránea hacia la India en poder de Inglaterra. Las consecuencias fueron permitir una alianza de intereses de Francia e Inglaterra, para apoyar a Turquía enfrentada a Rusia. (17)

En marzo de 1854, Inglaterra y Francia declaran la guerra a Rusia. Los ejércitos aliados desembarcan en Crimea. Los turcos y rusos llevan un año en guerra, y a este conflicto se unen a los turcos las potencias occidentales.

De esta situación, la información fue recogida en los “Libros Azules” que llenan las estanterías, cuyas páginas en su lectura desprende un hedor de miseria, suciedad, desesperación de los soldados en la guerra de Crimea.

Acontecimientos: La primera operación del ejército británico fue socorrer a la ciudad de Silistra, (Rumanía), entonces provincia turca, que estaba sitiada por el ejército ruso, los británicos establecieron una base de operaciones en Escútari, una gran aldea en la Costa del Bósforo, para desembarcar en Varna, Bulgaria. En la zona estalló una epidemia de

cólera, donde el ejército se convirtió en un ejército de inválidos, los turcos levantaron el sitio de Silistra por su propia cuenta. Cuando los británicos se embarcaron en Varna para desplazarse a Crimen, no había bastante transporte para llevar a los soldados y su equipo a través del Mar Negro. Se amontonaron treinta mil soldados, hubo que dejar en tierra los alimentos de carga, las tiendas de campaña, los equipos de cocina, las ambulancias, los botiquines, los colchones, ropa y provisiones; este ejército británico desembarcó sin ninguna clase de transporte.

La coalición anglo-francesa ganaron la batalla de Alma, pero los heridos pagaron las consecuencias por la falta de equipos y servicios sanitarios. No había vendas, tablillas, cloroformo, morfina etc. Las amputaciones se realizaban sin anestesia, los cirujanos trabajaban a la luz de la luna, porque no había velas ni lámparas, a la que se le unió el inesperado desastre causado por el cólera, que contribuyó a la desorganización total. Se habilitó un cuartel de los turcos como hospital central, donde llegarían los heridos y enfermos de cólera, todos amontonados, (1200 enfermos) transportados en un barco por el Mar Negro, con capacidad para 250 enfermos. (18)

La suciedad era indescriptible, los enfermos yacían en la corredera sobre suelos sucios y podridos llenos de chinches. No había almohada ni sábanas o el casacón manchado de sangre y porquería con que se cubría desde hacía más de una semana. No había mamparas, ni mesas de operaciones, las amputaciones se realizaban en las salas a la vista de los enfermos.

Ante esta calamidad sanitaria, envió el Gobierno Británico a Florencia Nightingale, para que fuera a Escútari al frente de enfermeras con plenos poderes, con el nombramiento de Inspectora de la Institución de enfermeras de los hospitales generales ingleses en Turquía.

La selección de enfermeras sería muy difícil la elección de enfermeras, la elección quedó a su cargo y el grupo fue fijado en cuarenta. Cada enfermera firmó un contrato en la que comprometía a obedecer absolutamente las órdenes de la señorita Nightingale. Fueron contratadas catorce enfermeras profesionales que había practicado en hospitales, las restantes eran miembros de instituciones religiosas. Ella elegía en función de su idoneidad y no de sus creencias religiosas. A este grupo se las unió diez monjas católicas, y se accedió a que quedaran completamente a las órdenes de Florencia. (18)

La mortalidad y el desastre de Crimen era elevado, fruto no de la guerra sino del sistema que regía la administración sanitaria del ejército británico. N.T se dispuso a emprender la gigantesca tarea de reformar la administración sanitaria del ejército. Según sus declaraciones ante la Comisión sanitaria, de lo que se encontró en los hospitales de guerra era lo siguiente: "Es imposible describir la atmósfera del hospital cuartel por la noche, las camas fatales, los enfermos colocados en esas camas morían rápidamente. Se hallaba cerca de los puestos de las letrinas, donde los gases desprendían un olor insoportable, el agua era insuficiente y estaba contaminado.

Descubrieron que el canal por donde fluía el agua se descubrió que la corriente de agua pasaba a través de los restos podridos de un caballo muerto. Las letrinas eran abiertas y carecían de medios de limpieza. El patio y los recintos del hospital estaban sucios.

F.N, consiguió la clasificación de los enfermos según su diagnóstico y especialidad, así como por la edad: Niños, adultos y o ancianos, en edificios o pabellones separados.

En resumen, la Reforma de los hospitales y la Atención sanitaria a los enfermos, constituyeron el ABC, de la salud en Inglaterra.

A. Los enfermos, locos, incurables, niños, madres, etc. serán tratados separadamente en distintos pabellones o Instituciones, y no mezclados en la enfermería, y salas de los hospitales.

B. Debe haber una Administración única, para conocer la Administración Central, que gestione recursos, donde hay camas vacantes y pudiera distribuir a las enfermeras, médicos y sus medios.

C. Se proporcionarán establecimientos adecuados para el cuidado, higiene, alimentación, terapias y tratamientos de los enfermos.

Después de un largo periodo apasionado por la defensa de la enfermería como profesión, y contribuir así con el estado de bienestar sanitario y social, Florencia Nightingale comenzó a deteriorarse su salud con la edad.

En 1895 y 96, empezó a disminuir la memoria y la visión en 1891, Ella quedó casi completamente ciega, y progresivamente comenzó a fallar la inteligencia. No siempre se daba cuenta de lo que le rodeaba.

En 1906 quedó completamente ciega con pérdida de la memoria. Ya en 1910, un trece de agosto, fallecía Florencia Nightingale, precursora de la enfermería profesional, cuyo modelo se extendió principalmente entre los Países de habla inglesa. Su cadáver fue conducido por seis sargentos del ejército británico, en Honor, por la gran labor sanitaria realizada, así como el reconocimiento Internacional de la Conferencia de la Sociedad de la Cruz Roja. (18)

2.5. Marco Referencial

La Capacitación son estrategias muy utilizadas en los medios de salud, dado que estos poseen un efecto beneficioso sobre el personal y sobre los cuidados que estos entregan a los usuarios de distintas instituciones.

La capacitación del personal de salud es un asunto de suma importancia a nivel nacional e internacional. Esto lo explicita la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Una revisión bibliográfica realizada entre marzo y abril del año 2014, dice que las capacitaciones tienen un beneficio positivo en el personal de salud, como en las instituciones en las cuales se desempeñan

Se realizó un estudio en Cuba para valorar la capacitación de los profesionales de enfermería. Se basan en cuatro principios básicos que rigen su actuar:

1. Ayudar al paciente a conservar su personalidad.
2. Ayudar al paciente a recuperar su salud.
3. Proteger al paciente de lesiones o agentes externos o enfermedades.
4. Ayudar al paciente a incorporarse a la sociedad.

Se encontró que el desarrollo de la atención de enfermería, en su sentido amplio, requiere de personal altamente calificado que intervenga en los procesos de dirección y toma de decisiones en la asistencia, docencia e investigación. (20)

Para efectuar un trabajo con eficiencia, eficacia y efectividad requiere, además, de un pensamiento científico, un conocimiento actualizado y científicamente estructurado y del ejercicio de una práctica de enfermería sobre bases científicas. El momento trascendental que está viviendo la educación médica cubana es esencial en la formación de los profesionales de enfermería.

Elevar su capacidad de reflexión, investigación y de construcción del conocimiento, repercute en la calidad de los servicios y es un motivo para invertir tiempo y recursos en su capacitación permanente y sistémica, en aras de lograr el perfeccionamiento científico y técnico del profesional, y hacerlo capaz de alcanzar la excelencia en su trabajo y que de esta manera repercuta en los resultados de los servicios de salud.

También se encontró un artículo realizado en provincia de Santiago Cuba en donde nos dice la relación de pacientes ingresados en la Unidad de Terapia Intermedia del Hospital General Docente "Orlando Pantoja Tamayo" a determinar la morbilidad y mortalidad en ellos mediante algunas variables clínico epidemiológicas de interés: edad, sexo, estado al egreso, aplicación de ventilación mecánica, estadía, diagnósticos principales, entre otras.

El resultado obtenido de mayor predominio fue en hombres, la ancianidad y el infarto agudo de miocardio. En general, la mortalidad no fue elevada, excepto en los afectados por enfermedades cerebrovasculares, con estadía prolongada, y en los que recibieron ventilación mecánica invasiva, aunque el índice de ventilación fue relativamente bajo.

En Argentina se realizó un estudio para saber cuáles son las principales causas de muerte en la unidad de terapia intermedia que por las características de la población asistida un elevado índice de mortalidad global.

La mortalidad obtenida fue 72% mayor a la morbilidad. La diferencia entre mortalidades podría parcialmente explicarse por la alta prevalencia de entidades con mortalidades subvaloradas por este modelo pronóstico, como pacientes poli traumatizados y neurocríticos.

En el estudio, Se calculó la mortalidad esperada y la mortalidad obtenida global y se analizó el coeficiente entre ambas mortalidades.

Resultados: Se incluyeron 904 pacientes, 61,82% masculinos y 38,18% femeninos, con una edad media 46 años.

El principal motivo de internación fueron los Traumatismos encéfalo craneanos (TEC) con un 27,7% del total (86% asociados a politraumatismo grave). La mortalidad global obtenida fue del 41,48% vs 24,08% esperable, con un coeficiente de mortalidad de 1,72.

Conclusiones: La UCI estudiada presenta por las características de la población asistida un elevado índice de mortalidad global. La mortalidad obtenida fue 72% mayor a la mortalidad esperable según la puntuación APACHE II, demostrando esta Escala un bajo valor predictivo en nuestra Unidad de cuidados intensivos.

En la ciudad de México se realizó un estudio observacional comparativo y transversal. La muestra fue aleatoria sistematizada fue realizada en dos hospitales para evaluar la capacitación de personal de enfermería y se encontró que la capacitación es evaluada de buena a excelente en las tres categorías laborales y niveles académicos, excepto en las personas que tienen posgrado; el turno que mejor la evalúa es el vespertino (83.34%); el 80% del instituto A y 65% del instituto B evaluaron la capacitación de buena a excelente, lo que se asocia con el nivel académico; las especialistas evalúan mejor la planeación que las auxiliares.

Conclusión: La evaluación general del proceso de capacitación es considerada por el personal de enfermería como adecuada, lo cual se refleja en la asistencia anual a cursos.

Aunque existen conocimientos sobre el tema, no se cuenta con evidencias científicas en el área de terapia intermedia de un hospital de segundo nivel de atención donde se llevara a cabo este estudio, para poder definir la capacitación del personal enfermería y la relación con la mortalidad en los pacientes graves.

Su realización condicionará un conocimiento nuevo sobre esa realidad que hoy constituye un reto.

PRINCIPALES CAUSAS DE COMORBILIDAD EN LA TERAPIA

Sepsis

La sepsis se conceptualiza como la respuesta inflamatoria sistémica a la infección donde, de acuerdo con los polimorfismos genéticos y su impacto en la inmunidad innata, se presentan diferentes patrones de evolución basados en la disfunción endotelial, de coagulación y micro circulatoria, que son la esencia fisiopatológica de esta grave enfermedad y que se traducen en una pléyade de manifestaciones de acuerdo con su impacto en las funciones orgánicas. (21)

A pesar del conocimiento adquirido y la difusión, aún prevalece la falta de información sobre esta enfermedad en los diferentes grupos médicos involucrados en su manejo.

La sepsis es sub diagnosticada y sus mecanismos fisiopatológicos y manejo integral son poco conocidos entre el personal de salud, lo que se traduce en un manejo y reporte sanitario inadecuados. (21)

A diferencia de otras enfermedades como el cáncer, la cardiopatía isquémica, la diabetes mellitus, el síndrome metabólico, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida y el trauma, no es conocida por la población general, dándole poca importancia las autoridades sanitarias y los medios de información

La sepsis es una enfermedad muy frecuente en los servicios de Terapia Intermedia que ha aumentado paulatinamente en los últimos años; en México ocurren 40,957 casos por año, con mortalidad de 30%, por lo que es primordial el adecuado control de los pacientes con sepsis. (21)

Diabetes Mellitus

La Diabetes Mellitus (DM) es considerada como un problema importante de salud pública mundial, es actualmente una de las enfermedades crónicas no transmisibles más comunes y se está convirtiendo rápidamente en la epidemia del siglo XXI con un incremento continuo en las tasas de incidencia y prevalencia de la enfermedad, provocó 5,1 millones de muertes y ha representado unos 548 000 millones de dólares en gastos de salud en el 2013 (11% del gasto total en todo el mundo. (11)

La diabetes mellitus tipo 2 (DM 2) es una anomalía metabólica en la cual hay un fallo para la utilización adecuada de la glucosa lo que desencadena en una hiperglicemia secundaria, además está en aumento, debido, entre otros factores, a la obesidad e inactividad física y a la menor mortalidad de los pacientes diabéticos.

La afección crónica de presentación más temprana y común de la diabetes mellitus, es la neuropatía diabética, siendo una causa importante de morbilidad y muerte en los pacientes con diabetes. (11)

Neumonía nosocomial asociada a ventilación mecánica:

Se define como Neumonía Nosocomial aquella que se presenta en las 48-72 horas tras el ingreso hospitalario, siempre que se haya excluido un proceso infeccioso pulmonar presente o en periodo de incubación en el momento del ingreso, o aquella neumonía que se presenta en los 7 días tras el alta hospitalaria. Globalmente es la segunda causa de infección hospitalaria tras la infección urinaria y la primera causa de infección en las Unidades de Cuidados Intensivos. (12)

Neumonía asociada a ventilación mecánica es un tipo de infección nosocomial muy frecuente en los pacientes en estado crítico se asocia a altos índice de mortalidad. Su origen depende de varios factores de riesgo como lo son la edad, días de estancia intrahospitalaria, poca movilización, la cantidad de días que ha permanecido con ventilación mecánica, y el uso de medicamentos opioides y sedantes. (12)

Capítulo III. Métodos

3.1. Tipo de investigación

Cuantitativo

3.2. Diseño de la investigación

Observacional transversal descriptiva

3.3. Definición de variables

Edad del paciente, sexo del paciente, número de capacitaciones, mortalidad, diagnóstico de mortalidad, edad de la enfermera, días de estancia hospitalaria del paciente.

Diagnóstico de defunción.

Variables	Definición		Metodológicamente		Estadísticamente			
	Conceptual	Operacional	Dependiente	Independiente	Cuantitativa		Cualitativa	
					Continua	Discreta	Nominal	Ordinal
Mortalidad	Proceso natural mediante el cual desaparece la población	Cardiopatía Diabetes Accidente vasc.Cerebral Epoc		X			X	
Capacitación	Es el resultado de formar, instruir, entrenar o educar a alguien.	a)1-5 cursos b)6-10cursos c)11 a 14cursos c)15 + cursos		X				x
Edad de la enfermera	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	De 18 a 99 años		X		x		
Sexo de la enfermera	Características biológicas, físicas y anatómicas que definen a los seres humanos.	Hombre Mujer		X			X	

Variables	Definición		Metodológicamente		Estadísticamente			
	conceptual	Operacional	Dependiente	Independiente	Cuantitativa		Cualitativa	
					Continua	Discreta	Nominal	Ordinal
Causas de defunción del paciente	Información exclusiva del medico			X			X	
Diagnóstico de defunción del paciente	Fin de la vida		X				X	
Edad del paciente	Tiempo transcurrido desde el nacimiento			X		x		
Sexo del paciente	Características biológicas, físicas y anatómicas que definen a los seres humanos.	Hombre Mujer		X			x	
Estado conyugal del paciente	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia	Soltero (a) Casado (a) Viudo (a) Otro(a)		X				x
Se realizó necropsia al paciente	Exploración física externa del cadáver	a) Si b) No		X			X	

La defunción del paciente fue accidental o violento	Muerte violenta desencadenante de una circunstancia accidental. O xintencional que causo un traumatismo.	a).- Si b).- No		X			X	
Turno en que falleció el paciente	Orden según se alternan varias personas para la realización de una actividad	a)matutino b)vespertino c)nocturno d) jornada		X			X	

3.4. Población de estudio

- Pacientes que hayan ingresado a la terapia intermedia y hayan fallecido entre el año 2017 y 2018.
- Personal de enfermería que haya estado en contacto con pacientes de terapia intermedia entre el año 2017 y 2018.

3.5. Técnica de análisis de datos

Se explorará la distribución de las variables de estudio sobre la relación entre la capacitación y la mortalidad en el servicio de terapia intermedia, de acuerdo a distintas características sociodemográficas, prevalencia de mortalidad y capacitación del personal.

A través del programa estadístico stata v.14 se obtendrá análisis descriptivo para la obtención de medidas de frecuencia, así como de χ^2 .

La χ^2 de Pearson se considera una prueba no paramétrica que mide la discrepancia entre una distribución observada y otra teórica, indicando en qué medida las diferencias existentes entre ambas.

3.6. Instrumento de recolección de datos

Se utilizarán dos instrumentos:

- a) Un instrumento con información de la enfermera de la unidad de Terapia intermedia, se encuentra constituido por dos apartados:
 - ❖ El primero de ellos son los datos sociodemográficos (edad, Sexo, capacitación, mortalidad etc.).
 - ❖ El segundo: estará constituido por 15 preguntas acerca de la capacitación del personal de enfermería en el área de terapia intermedia. Donde se evaluará la capacitación donde: 3 capacitaciones en un año será excelente, dos: muy buena, una buena y cero: deficiente.
- b) Otro instrumento recolecta información del certificado de defunción, el cual tiene dos secciones: datos sociodemográficos (sexo, estado civil, edad), datos de mortalidad (Dx.) y comorbilidad (Dx de enfermedades asociadas).

3.7. Criterios de selección

3.7.1. Criterios de Inclusión:

- Pacientes que hayan sido ingresado en la terapia intermedia durante el periodo del enero 2017 a enero 2018 y que hayan fallecido.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Personal de enfermería a cargo de pacientes de terapia intermedia durante el periodo del enero 2017 a enero 2018.

3.7.2. Criterios de Exclusión

- Pacientes menores de 18 años
- Personal de enfermería que no haya estado a cargo de pacientes de terapia intermedia

3.7.3. Criterios de eliminación

- Se eliminarán a pacientes con expediente clínico incompleto
- Personal de enfermería que conteste menos del 80% del cuestionario.

3.8. Análisis de la información

Se realizará un análisis descriptivo de las variables de capacitación del personal y de las variables relacionadas con la mortalidad de los pacientes. Se obtendrán medidas de tendencia central como media, proporciones. Para realizar la relación de la capacitación con la mortalidad se utilizará la χ^2 , la χ^2 de Pearson es una prueba no paramétrica que mide la discrepancia entre la distribución observada y la teórica, indicando en qué medida existen diferencias entre ambos.

Para realizar el análisis estadístico de la información se realizará a través del paquete Stata v. 14.

3.9. Consideraciones éticas y de Bioseguridad

Toda investigación en seres humanos debería realizarse de acuerdo con tres principios éticos básicos: autonomía, beneficencia y no maleficencia y justicia. En forma general, se concuerda en que estos principios que en teoría tienen igual fuerza moral guían la preparación responsable de protocolos de investigación. Según las circunstancias, los principios pueden expresarse de manera diferente, adjudicárseles diferente peso moral y su aplicación puede conducir a distintas decisiones o cursos de acción. Las presentes pautas están dirigidas a los principios de investigación en seres humanos. (24)

Autonomía. Protección de las personas con capacidad en toma de decisiones, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables. Libre albedrío para aceptar la entrevista o bien retirarse en el transcurso de la misma, la grabación de la entrevista. El respeto a la autonomía implica, el respeto a las personas incluye, a lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales, implica que las personas capaces de deliberar sobre decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación. (24)

La beneficencia y no maleficencia. Se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación se validó y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación. Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas, este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, no maleficencia (no causar daño). (24)

Justicia. La justicia se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido. En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente, a la justicia distributiva, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación. Diferencias en la distribución de cargas y beneficios se justifican solo si se basan en distinciones moralmente relevantes entre las personas; una

de estas distinciones es la vulnerabilidad- El término “vulnerabilidad” alude a la incapacidad sustancial para proteger intereses propios, debido a impedimentos como falta de capacidad para dar consentimiento informado, falta de medios alternativos para conseguir atención médica u otras necesidades de alto costo, o ser un miembro subordinado de un grupo jerárquico. Por tanto, se debería hacer especial referencia a la protección de los derechos y bienestar de las personas vulnerables. La justicia requiere también que la investigación responda a las condiciones de salud o a las necesidades de las personas vulnerables. Las personas seleccionadas deberían ser lo menos vulnerables posible para cumplir con los propósitos de la investigación (24)

Durante la investigación se respetaron los principios éticos al permitir la participación voluntaria de las enfermeras que cumplieron con las características solicitadas; a cada participante se le dio un formato de consentimiento informado que debían leer antes de firmarlo. Así mismo se hizo énfasis en su participación y/o abandono de la misma cuando lo decidieran sin afectar de ninguna manera las relaciones interpersonales ni la divulgación de sus datos personales. (24)

Durante la entrevista a profundidad también se reafirmó la libre participación o abandono en la investigación en cualquier momento que esta se encontrara. La única finalidad de este estudio fue para generar una propuesta de intervención coadyuve en el mejoramiento paulatino de los ambientes laborales, pues de esta forma pueden obtenerse mejores resultados en las instituciones de trabajo (24)

3.10. Limitaciones del estudio

- ❖ Que los certificados de defunción no sean legibles.
- ❖ Certificados de defunción no estén llenados correctamente.
- ❖ Eliminación de cuestionarios que llenen estudiantes de Enfermería.
- ❖ Cuestionarios que estén llenados incompletos menor al 80%.

3.11 Bibliografía

1. Arenas , Parker S, Rubalcava L. Impacto en la utilización de servicios médicos. Fondo de Cultura Económica. 2015 diciembre; 82(4).
2. Puntunet Bates M, Domínguez Bautista A. La Educación continua y la capacitación del Profesional de Enfermería. Enfermería de Cardiología. 2008 Septiembre - Diciembre; 16(3).
3. INEGI. cubos 2010 INEGI/SSA. [Online].; 2010 [cited 2018 07 13. Available from: [anuario estadístico de los servicios de salud de morelos.](#)
4. Bernal Consuegra AC. Capacitación al personal de enfermería. Su repercusión en la calidad de los servicios. Medi Sur. 2011 Sep; 9(3).
5. conceptodefinición. [Online].; 2018 [cited 2018 septiembre 12. Available from: **¡Error! Referencia de hipervínculo no válida..**
6. World Health Organization (OMS). Temas de salud. Mortalidad. [Online].; 2018 [cited 2018 Agosto 12. Available from: [www.who.int/ topics /mortality/es/](http://www.who.int/topics/mortality/es/).
7. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2018 [cited 2018 mayo 22. Available from: www.who.int/es/news-room/facts-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death.
8. Aguilar Castro CR, Martínez Torres C. La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. Asoc. Med. Crític. 2017 Jan 01; 3(31): p. 171 - 173.
9. Aguilar García R, Martínez Torres C. La realidad de la unidad de cuidados intensivos. Medigraphic. 2017 Jul 04; 31(3): p. 172.
10. Castillo Valeri A. Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Caracas. Caracas Venezuela: Hospital Universitario de Caracas, Antropológica de la Universidad Central de Venezuela; 2014. Report No.: 3.
11. Cadena Estrada JCC, Olvera A SS, Pérez López T, Balseiro Almari L, Matus
11. Miranda R. Evaluación de la capacitación de enfermería en dos institutos nacionales de salud. Universitaria Investigación. 2012 mayo; 9(3).
12. oms. [Online].; 2017 [cited 2018 abril 23. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/>.
13. Bernal Cienfuegos A. Programa de Lavado de manos: Retos y perspectivas. Medi Sur. 2011; 9(1): p. 79 - 80.

14. Cadena Estrada JC, Pérez López T, Olvera Arreola S, Matus Miranda R, Balseiro Almari CL. Evaluación de la Capacitación de enfermería en dos Institutos Nacionales de Salud. *Enfermeria Universitaria*. 2012 septiembre; 9(3).
15. Pacheco M. Las divisas del nuevo milenio. [Online].; 20118 [cited 2018 Septiembre 21]. Available from: <http://imacmexico.org>.
16. Bembibre Taboada R, Geroy Gómez CJ, Iraola Ferrer M, Cortizo Hernández J, Galende Hernández N, Jova Dueña J, et al. conversión de las terapias intermedias en terapias intensivas. Cuba:, Hospital Universitario Clínico; 2005.
17. Fernández, Fernández L. Bases históricas y filosóficas de enfermería. 2017.
18. Morales Gil F. Florencia Nightingale. In Morales Gil F, editor. *Historia Contemporánea de la Medicina*. Espasa; 1953. p. 523.
19. Raile Alligood M, Marrier Tomey A. La Enfermería Moderna. In Tomey AM, editor. *Modelos y Teorías*. España: Elsevier Mosby; 2011. p. 71 - 81.
20. Cadena Estrada C, Olvera Arreola S, Pérez MT, Balseiro Almario CI, Reyna Matus. Evaluación de la capacitación. *Enfermeria Universitaria*. 2013.
21. Martín JF, Domínguez Borgua A, Vázquez Flores DA. Sepsis. *Critical Med Care*. 2013 Sept; 30(2).
22. Castillo Estigarribia A, Ferrer Lagunas L, Masalán Apip P. capacitación al personal de salud, evidencia para lograr el ideal. 2015;; p. 30.
23. Bermúdez Lacayo , Aceituno Vidaur N, Álvarez Oviedo G, Giacaman Abudoj , Silva Cárcamo H, Salgado AL. Comorbilidades en los pacientes con pacientes de diabetes mellitus tipo 2 del Instituto Nacional del Diabético. 2016.
24. León Correa FJ. Declaración de Bioética. In Perez A. *Bioética*. Ginebra: Fundación Ineramericana Ciencia y Vida; 2007.
25. Ortega VMC. Manual de Evaluación del Servicio de Calidad en Enfermería. In c.v. ssd, editor. *Manual de Evaluación del servicio de Calidad en Enfermería*. Argentina: Médica Panamericana; 2006.
26. Henderson. The nature of Nursing. *American Journal of Nursing*. 1991;; p. 22- 23.
27. Castro Estigarribia A, Ferrer Lagunas , Masalán Apip P. Capacitación del Personal de Salud, Evidencia para lograr el ideal. *Horizont Enferm*. 2015 Jul junio;; p. 30.
28. Bermúdez Lacayo J, Aceituno Vidaur N, Álvarez Oviedo G, Giacaman Abduj L, Salgado AL.
http://internet.contenidos.INEGI.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos

/espanol/bvinegi/productos/historicos/2104/702825200558-1/702825200558-1_1.pdf. [Online].; 2015 [cited 2018 06 22].

29. Mariví Poma E, Martínez Segura JM, Izura J, Gutierrez J.A T. Neumonía Nosocomial. Medigraphic. 2000 Jun 2; 23(2): p. 189, 199.
30. R. JM. Recomendaciones para el tratamiento de la neumonía intrahospitalaria grave. In Recomendaciones para el tratamiento de la neumonía intrahospitalaria grave. Cuba: Intensive care Med; 2004. p. 443-504.

3.12 Anexos



Universidad Autónoma del Estado de Morelos
Facultad de Enfermería
Especialidad en Atención al Adulto en Estado Crítico



Objetivo: Analizar la relación de la capacitación con la mortalidad en el área de terapia intermedia de un hospital de segundo nivel de atención.

Instrumento de evaluación para conocer la relación de la capacitación con la mortalidad en un hospital de segundo nivel de atención.

Indicaciones: Llena lo que se solicita

1.-Edad: _____

2.-Sexo:

a). - Femenino

b). - Masculino

3.-Estado civil:

a). - Soltero (a)

b). - Casada (o)

c). - Viudo

d). – Otro

4.-Con cuántos trabajos cuenta:

a). - Uno

b). - Dos

c). - Tres

5.-Cuál es su nivel de estudios:

- a). - Carrera técnica
- b). - Licenciatura
- c). - Pos técnico
- d). - Posgrado
- e). – Doctorado

7.-En el último año a cuantas capacitaciones ha asistido?

- a).- cero (ninguna)
- b). una
- c). – dos
- c). – tres

8.- En el último mes a cuantas capacitaciones ha asistido?

- a). cero(ninguna)
- b). – una
- c). - dos
- c). – tres

9.- Cuenta con el curso de ACLS/BLS?

- a). - Si
- b). – No

10.- Conoce las funciones que se realizan en el área de terapia intermedia?

a). - Si

b). - No

11.- Hace cuánto tiempo acudió a algún curso taller?

a). - Un mes

b). - Dos meses

c). - Seis meses

d). - Un año

12.- Como se define la terapia intermedia?

a). - Se define la medicina crítica o intensiva a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las condiciones fisiopatológicas que amenazan la vida y requieren de personal altamente calificado.

b). - Se define la medicina crítica o intensiva a la prevención y diagnóstico de pacientes en terapia intermedia.

c). - Se define la medicina crítica o intensiva a la prevención

13.- ¿Cuál es el objetivo de la terapia intermedia?

a). - Salvar o prolongar la vida, aliviar el sufrimiento, evitar daños que pudieran producirse en el curso de los cuidados, restituir la salud o sea la recuperación total del enfermo.

b). - Salvar o prolongar la vida, aliviar el sufrimiento.

c). - Evitar daños que pudieran producirse en el curso de los cuidados.

14.- Que pacientes con diagnósticos mencionados son los que ingresan a terapia intermedia?

a). - Faringitis, otitis

b). - Neumonía, Sepsis, Infarto agudo al miocardio, Evc hemorrágico

c). - Ivu, Amenaza de aborto.

15.- Que equipo médico se utiliza en terapia intermedia?

a). - Ventiladores, bombas de infusión, mascarilla con bolsa reservorio(ambu), tabla de reanimación, laringoscopio, guía metálica, cánula endotráqueal, monitor, etc.

b). - Micro nebulizadores, baumanometro, termómetro, cinta testigo

c). - Tela adhesiva, ventiladores, gasas, cánula endotráqueal.



Universidad Autónoma del Estado de Morelos



Facultad de Enfermería

Especialidad en Atención al Adulto en Estado Crítico

Objetivo: Analizar la relación de la capacitación con la mortalidad en el área de terapia intermedia de un hospital de segundo nivel de atención.

Instrumento de evaluación para conocer la relación de la capacitación con la mortalidad en un hospital de segundo nivel de atención.

Indicaciones: Llena lo que se solicita.

1.- Edad: _____

2.- Sexo

a). - Masculino

b). - Femenino

3.- Escolaridad

a). - Analfabeta

b). - Primaria

c). - Secundaria

d). - Preparatoria

e). - Carrera técnica

f). - Licenciatura

g). - Posgrado

4.- Causas de defunción

5.- Diagnostico de defunción

6.- Estado conyugal

- a). - Soltero(a)
- b). - Casado(a)
- c). - Viudo (a)
- d). - Unión libre

7.-Se realizó necropsia

- a). - Si
- b). - No

8.-La muerte fue accidental/ violenta o especifique

- a)- Accidental
- b)- Violenta
- c)- Otra especifique _____

9.-Hora y día de la defunción

10.- Turno en el que falleció

- a). - Matutino
- b). - Vespertino
- c). - Nocturno "A"
- d). - Especial

Consentimiento Informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Maria de Jesus Salgado Reyna, de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Facultad de enfermería. La meta de este estudio es Analizar la relación de la capacitación con la mortalidad en el área de terapia intermedia de un Hospital de segundo nivel de atención.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas para completar una encuesta. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha