





# Indicadores de Calidad en la Atención de ENFERMERÍA

Diseñados para mejorar la calidad de los servicios de Enfermería, definiendo criterios, traducidos en lineamientos de medición que garanticen condiciones indispensables para que los cuidados que proporciona el profesional sean con oportunidad, en un ambiente seguro, eficiente y humano en todo el sistema de salud.

## Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud, INDICAS

Sistema dedicado al registro y monitoreo de indicadores de calidad de las unidades médicas que permite dar seguimiento a las acciones de mejora y comparar los resultados de las unidades de atención médica. Cuenta con la participación de unidades del IMSS, IMSS Oportunidades, ISSSTE, SEMAR, SEDENA, PEMEX, Hospitales Universitarios, y algunos del sector privado.



INDICAS

Es una herramienta para la evaluación de la calidad de los servicios de salud en México.

Su objetivo es fortalecer la atención de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.

## Los principales indicadores para Enfermería son:



Ministración de Medicamentos.



Prevención de Infecciones en Vías Urinarias.



Prevención de Caídas a Pacientes Hospitalizados.



Prevención de Úlceras por Presión.



Vigilancia y Control de Venoclisis.



Trato digno de Enfermería.

Referencias:

ACUERDO por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa S200 Fortalecimiento a la Atención Médica, para el ejercicio fiscal 2021. Informe Anual 2022. Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud. Secretaría de Salud. Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.

# REVISTA CONAMED



**Director General**  
Lcdo. Juan Antonio Orozco Montoya

**Director Asociado**  
Lcdo. Francisco Javier Guerra Zermeño

**Editora**  
Dra. Leticia De Anda Aguilar

**Co-editoras**  
Mtra. Cintia Judith Rojano Fernández  
Lcda. Irma Kristel Rosas Díaz

## Comité Editorial

Lcdo. Juan Antonio Orozco Montoya  
Comisión Nacional de Arbitraje Médico, México

Lcdo. Francisco Javier Guerra Zermeño  
Comisión Nacional de Arbitraje Médico, México

Dr. Iván González del Valle  
Comisión Nacional de Arbitraje Médico, México

Mtro. Miguel Manuel Ramírez Mandujano  
Comisión Nacional de Arbitraje Médico, México

Dr. Rafael Arias Flores  
Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Dra. Silvia Rosa Allende Pérez  
Instituto Nacional de Cancerología, México

Dra. Jessica Guadarrama Orozco  
Hospital Infantil de México "Federico Gómez", México

Dr. Fortino Solórzano Santos  
Hospital Infantil de México "Federico Gómez", México

Dr. Pedro Jesús Saturno Hernández  
Instituto Nacional de Salud Pública, México

Dr. José Luis García Ceja  
Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Secretaría de Salud, México

Dra. Elvira Llaca García  
Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac, México

Dr. Jesús Carlos Briones Garduño  
Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", México

Dr. Agustín Antonio Herrera Frago  
Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla, México

Dr. Rodolfo Cano Jiménez  
Dirección General de Políticas de Investigación en Salud, Secretaría de Salud, México

Mtra. Thelma Rossana González Guzmán  
Dirección de Enfermería, Secretaría de Salud, México



Portada e interiores: Mtra. Sonia Adriana Tena Becerra

# REVISTA CONAMED

· Vol. 29, Núm. 1, Enero-Marzo 2024 ·

---

- Editorial**      **6**      **El impacto económico de la Enfermería: Una inversión en la salud y el bienestar de la sociedad**  
*The economic impact of nursing: An investment in the health and well-being of society*  
Thelma Rossana González Guzmán
- Artículos originales**      **8**      **Marco Jurídico de actuación de la Enfermería en México, derechos y obligaciones de los profesionales de la salud**  
*Legal Framework for Nursing in México, rights and obligations of health personnel*  
Francisco Javier Guerra Zermeño, Leticia De Anda Aguilar
- 26**      **La transformación de la educación y capacitación en el personal de Enfermería del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”**  
*The transformation of education and training in the nursing staff of the General Hospital of Mexico “Dr. “Eduardo Liceaga”*  
María Esther Guadalupe Olin Laguna, Diana Solís Mota, Abraham Rojas Gómez
- 30**      **Evolución del Modelo de Cuidado de Enfermería para una atención de calidad y seguridad**  
*Evolution of the Nursing Care Model for quality and safety care*  
Rita Pérez Delgado, María Patricia Padilla Zárate, Martha Pérez Mendoza
- 36**      **La cultura organizacional de Enfermería en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” como elemento fundamental para la mejora continua**  
*The organizational culture of Nursing at the General Hospital of Mexico “Dr. Eduardo Liceaga” As a fundamental element for continuous improvement*  
María del Pilar Granda Balcázar
- 41**      **Contribuciones a la Calidad y Seguridad del paciente a través de la implementación del ciclo de mejora**  
*Contributions to the Quality and Safety of patient care at the General Hospital of Mexico*  
Fátima Martínez Valdez, Patricia Domínguez Martínez, María Patricia Padilla Zárate
- 45**      **Importancia de la identificación de necesidades de cuidado del paciente hospitalizado para la dotación de personal de Enfermería**  
*Importance of identifying hospitalized patient care needs for the provision of staff nursing*  
Yeni Martínez Hernández, María Patricia Padilla Zárate
- 51**      **Seguridad en Medicación por Profesionales de Enfermería en un Instituto de Tercer Nivel de Atención**  
*Medication Safety by Nursing Professionals in a Third Level of Care*  
Martin Pantoja Herrera, Lilia Cruz Rojas, Antonio Alejandro Segoviano Pineda, Ricardo Albarrán Cossío

**Artículo  
de opinión**

- 58 **Estrategias para brindar cuidados de Enfermería estandarizados al paciente sometido a trasplante cardíaco, en el postoperatorio**  
*Strategies to provide standardized nursing care to patients undergoing heart transplantation in the postoperative period*  
Abraham Rojas Gómez, María Esther Santos Calderón, María Patricia Padilla Zárate
- 65 **Bioética aplicada en la Central de Esterilización y la seguridad en la atención de la salud**  
*Applied bioethics in the sterilization center and safety in health care*  
Laura Solís Flores
- 70 **Optimización de la atención de salud de las personas mayores: recomendaciones para la mejora continua**  
*Optimizing healthcare for the older people: recommendations for continuous improvement*  
Verónica Bautista Eugenio, Alma Laura Deyta Pantoja, Victoria González García, Nelly Pamela Reyes López, Eduardo Sosa Tinoco, Edgar Jaime Blanco Campero
- 75 **El impacto de la Enfermería en la práctica Odontológica**  
*The impact of Nursing on dental practice*  
Karen Alejandra Esquivel Ruiz, Leticia De Anda Aguilar, Michel Axel Montoya Huesca, Ricardo Chávez Avila
- 80 **Síndrome de Burnout y Consumo de Alcohol en Trabajadores de la Salud**  
*Burnout Syndrome and Alcohol Consumption in Healthcare Workers*  
Edgar Omar Vázquez Puente, Karla Selene López García, Ramón Valladares Trujillo, Gustavo Vargas Machado, Julia Lizeth Villareal Mata, Adriana Patricia Castillo Méndez
- 91 **La Ciencia del Cuidado: Una visión a las necesidades de Enfermería**  
*The Science of Care: A vision of Nursing needs*  
Silvia Claudine Ramírez, Rosalía Silva Maytorena, Pedro Moisés Noh Moo, Roberto Tirado Reyes



## **El impacto económico de la Enfermería: Una inversión en la salud y el bienestar de la sociedad**

*The economic impact of nursing: An investment in the health and well-being of society*

Thelma Rossana González Guzmán\*



### **La Enfermería, es la piedra angular de los sistemas de salud, desempeña un papel crucial no solo en el cuidado de las personas, sino también en la economía global.**

Este sector, que abarca a millones de profesionales en todo el mundo, es esencial para el funcionamiento eficiente de los sistemas de salud y, por ende, tiene un impacto económico significativo que merece ser analizado y valorado en su justa medida.

En México, la Enfermería no sólo constituye un pilar fundamental en el cuidado y la atención médica de la población, sino que también representa un componente crítico del sistema de salud. Esto queda patente al considerar que, hasta agosto de 2023, se contabilizaban 341,647 enfermeras y enfermeros activos en el ámbito laboral tanto público como privado, según cifras del Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE). Esta considerable cifra, que constituye cerca del 50% del total de profesionales de la salud en el país, resalta no sólo la escala sino también la trascendencia de la Enfermería dentro de la infraestructura sanitaria mexicana, evidenciando su rol insustituible en la garantía de una atención de salud integral y de calidad.<sup>1</sup>

Sin embargo, un análisis más detallado de la tasa de enfermeras y enfermeros por cada mil habitantes revela un panorama que requiere atención inmediata y acción estratégica. Con una tasa de 2.71 Recursos Humanos en Enfermería (RHE) por cada mil habitantes y variaciones significativas en la distribución de estos profesionales a lo largo del país (con tasas que oscilan entre 1.91 y 5.36), México se encuentra considerablemente por debajo de los estándares internacionales, puesto que, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), reporta una tasa media de 8.8 enfermeras y enfermeros por cada mil habitantes entre sus países miembros, lo que destaca la brecha significativa en la dotación de personal de Enfermería en México en comparación con otros países.<sup>2</sup>

Es fundamental reconocer el valor intrínseco de la Enfermería en la economía de la salud. Enfermería es el pilar que sostiene el cuidado continuo de las personas, asegurando no sólo la administración de tratamientos y medicamentos sino también la observación detallada de la evolución del paciente y la prevención de complicaciones. Su intervención temprana en diversas situaciones puede resultar en una disminución significativa de los costos en salud, al evitar que las condiciones de los pacientes empeoren y requieran intervenciones más costosas; este no es un tema nuevo, desde el 2012, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), publicó un posicionamiento sobre seguridad del paciente donde justamente postulaba que, debido a que Enfermería se encuentra en todo el continuo de la atención, es un actor crucial para la detección y prevención de errores en la atención y, por ende, en sus consecuencias, tanto para la salud como económicas.<sup>3</sup>

\*Dirección de Enfermería  
DGCEs, Secretaría de  
Salud México.

#### **Citar como:**

González Guzmán TR.  
El impacto económico  
de la Enfermería: Una  
inversión en la salud y el  
bienestar de la sociedad.  
Rev CONAMED 2024;  
29 (1): 6-7.

#### **Conflicto de intereses:**

"La autora declara no tener intereses personales, comerciales, financieros o económicos directos o indirectos, ni conflictos de interés de cualquier índole que pudieran representar un sesgo para la información presentada en este artículo".

**Financiamiento:** no existió financiamiento.

Al respecto, el CIE, este año se ha pronunciado en favor de reconocer el impacto económico de los cuidados de las enfermeras y los enfermeros a nivel mundial, es por esto por lo que el lema del día de la enfermera 2024 es: "Nuestras enfermeras, nuestro futuro. El poder económico de los cuidados", con el propósito de promover el cambio en la percepción y mostrar como la inversión en Enfermería, de forma estratégica puede contribuir significativamente a beneficios económicos y sociales para los países.<sup>4</sup>

Además, la Enfermería tiene un papel crucial en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, lo cual, a largo plazo, reduce la carga económica en los sistemas de salud. Programas de educación y prevención dirigidos por el personal de Enfermería, ayudan a la población a adoptar estilos de vida más saludables, lo que eventualmente se traduce en una disminución de enfermedades crónicas y, por consiguiente, en una reducción de los gastos de salud.<sup>5</sup>

Desde una perspectiva más amplia, la inversión en la formación y el desarrollo profesional de Enfermería también tiene un retorno económico significativo. La educación continua y la especialización de los enfermeros no solo mejoran la calidad de la atención al paciente, sino que también contribuyen al avance de la investigación y la innovación en el cuidado de la salud. Esto, a su vez, puede conducir al desarrollo de nuevas tecnologías y procedimientos que mejoren la eficiencia y la efectividad del cuidado de la salud, generando ahorros económicos y promoviendo el crecimiento económico.<sup>6</sup>

Por lo tanto, es imperativo que las políticas públicas reconozcan y potencien el papel de la Enfermería en la economía de la salud. Invertir en mejoras salariales, condiciones laborales, oportunidades de formación y desarrollo profesional, y en la investigación liderada por enfermeras, no es un gasto, sino una inversión en el futuro económico y en el bienestar de la sociedad. Esto se reconoce en el reporte de triple impacto realizado por el All-Party Parliamentary Group (APPG), en Salud Global del Reino Unido, este documento que sentó las bases para la campaña mundial Nursing Now, establece que invertir en Enfermería contribuiría al menos al logro de tres Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS), al 3 Salud y Bienestar, al 5 Igualdad de Género y al 8 trabajo decente y crecimiento económico.<sup>7</sup>

Particularmente, la relación con el ODS 3, puede ser evidente, la literatura ha demostrado el impacto de los cuidados de Enfermería en los resultados de salud de los pacientes, en cuanto a los otros objetivos por las características de la composición de la fuerza laboral de Enfermería

compuesta principalmente por mujeres al garantizar su derecho a la educación profesional y a un trabajo digno contribuye a reducir las desigualdades de género y a mejorar las condiciones socioeconómicas de las mujeres y sus familias.<sup>7</sup>

En conclusión, la Enfermería es mucho más que un elemento esencial del cuidado del paciente; es un motor económico que, si se valora y se apoya adecuadamente, puede contribuir significativamente al desarrollo y la estabilidad económica. Reconocer y potenciar el impacto económico de la Enfermería es un paso crucial para asegurar un futuro más saludable y próspero para todos. Por lo tanto, es hora de que los tomadores de decisiones, los líderes del sector de la salud y la sociedad en general valoren la Enfermería no solo como una vocación noble, sino también como un pilar económico vital.

## REFERENCIAS

1. Secretaría de Salud de México. Datos abiertos: Numeralía de Recursos Humanos de Enfermería en Activo. Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería [Internet]. Consultado el 26 de febrero de 2024. Disponible en: [http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/siarhe/publicaciones/datos\\_abiertos.php](http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/siarhe/publicaciones/datos_abiertos.php)
2. The Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). Health workforce. Health at a Glance 2021: OECD Indicators [Internet]. 2021; 209-32. disponible en: <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>
3. Consejo Internacional de Enfermería. Declaración de posición. Seguridad de los pacientes. CIE: Ginebra; 2012. Disponible en: [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/D05\\_Seguridad\\_pacientes-Sp\\_0.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/D05_Seguridad_pacientes-Sp_0.pdf)
4. Consejo Internacional de Enfermería. Anuncio del tema del Día Internacional de la Enfermera 2024 Nuestras enfermeras. Nuestro futuro. El poder económico de los cuidados (Internet). Consultado el 28 de febrero de 2024. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/noticias/anuncio-del-tema-del-dia-internacional-de-la-enfermera-2024-nuestras-enfermeras-nuestro>
5. Coster S, Watkins M, y Norman IJ. What is the impact of professional nursing on patients' outcomes globally? An overview of research evidence. *International Journal of Nursing Studies*, 2018; 78, 76-83. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.11.007>
6. Black AT, Ali S, Baumbusch J, McNamee K, Mackay M. Practice-based nursing research: Evaluation of clinical and professional impacts from a research training programme. *J Clin Nurs*. 2019; 28: 2681-2687.
7. All Party Parliamentary Group on Global Health. Triple Impact –How Developing Nursing Will Improve Health, Promote Gender Equality and Support Economic Growth. All Party Parliamentary Group on Global Health, 2016.

## **Marco Jurídico de actuación de la Enfermería en México, derechos y obligaciones de los profesionales de la salud**

*Legal Framework for Nursing in México, rights and obligations of health personnel*



Francisco Javier Guerra Zermeño\*, Leticia De Anda Aguilar\*\*

### **RESUMEN**

El presente trabajo hace referencia al marco jurídico de actuación de la Enfermería en México; sin dejar de lado que esta profesión tiene antecedentes internacionales de gran relevancia, lo cual ha detonado que se considere tal, desde el año 2013, en la Resolución de la Organización Panamericana de la Salud, Recursos Humanos para la salud. En este sentido, conocer y analizar el marco jurídico que regula no sólo al personal del sector público, sino a todo profesional de la salud dedicado a la Enfermería, se vuelve una apremiante necesidad, ya que representan a más del 50% de los profesionales de la salud activos en el país.

**Palabras clave:** derechos y obligaciones de los profesionales de la salud, marco jurídico de actuación de la enfermería en México, enfermería.

### **ABSTRACT**

The present work refers to the legal framework of nursing in Mexico, without leaving aside that this profession has international antecedents of great relevance, which has triggered its consideration since 2013, in the Resolution of the Pan American Organization of Nursing. Health Human resources for health, in this sense knowing and analyzing the legal framework that regulates not only public sector personnel, but all health professionals dedicated to nursing becomes a pressing need, as they represent more than 50% of active health professionals.

**Keywords:** rights and obligations of health professionals, legal framework for nursing in Mexico, nursing.

\*Director General de Arbitraje.

\*\* Directora de Sala Arbitral en la Dirección General de Arbitraje

Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

#### **Citar como:**

Guerra Zermeño FJ, De Anda Aguilar L. Marco Jurídico de la actuación de la Enfermería en México, derechos y obligaciones de los profesionales de la salud. Rev CONAMED 2024; 29(1): 8-25.

#### **Conflicto de intereses:**

"Los autores declaramos no tener intereses personales, comerciales, financieros o económicos directos o indirectos, ni conflictos de interés de cualquier índole que pudieran representar un sesgo para la información presentada en este artículo".

**Financiamiento:** no existió financiamiento.

**Donna Wilk Cardillo.** *"No cualquiera puede ser enfermera, se requiere de fuerza, inteligencia y compasión, cuidar de los enfermos del mundo con pasión y hacer el bien sin importar lo exhausta que estés al final del día".*

## INTRODUCCIÓN

La Enfermería desde su concepto es definida como *“la ciencia y arte humanístico dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar de la salud de las personas, ha desarrollado una visión integral de la persona, familia y comunidad y una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones dependientes, independientes o interdependientes.”*<sup>1</sup>

Bajo estas líneas, la OPS/OMS señala que *“...la Enfermería abarca el cuidado autónomo y colaborativo de personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos y en todos los entornos...”*<sup>2</sup>

La OPS/OMS puntualiza en su informe sobre *“...Situación de la Enfermería en el mundo 2020: invertir en educación, empleo y liderazgo...”*<sup>3</sup> que: *“Las enfermeras están en la línea de acción en la prestación de servicios y desempeñan un papel importante en la atención centrada en la persona. En varios países, son líderes o actores clave en los equipos de salud, multidisciplinarios e interdisciplinarios. Proporcionan una amplia gama de servicios de salud en todos los niveles del sistema de salud.”*<sup>2</sup>

En este sentido, el presente trabajo se refiere al marco jurídico de actuación de la Enfermería en México, sin dejar de lado que esta profesión tiene antecedentes internacionales de gran relevancia, lo cual ha detonado que se considere desde el año 2013, en la Resolución de la Organización Panamericana de la Salud, Recursos Humanos para la salud: aumentar el acceso al personal sanitario capacitado en sistemas de salud basados en la atención primaria desalud; instaba a los Estados Miembros a *“que estimulen reformas en la educación de las profesiones de atención de salud para apoyar los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud y aumentar el número de plazas en las profesiones de salud pertinentes para la atención primaria de salud”*<sup>4</sup>; incluidas las enfermeras y los enfermeros de práctica avanzada.

De acuerdo con datos del informe *“Situación de la Enfermería en el mundo 2020”*<sup>3</sup>

invertir en educación, empleo y liderazgo, lanzado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 07 de abril de 2020, en el mundo hay, aproximadamente, 28 millones de profesionales de Enfermería, de los cuales 30%, o unos 8,4 millones, trabajan en la Región de las Américas. En dicha zona geográfica, el 59% de esta fuerza de trabajo corresponde a enfermeros profesionales y el 37% a profesionales asociados.

En México, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), de acuerdo con los resultados del cuarto trimestre de 2021 de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE),<sup>5</sup> indican que se registraron 620 mil personas dedicadas a la prestación de servicios remunerados de Enfermería. Las mujeres representaron 79% de esta población y los hombres 21%.

Durante la pandemia por la COVID-19 se registró un incremento de alrededor de 130 mil personas ocupadas en Enfermería (población de 15 años y más). En el cuarto trimestre de 2021, se registraron en promedio 3.5 trabajadores de esta profesión, por cada mil habitantes en México.<sup>5</sup>

Al considerar a las y los auxiliares de Enfermería y paramedicina, el promedio del personal de esta profesión asciende a 4.8 por cada mil habitantes. El 98% de las personas que reportaron ofrecer servicios de cuidados en salud, lo hizo en el sector terciario o de servicios. En este segmento, 91% trabajó en hospitales, clínicas, consultorios, 5% en gobierno y organismos internacionales, y un 5%, en otros subsectores.

Conocer y analizar el marco jurídico que regula no sólo al personal del sector público, sino a todo profesional de la salud dedicado a la Enfermería, se vuelve una apremiante necesidad, al representar a más del 50% de los profesionales de la salud activos. Una profesión que, en palabras de Jean Watson, expresa *“El cuidado es la ciencia de la Enfermería”*<sup>6</sup>; misma que requiere de una regulación clara que establezca sus atribuciones y delimite su actuar en el campo de la salud. Florence Nigthingale definió que la función de la enfermera es *“colocar al hombre en las condiciones más óptimas para que la naturaleza pueda actuar sobre él”*<sup>7</sup>.

## LA ENFERMERÍA EN LA LEGISLACIÓN MEXICANA

En el ámbito internacional, en 1860, se creó la primera escuela de Enfermería con un programa organizando, con base en el libro: "Notas sobre Enfermería: qué es y qué no es (1859)"; siendo éste a su vez el primer escrito que definía esta profesión y sus funciones.<sup>8</sup> De esta forma, se considera aquí el inicio de la Enfermería profesional. En México, la Escuela de Enfermería fue inaugurada hasta 1907, el 09 de febrero.<sup>9</sup>

La participación de las enfermeras desde su profesionalización ha sido muy activa en todos los momentos importantes del país, como en la Revolución Mexicana, donde las enfermeras participaron activamente en la asistencia de los heridos en pleno campo de batalla.<sup>9</sup>

La Escuela de Salubridad de México, fundada en 1922, y origen de la actual Escuela de Salud Pública de México (ESPM), del Instituto Nacional de Salud Pública, dio origen a la profesionalización desde la perspectiva de este ámbito con la impartición del primer curso denominado "enfermera visitadora" en 1925, con 31 estudiantes.<sup>9</sup>

Esta generación de enfermeras, al igual que las generaciones siguientes, fueron capacitadas para disminuir la mortalidad infantil principalmente, así como para participar en las campañas de salud enfocadas en abatir las enfermedades infecto-contagiosas; además, para difundir entre la población medidas de higiene, aún y cuando no fueran bien recibidas por la gente, ya que, incluso, en ocasiones las brigadas sanitarias fueron objeto de agresiones.<sup>9</sup>

Al avanzar el siglo XX, el perfil del personal de Enfermería se fue adaptando para dar respuesta a la atención en zonas rurales, al incipiente aumento de las enfermedades no transmisibles, reforzando los servicios de salud en términos de operación y administración, en la formación de nuevos recursos humanos con nuevos conocimientos, para un mejor desempeño de sus tareas, situación que al transcurrir de las décadas ha prevalecido hasta nuestros días.<sup>10</sup>

## EL DERECHO A LA SALUD Y LA ENFERMERÍA

La incorporación de México al Tratado de Libre Comercio impulsó, en materia de salud, procesos de certificación y reglamentación de la práctica profesional; señalando que una de las acciones más importantes de este periodo fue la elaboración del Plan de Salud, que se realizó en combinación con la Oficina Panamericana de la Salud (OPS), y la Organización Mundial de la Salud (OMS); en dicho plan se establecieron programas que permitieron definir acciones y fijar metas muy precisas.

De acuerdo con la Observación General 14, la referencia al más alto nivel posible de salud física y mental no se limita al derecho a la atención de la salud, al abarcar un conjunto de satisfactores que constituyen una precondition para llevar una vida sana, y que hacen ese derecho "extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras, sanas y un medio ambiente sano" (ONU 2001).<sup>11,12</sup>

El Derecho a la Salud es un derecho que depende de la concurrencia de otros satisfactores que, en conjunto, determinan las condiciones de salud. En el ámbito legal, si bien nuestra Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, no define de manera directa las atribuciones, obligaciones o límites de la Enfermería, si establece de manera general disposiciones jurídicas de orden público y de interés general que tiene como objetivo prevenir violaciones a derechos humanos y regular el actuar del estado y la relación entre los gobernados.

El Derecho a la Salud en México fue consagrado por primera vez en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos,<sup>13</sup> el 03 de febrero de 1982. Aspectos generales del derecho a la salud 1983, cuando el DOF publicó la reforma al art. 4º constitucional. El texto del artículo quedó como sigue:

*"Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de*

*la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.”<sup>13</sup>*

Dicho sea de paso, al día de hoy el artículo 4º de Nuestra Constitución Política, presenta 18 reformas legales que han permitido perfeccionar y evolucionar los derechos contenidos en el mismo, incluido el Derecho a la Salud, y de reciente fecha el Gobierno de México, presentó una reforma legal al texto constitucional que propone entre otras cosas que “... El Estado Mexicano garantice atención médica integral, universal y gratuita, así como prohibir el comercio y producción de cigarrillos electrónicos y otras sustancias...”;<sup>14</sup> sin duda, una reforma que va a requerir de la profesionalización, y cumplimiento de las funciones de todos los profesionales de la salud, entre ellos de la agrupación más amplia, la Enfermería.

Continuando con este recorrido normativo, el artículo 1º Constitucional<sup>13</sup> reformado en el año 2011, en el gran hito de la reforma en materia de Derechos Humanos, logró insertar aspectos de relevancia y de impacto como: el hecho de que los tratados internacionales en materia de Derechos Humanos forman parte del derecho interno, además de los deberes impuesto a todas las autoridades, las cuales en el ámbito de sus competencias, “*tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.*”<sup>15</sup>

## **EL RECONOCIMIENTO DE LA ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN**

Si bien la Enfermería, ha evolucionado a la par de la Medicina, es de señalar que, a pesar del apoyo indispensable para esta última, su reconocimiento como profesión en nuestro país es relativamente reciente.

A este respecto, es la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos la que en su artículo 5to, párrafo segundo, establece que “*La Ley determinará en cada Estado, cuáles son las profesiones que necesitan título para su ejercicio, las condiciones que deban llenarse para obtenerlo y las autoridades que han de expedirlo.*”<sup>13</sup>

Es así que, la Ley General de Salud,<sup>16</sup> Título Cuarto, Capítulo I, Artículo 79, en lo relativo a las profesiones de la salud, establece que:

*“Para el ejercicio de actividades profesionales en el campo de la Medicina, Odontología, Veterinaria, Biología, Bacteriología, Enfermería, Trabajo Social, Química, Psicología, Ingeniería Sanitaria, Nutrición, Dietología, Patología y sus ramas, y las demás que establezcan otras disposiciones legales aplicables, se requiere que los títulos profesionales o certificados de especialización hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.”<sup>16</sup>*

*“Mientras que para el ejercicio de actividades técnicas y auxiliares que requieran conocimientos específicos en el campo de la atención médica prehospitalaria, Medicina, Odontología, Veterinaria, Enfermería, Laboratorio Clínico, Radiología, Terapia Física, Terapia Ocupacional, Terapia del lenguaje, prótesis y órtesis, Trabajo Social, Nutrición, Citotecnología, Patología, Bioestadística, Codificación Clínica, Bioterios, Farmacia, Saneamiento, Histopatología y embalsamamiento y sus ramas, se requiere que los diplomas correspondientes hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.”<sup>16</sup>*

Sin embargo, es de señalar que no siempre se reconoció a la Enfermería como profesión, siendo hasta el 22 de diciembre de 2004, que se publicó en el Diario Oficial de la Federación,<sup>17</sup> que la profesión de enfermero(a) con título, se suprimía de la relación de profesiones, oficios y trabajos especiales que estaban vigentes hasta esa fecha, quedando en esta relación únicamente los auxiliares prácticos de Enfermería.

## ASPECTOS JURÍDICO NORMATIVOS DE LA ACTUACIÓN DE LA ENFERMERÍA

Debido a la tendencia progresiva de evolución del Derecho en México, se ampliaron las posibilidades de los profesionales de la salud dedicados a la Enfermería a partir del año 2012, culminado con una importante reforma el 29 de noviembre del año 2019, en donde se autorizó a estos profesionales a “...prescribir aquellos medicamentos del Compendio Nacional de Insumos para la Salud que determine la Secretaría de Salud...”.<sup>16</sup>

Es así que se le da reconocimiento a la Enfermería, al permitir en su actuar, prescribir medicamentos, ello como lo dispone la Ley General de Salud,<sup>16</sup> bajo los términos siguientes: Artículo 28 Bis. - Los profesionales que podrán prescribir medicamentos son:

1. Médicos;
2. Médicos Homeópatas;
3. Cirujanos Dentistas;
4. Médicos Veterinarios en el área de su competencia, y
5. Licenciados en Enfermería, quienes podrán prescribir aquellos medicamentos del Compendio Nacional de Insumos para la Salud que determine la Secretaría de Salud.

### **Numeral reformado DOF 29-11-2019**

Los profesionales a que se refiere el presente artículo deberán contar con cédula profesional expedida por las autoridades educativas competentes. Los pasantes en servicio social, de cualquiera de las carreras antes mencionadas y los enfermeros podrán prescribir ajustándose a las especificaciones que determine la Secretaría.

### **Artículo adicionado DOF 05-03-2012**

No debe pasar desapercibido que antes de esta reforma del año 2019, el 08 de marzo de 2017, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Acuerdo por el que se emiten los lineamientos que contienen el procedimiento y los criterios a los que deberán sujetarse los licenciados en Enfermería, así como los pasantes en Servicio Social de las carreras referidas en los numerales 1 a 5, del artículo 28 Bis, de la

Ley General de Salud, para la prescripción de medicamentos.<sup>18</sup>

Este acuerdo establece los límites en la prescripción de la Enfermería puntualizando los siguientes:<sup>16</sup>

**CUARTO.** *Los licenciados en Enfermería, así como los pasantes a que se hace referencia en el numeral TERCERO de los presentes Lineamientos, para prescribir medicamentos se sujetarán a lo siguiente:*

I. Deberán contar con la cédula profesional o autorización provisional para ejercer como pasante, según corresponda, emitida por la autoridad educativa competente, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables;

II. Podrán prescribir medicamentos en establecimientos para la atención médica, en los que se presten servicios de Atención primaria a la salud;

III. Sólo podrán prescribir medicamentos que se encuentren incluidos en el Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud, en los términos de los presentes Lineamientos, y

IV. Deberán utilizar el formato de receta institucional que para el efecto proporcione la institución en la que presten sus servicios.

Sin embargo, es de hacer notar que esta prescripción no se determinó como absoluta, individual o desvinculada de la atención integral ya que el lineamiento NOVENO, dispone que “...En los casos en los que no se encuentre un médico, homeópata o cirujano dentista en el establecimiento de Atención primaria a la salud, que pueda realizar la valoración, diagnóstico y prescripción correspondiente, los licenciados en Enfermería podrán prescribir los medicamentos del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud...”.<sup>18</sup> es decir, la prescripción por excepción y no por atribución, por ello reiteramos la necesidad de conocer las atribuciones, límites y alcances de cada profesión para evitar intrusismo profesional, y sobre todo poner en riesgo al paciente.

Este acuerdo, como señalamos en líneas que anteceden, dispone que en los casos en los

que no se encuentre un médico, homeópata o cirujano dentista en el establecimiento de atención primaria a la salud, que pueda realizar la valoración, diagnóstico y prescripción correspondiente, los licenciados en Enfermería podrán prescribir los medicamentos de los siguientes grupos: 1. *Analgesia*, 3. *Cardiología*, 4. *Dermatología*, 5. *Endocrinología y Metabolismo*, 6. *Enfermedades infecciosas y parasitarias*, 7. *Enfermedades Inmunoalérgicas*, 8. *Gastroenterología*, 9. *Gineco-obstetricia*, 10. *Hematología*, 11. *Intoxicaciones*, 12. *Nefrología y Urología*, 13. *Neumología*, 14. *Neurología*, 15. *Nutriología*, 16. *Oftalmología*, 18. *Otorrinolaringología*, 19. *Planificación familiar*, 21. *Reumatología y Traumatología*, 22. *Soluciones electrolíticas y sustitutos del plasma*.

Exceptuando la prescripción en los siguientes grupos: 2. *Anestesia*, 17. *Oncología*, 20. *Psiquiatría* y 23. *Vacunas, toxoides, Inmunoglobulinas, antitoxinas*.

No debemos perder de vista que la Ley General de Salud, no sólo es un instrumento normativo que establece las formas en que se realizará la prestación de los servicios de salud, también contiene disposiciones sobre “...El ejercicio de las profesiones, de las actividades técnicas y auxiliares y de las especialidades para la salud...”, y nos señala no solo en el artículo 79, previamente referido, sino también en el 78, que a la letra dice:

**Artículo 78.-** *El ejercicio de las profesiones, de las actividades técnicas y auxiliares y de las especialidades para la salud, estará sujeto a:*

- I. La Ley Reglamentaria del artículo 5o. Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en la Ciudad de México; (Fracción reformada DOF 29-05-2023).*
- II. Las bases de coordinación que, conforme a la ley, se definan entre las autoridades educativas y las autoridades sanitarias;*
- III. Las disposiciones de esta Ley y demás normas jurídicas aplicables, y*
- IV. Las leyes que expidan los estados, con fundamento en los artículos 5o. y 121, fracción V, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.*

Como podemos observar en la primera

parte el artículo 78 nos enlista el cuerpo normativo que regulara las profesiones, lo cual se complementa con el artículo 79, que de forma más específica mandata a que: ***se requiere que los títulos profesionales o certificados de especialización hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes***, dentro de este listado de actividades profesionales, técnicas y auxiliares, tenemos a la Enfermería, ninguna persona que no tenga título o certificado puede dedicarse a la Enfermería, lo cual sin duda debe detonar la necesidad de profesionalización y el interés personal de obtener las credenciales correspondientes que lo faculten para esta actividad.

En estas líneas, retomando el concepto que ya se ha utilizado en el presente texto, y que deviene de otro instrumento o herramienta de uso del profesional de salud en este ámbito, la *NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud*.<sup>19</sup>

Y nos referimos al concepto de Enfermería que se define “*como la ciencia y arte humanístico dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar de la salud de las personas, ha desarrollado una visión integral de la persona, familia y comunidad y una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones dependientes, independientes o interdependientes*”.

Debemos puntualizar que, al considerarse al profesional de la salud, parte del equipo multidisciplinario de atención de un paciente, le atañe cumplir con ciertas obligaciones dentro de su campo de expertis, que se identifican en los artículos 32 y 33 de la Ley General de Salud.

**Artículo 32.** Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

Para efectos del párrafo anterior los prestadores de servicios de salud podrán apoyarse en las **Guías de Práctica Clínica y**

**los medios electrónicos de acuerdo con las Normas Oficiales Mexicanas** que al efecto emita la Secretaría de Salud. Artículo reformado DOF 28-05-2012, 01-06-2016.

**Artículo 33. Las actividades de atención médica son:**

I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica;

II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno;

***Fracción reformada DOF 05-01-2009***

III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a optimizar las capacidades y funciones de las personas con discapacidad, y

***Fracción reformada DOF 05-01-2009, 08-04-2013***

IV. Paliativas, que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario.

***Fracción adicionada DOF 05-01-2009***

Al respecto, es de puntualizar que estos artículos de la Ley General de Salud, marcan la pauta normativa a través de la cual, el profesional de la salud dedicado a la Enfermería puede optar por soportar su atención médica en **las Guías de Práctica Clínica y los medios electrónicos de acuerdo con las Normas Oficiales Mexicanas**; para lo cual existen 33 Normas Oficiales Mexicanas y 89 Guías de Práctica Clínica que debe conocer, si bien son instrumentos de actualización constante y evolución, de acuerdo con las mejores prácticas de la medicina. Al día de hoy son las siguientes:

**Normas Oficiales Mexicanas<sup>19</sup>**

1. NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis.
2. NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
3. NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar.
4. NOM-005-SSA3-2018, Que establece los

- requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
5. NOM-006-SSA2-2013, Para la prevención y control de la tuberculosis.
6. NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.
7. NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.
8. NOM-009-SSA2-2013, Promoción de la salud escolar.
9. NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
10. NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.
11. NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.
12. NOM-016-SSA2-2012, Para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera.
13. NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
14. NOM-022-SSA2-2012, Para la prevención y control de la brucelosis en el ser humano.
15. NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos.
16. NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.
17. NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.
18. NOM-027-SSA2-2007, Para la prevención y el control de la lepra.
19. NOM-028-SSA2-2009, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.
20. NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.
21. NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño.
22. NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.
23. NOM-035-SSA2-2012, Para la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer.

24. NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.
  25. NOM-038-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de las enfermedades por deficiencia de yodo.
  26. NOM-039-SSA2-2014, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.
  27. NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.
  28. NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.
  29. NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
  30. NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.
  31. NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental – Salud ambiental – Residuos peligrosos biológico-infecciosos – Clasificación y especificaciones de manejo.
  32. NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.
  33. NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
7. Intervenciones de Enfermería para la detección oportuna y control del episodio depresivo mayor sin síntomas psicóticos en mujeres mayores de 18 años.
  8. Intervenciones de Enfermería para la prevención y el cuidado de la hipoglucemia en el adulto con diabetes tipo 2 en el primer y segundo nivel de atención.
  9. Intervenciones de Enfermería para pacientes que requieren cuidados paliativos en el hogar.
  10. Intervenciones de Enfermería para la cetoacidosis diabética en niños y adolescentes.
  11. Intervenciones de Enfermería para la atención del adulto amputado de extremidad inferior por diabetes mellitus.
  12. Intervenciones de Enfermería para la detección oportuna y control de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la población infantil de 5 a 9 años.
  13. Intervenciones de Enfermería para la prevención y detección oportuna del parto prematuro.
  14. Intervenciones de Enfermería para la prevención, control y manejo de hipercolesterolemia.
  15. Intervenciones de Enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.
  16. Intervenciones de Enfermería en el recién nacido mayor de 35 semanas de gestación con fototerapia en segundo y tercer nivel de atención.
  17. Intervenciones de Enfermería para la atención y limitación del daño durante el proceso de hemodiálisis en los tres niveles de atención.
  18. Intervenciones de Enfermería para la atención de la mujer en inducción del trabajo de parto en el primero y segundo nivel de atención.
  19. Intervenciones de Enfermería para la atención de la emergencia obstétrica en los tres niveles de atención.
  20. Intervenciones de Enfermería para la prevención y el control de la diabetes mellitus tipo 2 del paciente pediátrico en el primer nivel de atención.
  21. Intervenciones de Enfermería en el síndrome hiperglucémico hiperosmolar

### **Guías de Práctica Clínica<sup>20</sup>**

1. Intervenciones de Enfermería durante la reanimación cardiopulmonar en el paciente neonato en un segundo y tercer nivel de atención.
2. Intervenciones de Enfermería durante la reanimación cardiopulmonar en el paciente neonato.
3. Intervenciones de Enfermería para la atención de la mujer con herida quirúrgica infectada post cesárea en los tres niveles de atención.
4. Intervenciones de Enfermería para la promoción de la lactancia materna en los tres niveles de atención.
5. Intervenciones de Enfermería en Tanatología a la persona al final de la vida.
6. Intervenciones de Enfermería para la

- en adultos diabéticos tipo 2 aplicada al segundo y tercer nivel de atención.
22. Intervenciones de Enfermería en la atención del paciente hospitalizado con enfermedad cerebrovascular en el segundo y tercer nivel de atención.
  23. Intervenciones de Enfermería en la atención del adulto mayor vulnerable con diabetes mellitus tipo 2 en el primer y segundo nivel.
  24. Intervenciones de Enfermería para la atención en la mujer durante la ruptura uterina en el segundo nivel de atención.
  25. Intervenciones de Enfermería para detección, atención y control de los trastornos del comportamiento social en niños y adolescentes en primer nivel de atención.
  26. Intervenciones de Enfermería para la atención en el paciente hospitalizado con pie diabético en el segundo y tercer nivel de atención.
  27. Intervenciones de Enfermería para la atención del adulto gran quemado en el tercer nivel de atención.
  28. Intervenciones de Enfermería para la atención del adulto hospitalizado con secuelas neurológicas de la enfermedad vascular cerebral en el segundo y tercer nivel.
  29. Intervenciones de Enfermería para la atención y limitación del daño en recién nacido con ictericia neonatal en el primero y segundo nivel de atención.
  30. Intervenciones de Enfermería para la prevención de complicaciones de enfermedades cardiovasculares en adultos en los tres niveles de atención.
  31. Intervenciones de Enfermería en hemodiálisis al paciente adulto en el tercer nivel de atención.
  32. Intervenciones de Enfermería para la vacunación de la población de 0 a 12 años de edad en los tres niveles de atención.
  33. Intervenciones de Enfermería para el control prenatal aplicada en el primer nivel de atención.
  34. Intervenciones de Enfermería para la detección, atención y control de la depresión en el adulto mayor en los tres niveles de atención.
  35. Intervenciones de Enfermería para la prevención de la picadura de alacrán en el primer nivel de atención.
  36. Intervenciones de Enfermería para la prevención del síndrome de muerte súbita del lactante en el primer nivel de atención.
  37. Intervenciones de Enfermería para la detección oportuna y limitación del daño por amenaza de aborto en los tres niveles de atención.
  38. Intervenciones de Enfermería para un envejecimiento saludable.
  39. Intervenciones de Enfermería para la detección oportuna, atención, control y limitación del daño por diarrea en el menor de 5 años de edad en el primer nivel de atención.
  40. Intervenciones de Enfermería en instalación de sonda vesical, en el paciente adulto en segundo y tercer nivel de atención.
  41. Intervenciones de Enfermería para la prevención y atención de peritonitis infecciosa en adultos con diálisis.
  42. Intervenciones de Enfermería para la valoración y manejo del dolor agudo en niñas y niños de 3 a 6 años.
  43. Intervenciones de Enfermería para la atención del parto de bajo riesgo de la mujer en el primer nivel de atención.
  44. Intervenciones de Enfermería para la detección oportuna, el control y limitación del daño por diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2 en la población mayor de 12 años.
  45. Intervenciones de Enfermería en la prevención de úlceras por presión en pacientes adultos y pediátricos en 2o y 3er nivel de atención.
  46. Intervenciones de Enfermería para la prevención, detección oportuna, control y limitación del daño por cólera en adultos aplicada al primero, segundo y tercer nivel de atención.
  47. Intervenciones de Enfermería para la detección oportuna, el control y la limitación del daño de la enfermedad de Chagas en la embarazada en los tres niveles de atención.
  48. Intervenciones de Enfermería para la prevención y control de la enfermedad de Chagas en el recién nacido.
  49. Intervenciones de Enfermería para la prevención de Neumonía Asociada a Ventilación mecánica (NAV), en el adulto hospitalizado en áreas críticas en segundo y tercer nivel de atención.
  50. Intervenciones de Enfermería en la atención de la paciente con diabetes mellitus gestacional en el primero, segundo y tercer nivel de atención.

51. Intervenciones de Enfermería para la atención del paciente con dengue grave en el segundo y tercer nivel de atención.
52. Intervenciones de Enfermería para la atención de adultos con esquizofrenia paranoide.
53. Intervenciones de Enfermería para el cuidado del adulto mayor con deterioro cognoscitivo.
54. Intervenciones de Enfermería para la prevención de caídas en adultos mayores hospitalizados.
55. Intervenciones de Enfermería para la atención en adultos de 65 años y más con infecciones de vías respiratorias en el primero y segundo nivel de atención.
56. Intervenciones de Enfermería para la seguridad en la administración de electrolitos concentrados e insulina en pacientes pediátricos.
57. Intervenciones de Enfermería para la atención de mujeres y hombres con VIH.
58. Intervenciones de Enfermería para la prevención y detección oportuna de venas varicosas de miembros inferiores en el primero, segundo y tercer nivel de atención.
59. Intervenciones de Enfermería para el control de la diabetes mellitus tipo 2 en la población adulta en el primer nivel de atención.
60. Intervenciones de Enfermería para la atención y limitación del daño en recién nacidos pretérmino con síndrome de dificultad respiratoria en el segundo y tercer nivel de atención.
61. Intervenciones de Enfermería durante el tratamiento con quimioterapia antineoplásica del cáncer en el usuario pediátrico aplicada al segundo y tercer nivel de atención.
62. Intervención de Enfermería en la prevención de las infecciones de las vías urinarias en menores de 18 años en el primer nivel de atención.
63. Intervenciones de Enfermería en el manejo y conservación de biológicos en la atención primaria a la salud.
64. Intervenciones de Enfermería para la promoción de la planificación familiar en hombres y mujeres en edad fértil de 12 a 49 años en los tres niveles de atención.
65. Intervenciones de Enfermería para la seguridad en el manejo de la terapia transfusional.
66. Intervenciones de Enfermería durante el puerperio fisiológico en el primer nivel de atención.
67. Intervenciones de Enfermería para prevenir la infección por virus de papiloma humano en la mujer en atención primaria.
68. Intervenciones de Enfermería para el cuidado del sitio de salida de catéter de diálisis peritoneal, en pacientes adolescentes y adultos en el segundo y tercer nivel de atención.
69. Intervenciones de Enfermería para la atención de la leucemia en el usuario pediátrico, aplicada en los tres niveles de atención.
70. Intervenciones de Enfermería para la prevención de quemaduras en el hogar en menores de 5 años de edad en el primer nivel de atención.
71. Intervenciones de Enfermería para la prevención y detección oportuna del cáncer de mama en mujeres en el primer nivel de atención.
72. Intervenciones de Enfermería para el control del sobrepeso y la obesidad en el escolar de 6 a 12 años de edad, aplicada en el primer nivel de atención.
73. Intervenciones de Enfermería para la atención de la mujer en el proceso del climaterio y la menopausia, aplicada en el primer nivel de atención.
74. Intervenciones de Enfermería en el manejo de estomas de eliminación en niños y adultos en segundo y tercer nivel de atención.
75. Intervenciones de Enfermería para la atención integral del paciente adulto con hipertensión arterial.
76. Intervenciones de Enfermería para el cuidado del paciente pediátrico con enfermedad del reflujo gastroesofágico.
77. Intervenciones de Enfermería para la prevención de complicaciones crónicas en pacientes con diabetes mellitus en el primer nivel de atención.
78. Intervenciones de Enfermería para la seguridad en la administración de medicamentos de alto riesgo en el adulto.
79. Intervenciones de Enfermería en la atención del adulto con colelitiasis y colecistitis crónica agudizada.
80. Intervenciones de Enfermería en la atención del adulto mayor con síndrome de inmovilidad.
81. Intervenciones de Enfermería para la prevención de sobrepeso y obesidad en

niños y adolescentes en el primer nivel de atención.

82. Intervenciones de Enfermería en la atención del adulto con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST.
83. Intervenciones de Enfermería en la atención pediátrica de la hemofilia.
84. Intervenciones de Enfermería en la atención del recién nacido prematuro.
85. Intervenciones de Enfermería en el manejo ambulatorio del adulto con terapia sustitutiva de la función renal-diálisis peritoneal.
86. Intervenciones de Enfermería para la atención del adulto con linfoma no Hodgkin folicular.
87. Intervenciones de Enfermería para la atención inicial de pacientes con traumatismo craneoencefálico grave en urgencias.
88. Intervenciones de Enfermería para la atención de adultos mayores con fractura de cadera.
89. Intervenciones de Enfermería para la prevención y atención de mujeres con trastornos hipertensivos en el embarazo.

**Otros instrumentos que se identificaron que deben ser conocidos por los profesionales de Enfermería son:**

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículos 2, inciso B, fracción III, 4 párrafos primero y cuarto, 18 párrafo segundo. Artículo 5o, párrafo segundo y las Leyes Reglamentarias del artículo 5o Constitucional de cada entidad federativa.
2. Ley General de Salud, artículos 51, 72 segundo párrafo, 73 Bis fracción II, 74 Ter fracción I, 77 Bis 38 fracción VIII, 103 Bis 2, 103 Bis 5, 166 Bis 18.
3. Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, artículos 2 y 3.
4. Ley Reglamentaria del artículo 5o Constitucional, relativo al Ejercicio de las Profesiones en la Ciudad de México, artículo 33.
5. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, artículo 48.
6. Ley Federal del Trabajo, artículos 2o párrafo segundo, 3o, 5o, 47, 134 y 135.
7. Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado

B) del artículo 123 Constitucional, Título Segundo; y artículo 44.

8. Código de Conducta de la Secretaría de Salud, fracción III, inciso A.
9. Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, artículos 25 y 26 fracción VII.
10. Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, artículos 23 y 24.

**PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Aunado a los aspectos jurídicos normativos profesionales, se debe puntualizar un tema que, si bien va intrínseco en el cumplimiento de las obligaciones de profesional de la salud, el mismo ha tomado fuerza considerable en los últimos años, al ser retomado por la OPS/OMS, refiriéndonos a la seguridad del paciente; la cual guarda una relación directa con las actividades encomendadas al profesional de la Enfermería. Así las cosas, según la OMS (*Organización Mundial de la Salud*), seguridad del paciente es la reducción del riesgo de daño asociado a la asistencia sanitaria a un mínimo aceptable.<sup>21</sup>

En 2004, la 57 Asamblea Mundial de la Salud, dio como fruto la Alianza Mundial para la seguridad del paciente, actualmente llamado Programa para la Seguridad del Paciente, el cual planteó los siguientes retos:

1. Una atención limpia es una atención más segura. Política de higiene de manos.
2. La cirugía segura salva vidas. Listado de verificación quirúrgica.
3. Lucha contra la resistencia antimicrobiana.

México, por su parte, ha realizado acciones tendientes a dar cumplimiento a las dinámicas internacionales de seguridad del paciente, por lo que, a través del Consejo de Salubridad General, se publicó el 08 de septiembre de 2017, en el Diario Oficial de la Federación, el ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.<sup>22</sup>

La seguridad del paciente es una dimensión fundamental de la calidad de la atención y se ha convertido en una estrategia prioritaria del Sistema Nacional de Salud. En este contexto, se continúan impulsando las líneas de trabajo que están en consonancia con las iniciativas ya emprendidas por distintos organismos internacionales.

En el estudio “Análisis crítico de las quejas CONAMED, 1996-2007”, de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, se identifican como causa raíz de las quejas por atención médica: la falta de seguridad en el traslado de pacientes, falta del lavado de manos, omisión en la identificación correcta del paciente, omisión

de procedimientos normados para la atención segura, inadecuada o deficiente integración del expediente clínico y diversos problemas por la inadecuada comunicación entre el equipo de salud, el paciente y su familia.<sup>23</sup>

Dentro de las herramientas que otorga el Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, se deben resaltar tres herramientas que sirven al profesional de la salud de Enfermería para garantizar la seguridad del paciente, y prevenir riesgos durante su atención:

**Tabla 1:** Factores de riesgo.

1.	Factores intrínsecos	Son aquellos que están relacionados con el propio paciente y estarán determinados por cambios fisiológicos relacionados con la edad, patologías agudas o crónicas y por el consumo de fármacos.
1.1.	Edad	Niños menores de 6 años y adultos mayores de 65 años presentan riesgos multifactoriales, que son determinantes para que se presente una caída.
1.2.	Factores fisiológicos del envejecimiento	El envejecimiento conlleva alteraciones propias que inciden en gran medida para que se dé una caída, como problemas causados en la estabilidad postural y en la marcha del anciano; enfermedades neurológicas, músculo esqueléticas, cardiovasculares, entre otras.
2.	Factores extrínsecos	Corresponden a los llamados factores ambientales, que pueden ser del entorno arquitectónico de la unidad hospitalaria; equipo o mobiliario; o bien de los procesos de atención. Estos contribuyen hasta 50% para que se produzcan caídas.

**Tabla 2:** Factores que deben estar contenidos en la herramienta para evaluar el riesgo de caídas en pacientes.

Limitación física del paciente	Menores de 6 años y mayores de 65 años; con deterioro músculo esquelético y neurológico; traumatismo craneo encefálico, enfermedad vascular cerebral, lesiones de columna vertebral, reposo prolongado, antecedente de caídas previas, desnutrición, ayuno prolongado, obesidad, alguna incapacidad física que afecte la movilidad, periodo postoperatorio y uso de aparatos ortopédicos, prótesis y órtesis.
Estado mental del paciente	Lesiones medulares, parálisis, enfermedad vascular cerebral; déficit propioceptivo por anestesia o sedación, deterioro cognitivo; déficit de memoria, desorientación, confusión, agitación, crisis convulsivas, alteración del estado de conciencia, depresión, riesgo suicida, disfunciones bioquímicas; depresión, hipoglucemia, hipercalemia, deterioro neuromuscular; traumatismo craneo encefálico, secuelas de poliomielitis o parálisis cerebral infantil, enfermos en estados terminales y en estado crítico.

**Continúa Tabla 2:** Factores que deben estar contenidos en la herramienta para evaluar el riesgo de caídas en pacientes.

Tratamiento farmacológico con	Diuréticos, psicotrópicos, hipoglucemiantes, laxantes, antihipertensivos, inotrópicos, digitálicos, antiarrítmicos, antidepresivos, neurolépticos, sedantes, hipnóticos, antiinflamatorios no esteroideos, antihistamínicos, antiácidos y broncodilatadores.
Problemas de comunicación	Dialectos, defectos anatómicos auditivos, trastornos de la percepción sensorial, visual y auditiva, alteración del sistema nervioso central, efectos por medicamentos, barreras físicas (intubación orotraqueal) y psicológicas (psicosis).

**Tabla 3:** Dimensiones de la Cultura de Seguridad.

Dimensión	Descripción
Trabajo en equipo dentro del departamento / servicio	Evalúa aspectos relacionados con el apoyo mutuo del personal del mismo departamento o servicio, el trato respetuoso y el apoyo entre los compañeros cuando alguien está sobrecargado de trabajo.
Expectativas y acciones del jefe o supervisor del servicio, para promover la seguridad de los pacientes	Valora la participación de los jefes o supervisores para atender los problemas de seguridad del paciente; así como las expectativas que tienen los jefes respecto la participación del personal para aplicar los procedimientos de seguridad del paciente. Además evalúa si el jefe toma en cuenta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.
Aprendizaje organizacional / mejora continua	Proporciona información respecto a las acciones de mejora emprendidas cuando se detecta alguna falla durante el proceso de atención, con la finalidad de evitar su recurrencia. También evalúa la efectividad de las acciones que se pusieron en marcha para mejorar la seguridad del paciente.
Apoyo de la dirección del Hospital para la seguridad del paciente	Evalúa la prioridad que tiene el Director del hospital para la seguridad del paciente, así como para propiciar un clima laboral en beneficio de la seguridad del paciente. Además evalúa el interés que tiene el Director del hospital para la seguridad del paciente, sólo después de la ocurrencia de un evento adverso.
Percepción general de la seguridad del paciente	Esta dimensión mide la percepción de las y los médicas/os y las enfermeras/os respecto a la seguridad de los procesos de atención, así como a la presencia de problemas relacionados con la seguridad del paciente.
Retroalimentación y comunicación sobre errores	Evalúa la información que difunde al personal respecto a los incidentes que ocurren en un servicio y las acciones emprendidas para evitar su ocurrencia.
Grado de apertura de la comunicación	Mide la libertad que tiene el personal para expresar los aspectos negativos que puedan afectar la atención que recibe el paciente, así como la libertad del personal para cuestionar las decisiones o acciones de sus superiores.
Frecuencia de eventos adversos reportados.	Mide la frecuencia con la que se reportan los errores que se estima que no dañan al paciente, los que son descubiertos y corregidos antes de dañar al paciente y los que se estiman que pueden haber dañado al paciente.
Trabajo en equipo entre departamentos y / o servicios	Mide la cooperación y la coordinación de los trabajadores al realizar tareas con integrantes de otros departamentos.

**Continúa Tabla 3:** Dimensiones de la Cultura de Seguridad.

Dimensión	Descripción
Personal: dotación, suficiencia y gestión	Permite conocer si la plantilla del personal es suficiente para atender las jornadas laborales, principalmente durante las excesivas y agotadoras cargas de trabajo. También mide la frecuente participación de personal eventual o temporal, que en ocasiones representan una dificultad para mejorar la atención al paciente.
Problemas en cambios de turno y transiciones entre departamentos /servicios	Evalúa el manejo de la información de los pacientes cuando éstos se transfieren de un servicio a otro, o durante los cambios de turno.
Respuesta no punitiva a los errores	Esta dimensión hace referencia a la opinión de médicos y enfermeras respecto a la actitud de los compañeros o superiores cuando se enteran de que han cometido algún error, utilizando esto en su contra, buscan culpables y el temor del personal que comete el error de que esto quede registrado en su expediente personal.

### **DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LAS Y LOS PROFESIONALES DE LA SALUD**

Finalmente, se concluye esta revisión señalando que, con el objeto de equilibrar la relación del profesional de la salud con el paciente, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en 2001, coordinó esfuerzos institucionales para establecer un decálogo en el que se plantearan los derechos de los pacientes frente al médico que le brinda atención, que concluyó con la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes; y paralelamente se creó el Decálogo de Derechos Generales de las y los Trabajadores de la Salud.

Bajo esta visión de ser partícipe de fortalecer la relación del profesional de la salud con el paciente, y atendiendo a los cambios mismos que ha tenido el país, la CONAMED, analizó y actualizó los decálogos de pacientes y personal de la salud, en el 2023, por lo que construyó y condensó, los derechos y obligaciones, de pacientes y personal de salud, por decálogos; los cuales, tienen como objeto mostrar los principios básicos sobre los cuales se sustenta la práctica médica, la libertad y prerrogativas en el ejercicio profesional de quienes brindan servicios de atención médica.

Esta nueva versión cuenta con documentos de consulta en los que se plasman los derechos, pero también las obligaciones, tanto de las y los pacientes como de las y los profesionales de la salud; estos derechos y

obligaciones tienen una conexión entre sí, encontrando el equilibrio directo al vincular cada derecho con una obligación de la contraparte. Los decálogos incluyen, además, en cada uno de sus apartados, el fundamento legal contemplado en los diferentes ordenamientos jurídicos que estructuran el derecho a la salud, tomando como base el principio pro-persona.

De tal suerte que, para los profesionales de la Enfermería, también se vuelve una herramienta de consulta vigente, que permite conocer no solo sus obligaciones, sino también sus derechos en términos de la legislación mexicana, por lo que es imprescindible conocer su contenido, consultable en la página:

[http://www.conamed.gob.mx/gobmx/revista/pdf/vol\\_28\\_2023/COMPLETO\\_S.pdf](http://www.conamed.gob.mx/gobmx/revista/pdf/vol_28_2023/COMPLETO_S.pdf)

### **Decálogo de Obligaciones de las y los Profesionales de la Salud.**<sup>24</sup>

#### **1. Brindar trato digno a pacientes, familiares y/o cuidadores**

**Obligación:** Brindar trato digno y respetuoso, sin discriminación alguna y de acuerdo con los principios científicos y éticos que orientan la práctica profesional, utilizando todos los recursos y conocimientos a su alcance en beneficio de las y los pacientes.

## 2. Brindar información integral a pacientes, familiares y/o cuidadores

**Obligación:** Proporcionar al paciente, familiar, acompañante y/o cuidadora o cuidador, la información suficiente y oportuna sobre su estado de salud para la toma de decisiones libres e informadas, respetando su derecho a aceptar o rechazar los tratamientos y/o procedimientos propuestos.

## 3. Abstenerse de garantizar resultados y facilitar una segunda opinión en caso de duda o incertidumbre

**Obligación:** Abstenerse de garantizar resultados y de proporcionar información que sobrepase su competencia profesional y laboral, brindando siempre la posibilidad de una segunda opinión y cumplir con los principios del Código de Ética de las y los Profesionales de la Salud.

## 4. Integrar, cuidar y resguardar el expediente clínico

**Obligación:** Integrar y resguardar el expediente clínico de las y los pacientes por un periodo mínimo de 5 años posteriores a la última atención otorgada, salvo que se trate de procesos administrativos o legales, así como proporcionar una copia íntegra a la o el paciente, su familiar o su representante legal, siempre que lo solicite.

## 5. Garantizar la privacidad y confidencialidad de los datos personales de las y los pacientes

**Obligación:** Garantizar el tratamiento de los datos personales, salvaguardando la confidencialidad respecto del estado de salud, padecimientos, diagnóstico y tratamiento de cualquier paciente a su cargo.

## 6. Utilizar correctamente los recursos sanitarios de los que disponga

**Obligación:** Utilizar de forma racional, honesta, honrada, eficiente, efectiva, justificada, equitativa y prudente, los recursos sanitarios que se le confían, para beneficiar en todo momento a la y el paciente.

## 7. Recabar el consentimiento informado

**Obligación:** Recabar el consentimiento informado o negativa de la o del paciente,

familiar y/o cuidadora o cuidador, previo a realizar cualquier tratamiento o intervención, plasmando la voluntad en el documento correspondiente.

## 8. Referir a la o el paciente oportunamente a un profesional o unidad médica de mayor capacidad resolutive

**Obligación:** Consultar o referir a la o a el paciente a otra u otro profesional de la salud calificado, ante algún caso que supere su capacidad resolutive y/o experiencia.

## 9. Actualización y certificación profesional permanente

**Obligación:** Realizar de forma periódica y permanente una actualización profesional. En caso de ser médica o médico general y/o especialista, contar con certificación vigente del Consejo de Profesionales que corresponda.

## 10. Responder y resolver las inconformidades y quejas por la atención médica brindada

**Obligación:** Responder y resolver las quejas en su contra, recurriendo a los procesos conciliatorios o arbitrales disponibles, en su caso, restablecer la salud de la o del paciente y/o reparar el daño ocasionado.

## DECÁLOGO DE DERECHOS DE LAS Y LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

### 1. Ejercer la profesión en forma lícita, libre y responsable

**Derecho:** Ejercer la profesión en forma lícita, libre, autónoma y sin coacción, en igualdad de derechos y condiciones; y asociarse libremente para promover sus intereses profesionales.

### 2. Participar en la mejora de la calidad de la atención

**Derecho:** Proponer acciones para mejorar la calidad, oportunidad y eficacia de los servicios en su unidad médica y participar en su ejecución.

### 3. Contar con infraestructura, equipamiento y material necesario

**Derecho:** Contar con unidades médicas dignas,

personal de apoyo, recursos materiales e insumos básicos suficientes y adecuados para el desempeño de sus funciones.

#### **4. Recibir información necesaria, completa y veraz por parte de los pacientes, familiares y/o cuidadores**

**Derecho:** Recibir de las y los pacientes, familiar, acompañante y/o cuidadora o cuidador todos los datos necesarios sobre los antecedentes y problemas de salud, para integrar su diagnóstico y fundamentar su tratamiento.

#### **5. Recibir trato digno y respetuoso**

**Derecho:** Recibir trato digno y respetuoso de la o del paciente, familiar, acompañante y/o cuidadora o cuidador, así como del personal relacionado con su trabajo, independientemente del nivel jerárquico.

#### **6. Acceso a actividades para el desarrollo y crecimiento profesional**

**Derecho:** Tener acceso a actividades de actualización, capacitación, investigación y docencia, en igualdad de oportunidades en su campo profesional, con el objeto de mejorar sus competencias y áreas de experiencia, siempre y cuando no afecte la prestación de los servicios.

#### **7. Recibir asesoría jurídica y acceder voluntariamente a mecanismos alternativos de solución de controversias**

**Derecho:** Recibir asesoría jurídica y acompañamiento gratuito de la institución de salud donde preste sus servicios, ante un conflicto o una inconformidad presentada en su contra y, durante la tramitación del mismo hasta su conclusión, así como acceder a los mecanismos alternativos disponibles para la solución de controversias.

#### **8. Contar con protección para salvaguardar su prestigio, honorabilidad, derechos humanos; y en su caso ejercer su derecho de réplica**

**Derecho:** Contar y conocer las medidas existentes de protección para evitar que se criminalicen de manera infundada los actos médicos realizados, salvaguardando su prestigio, imagen e intereses profesionales.

#### **9. Inconformarse ante la autoridad por actos de discriminación o maltrato**

**Derecho:** Inconformarse ante la autoridad competente por actos de discriminación o maltrato, durante la prestación de sus servicios, sin que existan represalias respetando el derecho a la libre expresión, así como respetando el derecho a la libre expresión.

#### **10. Recibir remuneración por su trabajo**

**Derecho:** Recibir de forma oportuna y completa la remuneración que corresponda por los servicios prestados.

### **CONCLUSIONES**

Sin lugar a dudas, se establece que, en la Enfermería, al igual que todas las disciplinas de la salud, su regulación se encuentra dispersa a lo largo de la normatividad de México, e incluso, de las Entidades Federativas; por ello, es necesario que el profesional de la Enfermería, en el ejercicio diario, se capacite y actualice sobre el marco jurídico y límites de su profesión.

El profesional de la salud de Enfermería debe trabajar en conocer los instrumentos jurídicos que rigen la disciplina que ejerce, sean profesionales técnicos o auxiliares; de manera indistinta deben cumplir con sus obligaciones dentro de un equipo multidisciplinario para restablecer la salud de las personas con necesidad de atención.

Los directivos de instituciones, unidades médicas y programas deben impulsar la participación de los profesionales de la salud de Enfermería en el diseño de estrategias para la seguridad del paciente.

De igual forma deben, de manera progresiva, realizar acciones tendientes a dar cumplimiento a las resoluciones del Comité Ejecutivo de la OPS, para la implementación de la política sobre el personal de salud 2030: fortalecimiento de los recursos humanos para la salud a fin de lograr sistemas de salud resilientes.

El profesional de salud en Enfermería debe procurar en la medida de lo posible durante su intervención en procesos de atención médica, apoyarse en las Guías de Práctica Clínica y los medios electrónicos de

acuerdo con las Normas Oficiales Mexicanas que al efecto emita la Secretaría de Salud.

Reiterando que los directivos de instituciones, unidades médicas y programas deben reconocer como la principal fuerza de trabajo a los profesionales de salud en Enfermería, proponiendo esquemas de profesionalización que permitirán su participación en aquellas atenciones médicas de menor riesgo, logrando un impacto positivo en la atención de pacientes, y reducción de saturación en servicios especializados.

La homologación de la profesionalización de las enfermeras técnicas o auxiliares en el país es una tarea pendiente, que requiere estrategias unificadas en todo el país del sistema educativo, lo cual impactará de manera positiva en todo el gremio, estandarizando incluso salarios en la prestación del servicio médico.

## REFERENCIAS

1. Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud. (Consultado el: 12/02/24). Disponible en: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013#gsc.tab=0)
2. Enfermería OPS. (Consultado el: 12/02/24). Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermeria>
3. Situación de la enfermería en el mundo 2020: resumen de orientación (Consultado el: 12/02/24. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/situacion-enfermeria-mundo-2020-resumen-orientacion>.)
4. Pan American Health Organization. Resolution CD52.R13 Human Resources for Health: Increasing Access to Qualified Health Workers in Primary Health Care-Based Health System. Pan American Health Organization, (2013). (Consultado el: 12/02/24. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/4441?show=full>).
5. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) (Consultado el: 15/02/24. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP\\_ENFERMERA22.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_ENFERMERA22.pdf))
6. Carlos Agustín León Román. Enfermería ciencia y arte del cuidado. Rev cubana Enfermer [Internet]. 2006 Dic (Consultado el: 16/02/24; 22(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192006000400007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007&lng=es).)
7. Florence Nigthingale. Teoría del entorno. Modelo y teorías de Enfermería; características generales de los modelos y principales teorías. Manual CTO. Oposiciones de Enfermería. (Consultado el: 12/02/24. Disponible en: <https://www.berri.es/pdf/MANUAL%20CTO%20OPOSICIONES%20DE%20ENFERMERIA%20-%20PAIS%20VASCO%2%80%9A%20Vol%3%BAmen%201/9788417470050>).
8. Bellido Vallejo, J.C; Lendínez Cobo, J.F. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén. 1era edición. España. (Consultado el: 16/02/24. Disponible en: <https://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>)
9. Historia de la Enfermería (Consultado el: 16/02/24. Disponible en: <https://insp.mx/avisos/4866-dia-enfermeria-historia.html>)
10. Alemán-Escobar, ML, Salcedo-Álvarez, Rey Arturo, & Ortega-Altamirano, Doris Verónica. (2011). La formación de enfermeras en la Escuela de Salud Pública de México, 1922-2009: Evolución histórica y desarrollo académico de la Enfermería en salud pública en México. Perfiles educativos, 33(133), 174-196. (Consultado el: 16/02/24. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-26982011000300011&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982011000300011&lng=es&tlng=es).)
11. Observación 14. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (Consultado el: 16/02/24. Disponible en: [https://catedraunescodh.unam.mx/catedra/SeminarioCETis/Documentos/Doc\\_basicos/1\\_instrumentos\\_universales/5%20Observaciones%20generales/39.pdf](https://catedraunescodh.unam.mx/catedra/SeminarioCETis/Documentos/Doc_basicos/1_instrumentos_universales/5%20Observaciones%20generales/39.pdf).)
12. Observación General No. 14. El derecho al disfrute del más. (Consultado el: 16/02/24.

- Disponible en: <https://www.escri-net.org/es/recursos/observacion-general-no-14-derecho-al-disfrute-del-mas-alto-nivel-posible-salud-articulo-12>.)
13. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (Consultado el: 16/02/24. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>)
  14. Propuesta de reforma presidencial. Presidencia de México. 2024 (Consultado el: 12/02/24. Disponible en: <https://presidente.gob.mx/poder-ejecutivo-promueve-reforma-que-asegura-gratuidad-en-servicios-medicos-y-prohibicion-de-drogas-quimicas-y-vapeadores/>)
  15. Los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad de los derechos humanos. (Consultado el: 19/02/24. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/34-Principios-universalidad.pdf>. Pp 7
  16. Ley General de Salud. (Consultado el: 19/02/24. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>)
  17. Diario Oficial de la Federación. 22 de diciembre de 2004. (Consultado el: 19/02/24 Disponible en: [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=754585&fecha=22/12/2004#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=754585&fecha=22/12/2004#gsc.tab=0))
  18. ACUERDO por el que se emiten los lineamientos que contienen el procedimiento y los criterios a los que deberán sujetarse los licenciados en Enfermería, así como los pasantes en servicio social de las carreras referidas en los numerales 1 a 5, del artículo 28 Bis, de la Ley General de Salud, para la prescripción de medicamentos. (Consultado el: 19/02/24. Disponible en: [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5475523&fecha=08/03/2017#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5475523&fecha=08/03/2017#gsc.tab=0).)
  19. Normas Oficiales Mexicanas. (Consultado el: 20/02/24. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/en/documentos/normas-oficiales-mexicanas-9705>)
  20. Guías de Práctica Clínica. (Consultado el: 20/02/24. Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/Transparencia/transparencia\\_focalizadagpc\\_gob.html](http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/Transparencia/transparencia_focalizadagpc_gob.html)).
  21. Cometto, MC; Gómez, P.F; Marcon Dal Sasso, G.T; cols. Enfermería y Seguridad de los pacientes. Organización Panamericana de la Salud. Washington. 2011 (Consultado el: 20/02/24. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51547>)
  22. Secretaría de Salud. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. [internet] Diario Oficial Federal: 08/09/2017. (Consultado el: 20/02/24. Disponible en: [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5496728&fecha=08/09/2017#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5496728&fecha=08/09/2017#gsc.tab=0).)
  23. Aguirre Gas,H; Campos Castolo, E.M; Carrilo Jaimes; A; cols. Análisis crítico de quejas CONAMED 1996-2007. Revista conamed, Vol. 13, abril-junio 2008.
  24. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Decálogo de Derechos y Obligaciones de pacientes y profesionales de la Salud. Suplemento 2023. Revista Conamed. [internet] 2023 (Consultado el: 20/02/24 Disponible en: <http://www.conamed.gob.mx/gobmx/revista/ultima.php>).

## La transformación de la educación y capacitación en el personal de Enfermería del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

*The transformation of education and training in the Nursing staff of the General Hospital of Mexico "Dr. Eduardo Liceaga"*



María Esther Guadalupe Olin Laguna\*, Diana Solís Mota\* Abraham Rojas Gómez\*

### RESUMEN

El Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" (HGME), pionero de la primera escuela de Enfermería durante generaciones ha tenido el interés por contribuir en la educación y capacitación continua del personal de Enfermería. Es una institución referente como formadora de recursos humanos en Enfermería, ha tenido a bien apegarse a nuevos modelos educativos para fortalecer el aprendizaje de los alumnos con la finalidad de brindar un cuidado de calidad y seguridad, en apego a las necesidades del Sistema Nacional de Salud, tuvo la necesidad de migrar de un modelo educativo tradicional a un modelo basado en competencias, haciendo uso de la simulación clínica, con la finalidad de fortalecer el conocimiento y las habilidades del personal de Enfermería, así mismo que cuente con herramientas cognitivas basadas en pensamiento crítico, brindando un cuidado holístico, logrando un posicionamiento en el equipo de salud. La evolución de Enfermería se encuentra inmersa en una diversidad de cambios que se tendrán que comprender y adaptarse a las nuevas tendencias educativas de la propia sociedad donde impera la necesidad de garantizar una educación relevante y efectiva en el siglo XXI.

**Palabras clave:** cuidado en enfermería, educación continua en enfermería, estudiantes de enfermería, historia de la enfermería.

### ABSTRACT

The General Hospital of Mexico, "Dr. Eduardo Liceaga" (HGME), pioneer of the first Nursing school, has for generations been interested in contributing to the education and continuous training of Nursing staff. It is a leading institution as a trainer of human resources in Nursing, it has seen fit to adhere to new educational models to strengthen student learning with the purpose of providing quality and safe care, in accordance with the needs of the National System Health, had the need to migrate from a traditional educational model to a competency-based model, making use of clinical simulation, with the purpose of strengthening the knowledge and skills of Nursing staff, as well

\*Departamento de Gestión de Educación, Capacitación e Investigación en Enfermería. Hospital General de México, "Dr. Eduardo Liceaga"

#### Citar como:

Olin Laguna MEC, Solís Mota D, Rojas Gómez A. La transformación de la educación y capacitación en el personal de Enfermería del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Rev CONAMED 2024; 29(1): 26-29.

#### Conflicto de intereses:

"Los autores declaramos no tener intereses personales, comerciales, financieros o económicos directos o indirectos, ni conflictos de interés de cualquier índole que pudieran representar un sesgo para la información presentada en este artículo".

**Financiamiento:** no existió financiamiento.

as having cognitive tools based in critical thinking, providing holistic care, achieving positioning in the health team. The evolution of Nursing is immersed in a diversity of changes that will have to be understood and adapted to the new educational trends of society itself where that prevail the need to guarantee relevant and effective education in the 21st century.

**Keywords:** nursing care, continuing nursing, nursing students, history of nursing.

## DESARROLLO

El Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" (HGME), pionero de la primera escuela de Enfermería formalizada en 1907,<sup>1</sup> ha tenido el interés por contribuir en la educación y capacitación continua del personal de Enfermería. Siendo una institución referente como formadora de recursos humanos, apegándose a nuevos modelos educativos que transforman el aprendizaje del personal, con la finalidad de brindar un cuidado de calidad y seguridad, en apego a las necesidades del Sistema Nacional de Salud.

Dentro de los aspectos destacados en la formación de personal de Enfermería están la creación de los cursos posttécnicos, este hecho fue secundario a la necesidad de contar con personal calificado para atender a los pacientes con enfermedades de alta complejidad, ya que la formación básica de Enfermería General no brindaba los conocimientos tan profundos y especializados para atender a esta población; los cursos posttécnicos se relacionaron con las necesidades de atención de la población en el país y de los cambios en el perfil epidemiológico y demográfico, así mismo de la necesidad de contar con personal de Enfermería con conocimientos en administración de hospitales, adiestramiento, enseñanza tanto al personal de Enfermería y estudiantes; los primeros cursos que fueron creados fueron en: Pediatría en 1941, Anestesiología en 1945, Enfermería Sanitaria en 1949, administración para jefes de servicio y docencia de enfermeras instructoras, ambos creados en 1952, y Enfermería Quirúrgica en 1956. Los cursos posttécnicos tuvieron la misión de atender funciones dependientes al área médica, careciendo de un modelo

educativo que brindara identidad a las funciones independientes de la Enfermería. La creación de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en 1968, impulso el inicio de la profesionalización en México, lo que favoreció que los cursos posttécnicos evolucionaran, dando lugar a los cursos de especialización a nivel posgrado, con la transformación de un modelo educativo tradicional a un modelo basado en competencias, con la finalidad de fortalecer el conocimiento, el desarrollo de habilidades y actitudes del personal de Enfermería, impulsando el pensamiento crítico, que permite fortalecer un cuidado holístico, logrando un posicionamiento en el equipo de salud, dando las herramientas para brindar intervenciones independientes, dependientes e interdependientes hacia el paciente.

Los estudios de posgrado en el nivel de especialización son considerados un proyecto profesional que hace viable complementar y enriquecer la formación, favoreciendo el crecimiento vertical de los profesionales; ofrece a las enfermeras, una amplia gama de programas que respondan a sus intereses y necesidades laborales, incluyendo propuestas académicas acordes a las necesidades sociales.<sup>2</sup>

El HGME en colaboración con la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, han ofertado dentro de la institución las especialidades de Enfermería en: Adulto en Estado Crítico, Perioperatoria, Perinatal, Oncológica, en Atención en el Hogar y Nefrológica; actualmente se cuentan con 3 especialidades en el turno matutino (Adulto en Estado Crítico, Perioperatoria y Nefrológica) y 1 especialidad en el turno vespertino (Adulto en Estado Crítico), esto último derivado de la creciente necesidad de especialistas en Enfermería.

Derivado de los nuevos retos sociales y de salud, se requiere desarrollar nuevas competencias laborales, encaminadas a promover la mejora continua, para lograr el desarrollo de las competencias en los profesionales de Enfermería y fomentar la calidad del cuidado en los servicios institucionales; es de vital importancia que los líderes de Enfermería fortalezcan y transformen la capacitación del personal para fortalecer el perfeccionamiento de las habilidades clínicas

por medio de los cursos-taller, en los cuales Enfermería adquiere conocimientos de tipo procedimental, sin embargo una limitante de estos cursos es que no se desarrolla a profundidad la toma de decisiones en los escenarios clínicos reales, por lo tanto por medio de la simulación clínica como método de aprendizaje y entrenamiento, se impulsa a la toma de decisiones con el uso del conocimiento, la habilidad y la reflexión.

El Center for Medical Simulation (Cambridge, Massachussets), define la simulación, como una situación o un escenario creado para permitir que las personas experimenten la representación de un acontecimiento real con la finalidad de practicar, aprender, evaluar, probar o adquirir conocimientos de sistemas o actuaciones humanas.<sup>3</sup>

Derivado de la prevalencia de las enfermedades de alta complejidad y la necesidad de ir a la vanguardia en el cuidado de los pacientes, programas prioritarios de atención en los pacientes, tales como el Soporte Vital Básico [BLS por sus siglas en inglés] y código infarto, requieren que el personal de Enfermería cuente con el conocimiento de cómo actuar dentro de los equipos médicos de atención, por lo que mediante la implementación de un programa de capacitación teórico-práctico con eje central en la simulación clínica, se ha logrado una capacitación robusta al personal de Enfermería que opera dentro de la institución. Otros proyectos como el programa de Trasplante Cardíaco se han beneficiado de enfermeros y enfermeras con capacitación y educación mediante el empleo de simulación clínica mejorando su desempeño y otorgándoles un rol más eficiente en los equipos de salud.

El HGMEI, ha demostrado una notable capacidad de adaptación frente a desafíos que exigen un cambio en los métodos de educación y capacitación. Durante la pandemia de SARS-CoV2, esta adaptabilidad se manifestó a través de la implementación de programas de capacitación virtual e híbrida para el personal de Enfermería, utilizando tecnología avanzada. Este cambio, sin precedentes en la historia de la institución, transformó radicalmente los métodos de aprendizaje. Sin embargo, es importante reconocer que la profesión

de Enfermería requiere del desarrollo de habilidades técnicas y procedimentales que pueden verse comprometidas sin la práctica en entornos clínicos reales.

El HGMEI, es una institución que va siempre a la vanguardia en las tendencias científicas, de investigación y educación, ha evolucionado acorde a las exigencias actuales del panorama y necesidades de salud mundial. Dentro del campo de la Enfermería hubo la necesidad de introducir metodologías docentes encaminadas a la integración de conocimientos dentro del contexto clínico, es decir, dirigidas no sólo a evaluar conocimientos, sino también a evaluar habilidades y transmitir actitudes; donde el individuo sabe, sabe hacer y hace (competencias clínicas).<sup>4</sup>

Para lograr que la Enfermería tenga un posicionamiento fundamental en el equipo de salud, enfrentó grandes desafíos ante los cambios sociales, económicos, demográficos y epidemiológicos; así como desigualdad de género, cambios ambientales, urbanización, avance tecnológico, sin mencionar la parte de formación educativa donde se tuvo que pasar por modelos educativos que marcaron avances para generar un cuerpo de conocimiento propio de la profesión. Dicha evolución se encuentra inmersa en una diversidad de cambios que se tendrán que comprender y adaptarse a las nuevas tendencias educativas de la propia sociedad que imperan la necesidad de garantizar una educación relevante y efectiva en el siglo XXI.<sup>5</sup>

Actualmente Enfermería hace uso de intervenciones autónomas, independientes y dependientes basadas en evidencia científica, brindando cuidado al individuo, a su familia y a la comunidad, por medio de modelos educativos innovadores que permiten llegar a este desarrollo. La simulación clínica permite la creación de competencias a través de escenarios que han permitido al personal de Enfermería adentrarse en escenarios clínicos similares a los reales, donde pueden tomar decisiones sin poner en riesgo la seguridad de los pacientes. La educación en Enfermería ha tenido grandes cambios durante el paso del tiempo, que han permitido su posicionamiento clave dentro del equipo multidisciplinario de salud.

## REFERENCIAS

1. Pérez Cabrera I. Memorias de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia ENEO-UNAM. *Enferm Univ* [Internet]. 2010 [citado el 5 de marzo de 2024];7(2):4-8. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632010000200001&lng=es](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632010000200001&lng=es)
2. Especializaciones en Enfermería [Internet]. UNAM.mx. [citado el 5 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://feno.unam.mx/portalENEO2020/posgrado/especialidades/>
3. Farrés Tarafa Mariona, Miguel Ruiz Dolors, Almazor Adrià, Insa Esther, Hurtado Bárbara, Nebot Carlos et al . Simulación clínica en Enfermería comunitaria. *FEM* (Ed. impresa) [Internet]. 2015 [citado 2024 Feb 15]; 18(Suppl 1): s62-s66. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2014-98322015000300010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2014-98322015000300010&lng=es). <https://dx.doi.org/10.4321/S2014-98322015000300010>.
4. Torres-Barrera S, Zambrano-Lizárraga E. Breve historia de la educación de la Enfermería en México [Internet]. *Medigraphic.com*. 2010 [citado el 5 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2010/eim102h.pdf>
5. Baquero Marín PJ, Cabarcas López WF, Bados Enríquez DM. Simulación clínica: una estrategia de aprendizaje y enseñanza en el pregrado. *Educ Médica* [Internet]. 2019 [citado el 4 de marzo de 2024];20:188-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-simulacion-clinica-una-estrategia-aprendizaje-S1575181317301614>

## **Evolución del Modelo de Cuidado de Enfermería para una atención de calidad y seguridad**

*Evolution of the Nursing Care Model for quality and safety care*

Rita Pérez Delgado\*, María Patricia Padilla Zárate\*\*, Martha Pérez Mendoza\*\*\*



### **RESUMEN**

La evolución del Modelo del Cuidado en Enfermería (MCE), en el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" (HGMEI), ha tenido diferentes ajustes que se hacen compatibles al acontecer histórico cuyo objetivo ha sido garantizar una atención de calidad y seguridad de los cuidados de Enfermería. Desde 1907, el HGMEI contaba con enfermeras de una formación de práctica empírica, pero es hasta el 2002, donde se reconoce como una práctica profesional, por lo que es necesario desarrollar un MCE que integre un marco teórico por medio de la ciencia de Enfermería y un marco metodológico a través de la práctica de cuidados. El MCE ha integrado nuevos elementos de acuerdo con la evolución profesional de Enfermería y a los cambios internacionales, nacionales, sectoriales e institucionales acerca de la calidad y seguridad de la atención, los cuales se documentan en los Formatos de Registros Clínicos. Esto permitió dar un giro sustancial en la práctica de Enfermería.

**Palabras clave:** atención, calidad y seguridad, cuidado de enfermería, evolución.

### **SUMMARY**

The evolution of the Nursing Care Model (MCE), at the General Hospital of Mexico "Dr. Eduardo Liceaga" (HGMEI), has had different adjustments that are compatible with historical events whose objective has been to guarantee quality care and safety of Nursing care. Since 1907, the HGMEI had nurses with empirical practice training, but it was not until 2002, that it was recognized as a professional practice, so it is necessary to develop MCE that integrates a theoretical framework through Nursing science and a methodological framework. through care practice. The MCE has integrated new elements in accordance with the professional evolution of Nursing and international, national, sectoral and institutional changes regarding the quality and safety of care, which are documented in the Clinical Record Formats. This allowed for a substantial change in Nursing practice.

**Keywords:** attention, care and safety, nursing care, evolution.

\*Coordinadora del Modelo del Cuidado de Enfermería

\*\*Subdirectora de Enfermería

\*\*\*Integrante de la Coordinación del Modelo del Cuidado de Enfermería

Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

#### **Citar como:**

Pérez Delgado R, Padilla Zárate MP, Pérez Mendoza M. Evolución del Modelo de Cuidado de Enfermería para una atención de calidad y seguridad. Rev (CONAMED 2024; 29(1): 30-35.

#### **Conflicto de intereses:**

"Los autores declaramos no tener intereses personales, comerciales, financieros o económicos directos o indirectos, ni conflictos de interés de cualquier índole que pudieran representar un sesgo para la información presentada en este artículo".

**Financiamiento:** no existió financiamiento.

## INTRODUCCIÓN

La calidad es una cualidad de la atención sanitaria, esencial para el logro de los objetivos nacionales en salud. En México, no existía evidencia del desarrollo de una práctica de cuidado en ninguna institución de salud de seguridad social, soportada en un cuerpo teórico conceptual propio que sustentara sus principios y objetivos, que además se adaptara a la constante renovación a través de la investigación científica y que por consiguiente se instrumente a través de la metodología propia de Enfermería el “Método Enfermero” (ME).

En el 2002, la Subdirección de Enfermería (SE), del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” (HGMEL), en apego al programa nacional de salud 2000-2006, “Por una cruzada por la calidad de los servicios de salud”,<sup>1</sup> se ve en la necesidad de crear una Coordinación de Modelos de Atención de Enfermería con el objetivo de establecer un Modelo de Cuidados de Enfermería (MCE), que permitiera perfeccionar las prácticas cotidianas, dirigidas a la atención integral de los pacientes a través de un marco conceptual y metodológico, en donde el cuidado se brinde con calidad y seguridad, en un entorno de respeto a la dignidad, los derechos humanos, valores, costumbres y creencias de la persona, familia y comunidad, y se promueva la responsabilidad y excelencia profesional tanto en las actividades autónomas como en las interdependientes.

El MCE ha presentado una evolución en su aplicación y monitoreo continuo al integrar elementos a su estructura teórica y metodológica asociada a la calidad y seguridad de los cuidados de Enfermería, derivado del avance profesional que ha desarrollado esta profesión en los últimos años, y a los cambios que se presentan en los Programas Internacionales, Nacionales, Sectoriales e Institucionales.

Con esta evolución se requiere de una reestructuración en los Formatos de Registros Clínicos de Enfermería (FRCE), que evidencian los cuidados avanzados que brinda el personal del HGMEL para una atención de calidad y seguridad.

## ANTECEDENTES

Históricamente el cuidado enfermero se desarrolla con la finalidad de garantizar la calidad y seguridad de la atención dentro de las instituciones de salud, a partir de la evolución del MCE.

La enseñanza formal de Enfermería en el HGMEL se inició en el año 1907, siendo uno de los principales referentes para la formación de enfermeras en el país; en 1911, la “Escuela de Enfermeras del Hospital General de México”, forma parte de la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional de México, por lo que en 1912 surge la Escuela de Enfermería y Obstetricia. Durante más de nueve décadas, la práctica de Enfermería se sustentaba más en la técnica y la organización del trabajo con la asignación de pacientes y/o en la distribución de actividades, que en la ciencia.

En el 2002, la OMS insta a los Estados miembros a “prestar la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente y a que establecieran y consolidaran sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención en salud”,<sup>2</sup> en México la Secretaría de Salud (SS), con una transición política-social, implementa los programas sectoriales referentes a la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud y el Sistema Integral de Calidad en Salud (SI CALIDAD). El HGMEL y la SE en apego a la política internacional y nacional crea la Coordinación de Modelos de Atención de Enfermería, con el objetivo de establecer un MCE, para garantizar la calidad y seguridad en la atención.

El MCE desarrollado en el 2002, permitió realizar un diagnóstico situacional siendo uno de los desafíos el número de enfermeras, al tener una plantilla de 1798,<sup>3</sup> enfermeras y por otro lado la falta de conocimiento de Teorías, Modelos y ME, por lo que se inicia en forma general la capacitación al personal, con la finalidad de la homogeneización del conocimiento; esto permitió un avance profesional del personal de Enfermería, sustentando la base de la autonomía profesional a través de un modelo conceptual y metodológico. (Figura 1)



**Figura 1:** Modelo del Cuidado de Enfermería Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".

El ME, es el primer elemento del MCE, que se implementó en forma institucional a través de los principales supuestos de la Teoría del Déficit de autocuidado de Dorothea Orem esto permite un acercamiento a la práctica, ya que constituyen las herramientas sobre las que se debe estructurar el pensamiento enfermero, la Teoría es el segundo elemento del MCE. A partir del 2003, después de avanzar con la capacitación para la mayoría del personal, se implementa el MCE en una primera etapa en el área de hospitalización de Gineco-Obstetricia y paulatinamente a todas las especialidades.

En el 2006, como resultado del análisis científico de las prácticas de cuidados proporcionados por el personal de Enfermería, se crean los estándares de cuidados, los cuales, derivados de la evolución en dichas prácticas, se convierten en Planes de Cuidados de Enfermería (PLACE), donde se incluye un lenguaje estandarizado a través de Taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NOC (Nursing Outcomes Classification), NIC (Nursing Interventions Classification).

En 2007, se crea la Comisión Permanente de Enfermería (CPE), que tiene por objetivo contribuir al mejoramiento de la calidad y eficiencia de los servicios de atención a la salud, desarrollo y superación del personal de Enfermería. Este esfuerzo formó parte del programa: "Calidad de los servicios de Enfermería y seguridad de los pacientes una prioridad para Enfermería", creando un instrumento de referencia para el desarrollo de planes de cuidados de Enfermería nombrados PLACE.<sup>4</sup>

En 2009, en el HGMEL se desarrolla el Proceso de evaluación de la calidad de la aplicación del ME. En 2011 se publicó el artículo: Lecciones aprendidas en la construcción del instrumento de evaluación "FIME" (Formato Indicador Método de Enfermería)<sup>5</sup> asesorado y registrado en la Dirección de Investigación de esta institución.

En 2013-2018, el Programa Sectorial de Salud,<sup>6</sup> (PROSESA), estableció objetivos dirigidos a: "Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad", con la estrategia 2.1 Promover la estandarización, la práctica

de Enfermería con el propósito de disminuir la variabilidad de la práctica. Enfermeras del HGMEL participan en la elaboración de Guías de Práctica Clínica de Enfermería (GPCE), fortaleciendo y consolidando el liderazgo en Enfermería.

En el 2013, la SE consideró indispensable desarrollar y aplicar el indicador “Método de Enfermería” para la mejora continua del cuidado con la evaluación de las 5 etapas del ME: Valoración, Diagnóstico de Enfermería, Planeación, Ejecución y Evaluación ya que ME permite proporcionar cuidados organizados, oportunos, eficientes, de calidad, seguros y éticos.

Para 2016, los FRCE son el instrumento clave en donde el profesional registra sus intervenciones de cuidado, pero estos, no habían alcanzado un desarrollo completo a la par con la profesión, en el sentido de incluir el marco teórico y metodológico del MCE, llevándose a cabo la primera medición del Indicador “Registros Clínicos de Enfermería”.

## **EVOLUCIÓN DEL MODELO DEL CUIDADO EN ENFERMERÍA**

El MCE para una atención de calidad y seguridad tenía integrado el ME el cual establece un método sistemático, organizado, interactivo, humanista, dinámico, y flexible. Este es el único camino para fundamentar el rol autónomo y consolidar la disciplina enfermera desde el rigor científico, el pensamiento crítico y reflexivo y planificación de cuidados que favorezcan la salud de la persona y ayuden a recuperarla o a morir con dignidad.<sup>7</sup> Los principales supuestos de la Teoría de Déficit de autocuidado de Orem y los PLACE con la integración de la Taxonomía NANDA, NOC, NIC y las GPCE para fortalecer la ciencia Enfermería y los cuidados que estén basados en Enfermería Basada en Evidencia (EBE), para estandarizar el cuidado en Enfermería. Estos tres elementos constituyen el pilar del MCE.

En el contexto Nacional de Enfermería en 2002, se desarrolló el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud,<sup>8</sup> (INDICAS), en las instituciones de salud del sector público y privado, las acciones fueron coordinadas por la CPE y la Dirección General de Calidad y Educación de la Secretaría de Salud a través de

la medición de estándares e indicadores de los procedimientos básicos de Enfermería; por lo que es necesario integrar al MCE el sistema INDICAS.

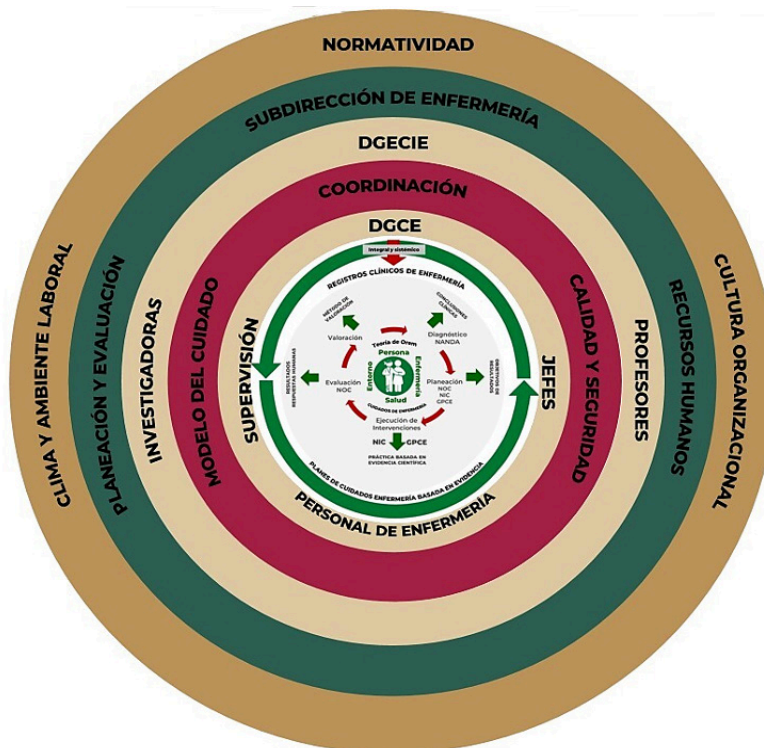
En el 2012, la NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, así como el Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC), se integra al MCE, ya que es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud.<sup>9</sup> Dejando evidencia del cumplimiento a través de la documentación en los FRCE para la continuidad del cuidado, la responsabilidad profesional, ética y jurídica del personal de Enfermería.

En 2017, se implementan las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP), con esto México cuenta con un marco regulatorio más sólido que permite brindar una atención médica con calidad y más segura.<sup>10,11</sup> Por ello las AESP forman parte del MCE.

En el 2018, se integra al MCE el Plan de alta de Enfermería, con la intención de cambiar el procedimiento y la práctica de Enfermería al egreso, para fortalecer la educación para la salud de los pacientes del HGMEL.

La OPS y la OMS en 2019, presentan orientaciones estratégicas para el avance y el fortalecimiento de Enfermería en los sistemas y servicios de salud: Línea de acción 2. Abordar las condiciones de trabajo y las capacidades de los enfermeros y enfermeras para expandir el acceso y la cobertura con equidad y calidad, a fin de promover un modelo de atención centrado en las personas, la familia y las comunidades.<sup>12</sup> Derivado de esto la SE busca estrategias para que más personal de Enfermería se especialice en las diferentes áreas clínicas por medio de Posgrados, para fortalecer la práctica avanzada de Enfermería y el MCE.

En el 2021, la SE del HGMEL en apego a la normatividad sectorial e institucional genera el Sistema de Gestión del Cuidado de Enfermería el cual incluye al MCE, el sistema de Gestión de Enfermería, la cultura organizacional, el clima y ambiente laboral y la normatividad institucional (Figura 2), esto ha servido de guía para proporcionar el cuidado de Enfermería en esta institución hasta la actualidad.



**Figura 2:** Sistema de Gestión del Cuidado de Enfermería Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".

En el 2021, la 74ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó el Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030,<sup>13</sup> con el objetivo de lograr en todo el mundo la máxima reducción posible de los daños evitables debidos a una atención de salud poco segura. Derivado de esto en México, por medio del Programa Sectorial de Salud 2020-2024,<sup>14</sup> establece en su Objetivo prioritario 2. "Incrementar la eficiencia, efectividad y calidad en los procesos del SNS para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que garantice los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio, digno y humano" generando el Modelo Único de Evaluación de la Calidad,<sup>15</sup> (MUEC), como la estrategia integral, resultado de la sinergia de los procesos de "Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica" y la "Certificación de Establecimientos de Atención Médica", que permite verificar el cumplimiento de los criterios y estándares en materia de calidad, con énfasis en la seguridad del paciente, por medio de la evaluación continua y progresiva de la estructura, procesos y resultados. Integrando los estándares de

calidad: Evaluación del paciente (AOP), y Educación a los pacientes y su Familia (PFE), al MCE.

Derivado de los cambios del MCE fue necesario reestructurar los FRCE con la finalidad de integrar estos elementos y facilitar su aplicación para dejar evidencia de ello a través de la documentación que realizan los profesionales de Enfermería.

En el 2023, se realizó una reestructuración al instrumento de evaluación del indicador ME el cual implícitamente evalúa los elementos del MCE y su documentación en los FRCE esto permite identificar áreas de oportunidad del cuidado para generar estrategias de mejora, implementación, seguimiento y supervisión de las mismas, garantizando cuidados de atención con calidad y seguridad que proporcionan los profesionales de Enfermería del HGMEL.

## CONCLUSIÓN

La evolución del MCE garantiza una atención de calidad y seguridad de los profesionales

de Enfermería a través de sus bases filosófica, humanista y científica. En los últimos 20 años las Instituciones de Salud en México han mostrado un gran compromiso con la Calidad en la Atención Médica, lo que ha dado la pauta para la creación de diferentes modelos, estrategias y acciones para mejorar la calidad y la seguridad en la atención. El HGMEL, es el primero en desarrollar e implementar un MCE con un marco teórico y metodológico que ha permitido avanzar con la profesionalización de Enfermería, de una práctica empírica a una científica, siendo pilares para el desarrollo del Modelo: Método Enfermero, los principales supuestos de la Teoría de Orem y PLACE con Taxonomía NANDA-NOC-NIC y GPCE, el MCE presenta una evolución importante al integrar elementos que establece la normatividad internacional, nacional, sectorial e institucional, así como el avance profesional de Enfermería de práctica avanzada, permitiendo una práctica de intervenciones más independientes e interdependientes, fortaleciendo la calidad y seguridad de la atención así como la responsabilidad profesional y jurídica.

## REFERENCIAS

1. Secretaría de Gobernación, DOF. Programa Nacional de Salud 2001-2006. Recuperado a partir de: [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=761184&fecha=21/09/2001#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=761184&fecha=21/09/2001#gsc.tab=0)
2. Ramírez-Sánchez TJ, Rosales-López LMA. Calidad y seguridad del paciente. Rev. Enferm Inst Mex Seg Soc.2015;23(3)133-4.
3. Hospital General de México. Subdirección de planeación. Anuario estadístico. 2002; 37.
4. Comisión Permanente de Enfermería. Lineamiento General Para la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería. 2011. Recuperado a partir de: [http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/lineamiento\\_general.pdf](http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/lineamiento_general.pdf).
5. Posos-González María de Jesús, Salazar-Mejía Agustín. Lecciones aprendidas en la construcción del instrumento de evaluación "FIME" (Formato Indicador Método de Enfermería); agosto, 2011.
6. Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud 2013 – 2018. Recuperado a partir de: [http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE\\_20132018\\_DGIS\\_18DIC2014.pdf](http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE_20132018_DGIS_18DIC2014.pdf).
7. Fernández Fernández, M<sup>a</sup> Luz; Santo Tomás Pérez, Magdalena. Fundamentos históricos, teóricos y metodológicos de la Enfermería. España, Editorial Difusión avances de enfermería. 2016; 178-179.
8. Secretaría de Salud. Comisión permanente de Enfermería. 2005. Recuperado a partir de: <http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/publicaciones.html>
9. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Diario Oficial de la Federación, 2012. Recuperado a partir de: [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle\\_popup.php?codigo=5272787](https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787)
10. Secretaría de Salud. Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. Consejo de Salubridad General Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Junio 2023. Recuperado a partir de: [http://csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelo\\_de\\_seguridad/acciones\\_ModeloCSG/AESPSCSG-DGCES16junio2023.pdf](http://csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelo_de_seguridad/acciones_ModeloCSG/AESPSCSG-DGCES16junio2023.pdf)
11. Secretaría de Gobernación, Diario oficial de la Federación. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. 2017. Recuperado a partir de: [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5496728&fecha=08/09/2017#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5496728&fecha=08/09/2017#gsc.tab=0)
12. Organización Panamericana de la Salud. Orientación estratégica para enfermería en la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2019.
13. Proyecto de plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022.
14. Secretaría de Gobernación, DOF. PROGRAMA Sectorial de Salud 2020-2024. Recuperado a partir de: [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020#gsc.tab=0)
15. Secretaría de Salud. Modelo Único de Evaluación de la Calidad (MUEC). Consejo de Salubridad. Criterios y Estándares Anexo B CUNCEEC HOSPITALES. 20 Junio 2023. Recuperado a partir de: [http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelomuec/Anexo\\_B\\_Criterios\\_y\\_Estndares\\_Hospitales\\_V.20-07-2023.pdf](http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelomuec/Anexo_B_Criterios_y_Estndares_Hospitales_V.20-07-2023.pdf)

## La cultura organizacional de Enfermería en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” como elemento fundamental para la mejora continua

*The organizational culture of Nursing at the General Hospital of Mexico “Dr. Eduardo Liceaga” as a fundamental element for continuous improvement*



María del Pilar Granda Balcázar\*

### RESUMEN

El 5 de febrero de 1905, se inauguró el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”. Previo a que iniciara a funcionar la Institución, se capacitó al personal con la intención del Dr. Liceaga de que recibieran una instrucción especial como en los hospitales modernos que había visitado en Europa. El documento “Lecciones de Enfermería” con el que la Enfermera Rosa Crowder impartió clases, de 1900 a 1902, a las futuras enfermeras, sentó las bases para la enseñanza de las primeras estudiantes y que hoy forma parte de la cultura organizacional de Enfermería en este Hospital, que aunado a los valores y símbolos que nos distinguen ha permitido la mejora continua para la seguridad del paciente y la calidad del cuidado por medio de una serie de estrategias que abarcan desde el reclutamiento de aspirantes, la selección del talento humano que cumpla con el perfil del puesto, la inducción específica para el cuidado del paciente y el desarrollo profesional y personal.

**Palabras clave:** cultura organizacional de enfermería, mejora continua

### ABSTRACT

On February 5, 1905, the General Hospital of Mexico “Dr. Eduardo Liceaga”, before the Institution began to operate, the staff was trained with Dr. Liceaga's intention that they receive special instruction as in the modern hospitals that he had visited in Europe. The document “Nursing Lessons” with which Nurse Rosa Crowder taught classes, from 1900 to 1902, to future nurses, laid the foundations for the teaching of the first students and which today is part of the organizational culture of Nursing in this Hospital, which together with the values and symbols that distinguish us, has allowed continuous improvement for patient safety and quality of care through a series of strategies that range from the recruitment of applicants, the selection of human talent that meets the job profile, specific induction for patient care and professional and personal development.

**Keywords:** nursing organization culture, quality improvement.

\*Subdirección de Enfermería, Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”

#### Citar como:

Granda Balcázar MP  
La cultura organizacional de Enfermería en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” como elemento fundamental para la mejora continua.  
Rev CONAMED 2024; 29(1) :36-40.

#### Conflicto de intereses:

“La autora declara no tener intereses personales, comerciales, financieros o económicos directos o indirectos, ni conflictos de interés de cualquier índole que pudieran representar un sesgo para la información presentada en este artículo”.

**Financiamiento:** no existió financiamiento.

## INTRODUCCIÓN

El Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" se inauguró el 5 de febrero de 1905, desde esa fecha hasta hoy han transcurrido 119 años en los que el personal de Enfermería ha construido una cultura organizacional que la caracteriza y diferencia de otras instituciones de salud ya que tiene una historia que inicia antes de su inauguración, con la capacitación de las enfermeras que trabajarían en el Hospital, así como los valores y símbolos que al paso del tiempo nos han dado identidad. En este artículo nos enfocaremos solo a uno de los elementos que conforman la cultura organizacional: los saberes de Enfermería que son un elemento para la mejora continua de la seguridad y calidad del cuidado al paciente. Estos saberes se han desarrollado a lo largo del tiempo a partir de conocimientos básicos y después con estudios formales que hasta hoy se imparten en las escuelas de Enfermería, también a la experiencia de cada uno de los trabajadores y a los valores éticos que guían el acto del cuidado al paciente, así como a las estrategias institucionales para la educación continua.

## DESARROLLO

El 20 de abril de 1898, el doctor Eduardo Liceaga, Presidente del Consejo Superior de Salubridad y Director Médico de la Construcción del Hospital, convocó a hombres y mujeres a inscribirse en la "Escuela Práctica y Gratuita de Enfermeros" con el deseo de "... que esos enfermeros, sean personas de uno y otro sexo que tengan bastante cultura social, revelada por sus sentimientos humanitarios, su trato afable con los enfermos, sus hábitos de limpieza personal y además de la instrucción especial que se da a estos empleados en los grandes hospitales modernos".<sup>1</sup>

Los requisitos para inscribirse en la escuela, además de un certificado de buenas costumbres eran:

- Para las mujeres, acreditar la instrucción primaria o haber cursado la Escuela Normal o, estudios de Obstetricia.
- Para los hombres, haber realizado curso en la Escuela Preparatoria o haber desempeñado un empleo en las oficinas públicas.

- En el caso de los enfermeros -mujeres u hombres que estuvieran trabajando en los Hospitales de la Ciudad México, se podían inscribir como alumnos si acreditaban con certificados del Director del Hospital, que realizaban con dedicación su trabajo, trato amable a los enfermos y hábitos de aseo individual.<sup>1</sup>

Los primeros indicios de la capacitación exprofeso para los interesados en trabajar como enfermeras o enfermeros en el Hospital se encuentran en el proyecto de "Lecciones de Enfermería" elaborado en 1900, por la Enfermera Rosa Crowder egresada del "Illinois Eastern Hospital Training School for Nurses":<sup>2</sup>

*"Mi primera lección tendrá por objeto imprimir en el ánimo de las enfermeras la necesidad de una limpieza minuciosa... lo conveniente de que las enfermeras usen uniforme... Cuando estos principios hayan sido bien comprendidos... comenzaré con el trabajo a la cabecera del enfermo. Su primer trabajo material consistirá en hacer las camas... con técnicas especiales para los diferentes casos y enfermedades... después... observar los síntomas que presenten los enfermos y la forma de hacerlo... la manera de tomar el pulso, la temperatura y la respiración, y como debe hacer su registro... la manera de vestir a los enfermos para estar en la cama... La manera de dar los baños...*

*Enseguida estudiaremos la dietética y la manera de hacer y dar los alimentos... La forma en la que deben prepararse y aplicarse las lavativas... El modo de administrar y el objeto de las diferentes duchas y la gran importancia de la asepsia.*

*... administrar medicinas por la boca primero y en segunda por la vía hipodérmica y por último al exterior, vigilando sus efectos... preparar las soluciones antisépticas y su empleo; la esterilización... y los antisépticos: la factura de aparatos quirúrgicos y el modo de hacer conservar todo lo que pertenece a la cirugía aséptica; la cirugía menor y las curaciones en general y el cuidado de las heridas... la conducta de la enfermera en la sala de operaciones y los cuidados especiales que deben tomarse con los enfermos abdominales o de cirugía craneana...*

*Terminaré el curso con todo lo que se refiere a la obstetricia...*

*Hay algunos puntos importantes que procuraré inculcar desde el primer día de la enseñanza... la asepsia, la bondad y cortesía hacia todo el mundo, el buen humor y la buena voluntad, y... la importancia de seguir cuidadosamente las prescripciones del médico..."*

Con este proyecto la Enfermera Rosa Crowder impartió clases en la "Escuela Práctica y Gratuita de Enfermeros", de noviembre de 1900 a junio de 1902, sentando así las bases para la educación posterior de las estudiantes.<sup>3</sup>

Es importante resaltar que en este documento encontramos precisamente las bases de la cultura organizacional que nos distingue: los conocimientos propios de nuestra profesión que se integran en el Modelo del Cuidado de Enfermería que en la actualidad se implementa en el Hospital, el cual busca la seguridad del paciente y la calidad de los servicios por medio de diversas estrategias, entre ellas la educación y capacitación continua del personal de Enfermería.

Otro aspecto que sentó las bases de nuestra cultura organizacional fue la designación que realizó el Dr. Liceaga al nombrar "Enfermera Primera en Jefe" a Maude Dato y como "Enfermera Segunda en Jefe" a Gertrudis Friedrich; a las alumnas egresadas de la Escuela Práctica de Enfermeras las asignó a los pabellones para la atención de los pacientes otorgándoles el nombramiento a 30 de ellas como "Enfermeras Primeras" y a 26 "Enfermeras Segundas", también destino una "Enfermera Primera" para el pabellón de Ginecología con una plantilla de tres parteras y una estudiante de Obstetricia, así como tres enfermeras para el anfiteatro de operaciones.<sup>4</sup>

Conforme han pasado los años el director del Hospital ha designado a la máxima autoridad en Enfermería y ésta a su vez ha nombrado al personal gerencial (supervisores, jefes y profesores de Enfermería). Cabe hacer mención que, en septiembre de 2020, por primera vez en la historia del Hospital se eligió por concurso de oposición el cargo de Subdirectora de Enfermería, del que resultó ganadora la Maestra en Ciencias de Enfermería

María Patricia Padilla Zarate, entre varios aspirantes. El día 17 de octubre del año 2020, el jurado calificador le otorgó el nombramiento.<sup>4</sup>

En estos 119 años las diferentes autoridades de Enfermería han implementado estrategias en respuesta a los requerimientos y necesidades de la Secretaría de Salud y de la Dirección del Hospital articulando un proceso que permite el desarrollo del personal que labora en la Institución por medio de:

- a)** Coordinación con las diferentes áreas de Recursos Humanos para participar en el reclutamiento y selección de las personas que aspiran a ocupar una plaza de Enfermería en el Hospital, y posteriormente proporcionar al personal de nuevo ingreso la inducción específica para que conozca sus derechos y responsabilidades en el cuidado de los pacientes.<sup>5</sup>
- b)** Supervisión y Evaluación con base en las Condiciones Generales de Trabajo y en las funciones asignadas en el Manual de Organización de la Subdirección de Enfermería para detectar áreas de oportunidad y fortalecerlas por medio de las diferentes modalidades de la educación continua: capacitación programada e incidental, cursos acordes a las necesidades de la Institución, en coordinación con la Dirección de Educación y otros cursos específicos para actualizar al personal en temas para el cuidado de Enfermería, además de tópicos relacionados con el cuidado que, como todo ser humano, el personal requiere para tener salud física y mental.
- c)** Integración docente-asistencial, lo que nos distingue como un Hospital formador de recursos humanos para la salud, lo que significa una acción de beneficio para los alumnos de las instituciones educativas que realizan sus prácticas clínicas de Enfermería y a la vez para el personal que labora en la Institución porque permite el intercambio de conocimientos y experiencias que favorecen el desarrollo de las competencias cognitivas, actitudinales y procedimentales del estudiante y del trabajador.
- d)** Libertad de aprendizaje, que es parte importante de la cultura organizacional de Enfermería en el Hospital, ya que si bien existe

una programación para asistir a los cursos que estipula la Institución se tiene la libertad para estudiar lo que es del interés de cada trabajador con lo que se incrementa no solo su formación profesional sino también personal.

Por otra parte, la Secretaría de Salud implementa desde años anteriores dos programas que han contribuido a estimular la educación y capacitación del personal:

1. Promoción por profesionalización, la Secretaría de Salud implementa un programa para "Reconocer el esfuerzo de las/los trabajadores(as) por haber obtenido un Título de Licenciatura y/o posgrado, mediante la promoción a un nivel salarial superior al que ocupen...";<sup>6</sup> lo que ha permitido que el personal de Enfermería acceda a códigos de Enfermera General Titulada "C" y Enfermera Especialista "C" y por ende incrementar los niveles Académicos de Enfermería.

2. "Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud", en el que el personal que ingresa da "...su consentimiento para someterse a un proceso de evaluación";<sup>7</sup> y presentar evidencias entre las que se incluye la asistencia a cursos de capacitación y participación en actividades de educación para la salud a usuarios internos y externos.

Otro aspecto a resaltar es el desarrollo de una identidad de carácter colectivo en Enfermería, así como su relación con otras áreas de la Institución y que forman parte de la cultura organizacional que se refleja en la misión de la Subdirección de Enfermería: "Somos un grupo de profesionales dedicados a otorgar Cuidados de Enfermería que responden a las necesidades de las personas sanas o enfermas y de sus familiares, con la finalidad de contribuir a: mantener la salud, la pronta recuperación, lograr una rehabilitación efectiva y prevenir complicaciones mediante el uso de un Modelo de Cuidado de Enfermería Institucional, tecnologías, educación para la salud y uso de la evidencia científica, así mismo colaboramos en la formación de enfermeras y enfermeros de diferentes niveles académicos, de forma responsable y humana."<sup>4</sup>

Los valores como parte de la cultura organizacional han trascendido en el tiempo,

desde los que menciona la Enfermera Rosa Crowder, "...la bondad y cortesía...";<sup>2</sup> y los que hoy tratamos de fortalecer para otorgar cuidados humanizados por medio de intervenciones de Enfermería seguras, efectivas, oportunas y con calidad.

## CONCLUSIONES

Conocer los inicios de la enseñanza de Enfermería en el Hospital General de México es importante ya que se puede identificar la importancia que confirió el "Dr. Eduardo Liceaga" a la educación y capacitación específica del personal de Enfermería que trabajaría en la Institución para otorgar cuidados a los pacientes hospitalizados, la atención de partos y la colaboración con el médico durante el acto quirúrgico, así como inculcar el trato humanizado como un valor indispensable en nuestra profesión entre otros elementos que forman parte de la cultura organizacional de Enfermería y que han impactado positivamente a lo largo de 119 años para mejorar el cuidado que se otorga a los pacientes por medio de diferentes estrategias, desde el reclutamiento y selección del talento humano hasta el desarrollo personal y profesional de Enfermería; además de identificar otros elementos que se requieren fortalecer para lograr nuestra misión, como parte integrante de este Hospital formador de recursos humanos para la salud y con la finalidad de desarrollar o reforzar nuestra identidad como parte de un grupo profesional comprometido con la seguridad del paciente y la calidad de la atención a la salud.

## REFERENCIAS

1. Secretaría de Salud. Convocatoria Escuela Práctica y Gratuita de Enfermeros. 20 de abril de 1898. Conservado en: Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, México; Fondo de la Beneficencia Pública, Caja 1, Expediente 34.
2. Secretaría de Salud. Proyecto de lecciones para enfermeras. 1900. Conservado en: Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, México; Fondo de Salubridad Pública, Caja 1, Expediente 8.

3. Secretaría de Salud. Petición de Renuncia de Mtra. Rosa Crowder de la Escuela de Enfermeras. 15 de marzo de 1904. Conservado en: Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, México; Fondo de Salubridad Pública, Caja 1, Expediente 32.
4. Hospital General de México. Manual de Organización de la Subdirección de Enfermería. [Internet]. México: Hospital General de México; 2023 [Consultado el: 3 feb 2024]. Disponible en: [https://hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area\\_medica/ManOrgSubdirEnfermeria\\_2023.pdf](https://hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/ManOrgSubdirEnfermeria_2023.pdf)
5. Hospital General de México. Manual de Procedimientos de la Subdirección de Enfermería. [Internet]. México: Hospital General de México; 2022 [Consultado el: 3 feb 2024]. Disponible en: <http://192.168.0.25/pdf/manuales/procedimi/adjuntamedica/ManProcSubdirEnfer.pdf>
6. Secretaría de Salud. Programa de promoción por profesionalización del personal de Enfermería, de Trabajo Social y de Terapia Física y Rehabilitación 2023. [Internet]. México: Secretaría de Salud; 2023. [Consultado el: 15 feb 2024]. Disponible en: [http://www.sistemas.dgrh.salud.gob.mx/programa\\_enfermeria2023/formato/ANEXO\\_1\\_CONVOCATORIA.pdf](http://www.sistemas.dgrh.salud.gob.mx/programa_enfermeria2023/formato/ANEXO_1_CONVOCATORIA.pdf)
7. Secretaría de Salud. Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud 2023. [Internet]. México: Secretaría de Salud; 2023 [Consultado el: 15 feb 2024]. Disponible en: <https://dgces.salud.gob.mx/incentivos/docnor.php>

## Contribuciones a la Calidad y Seguridad del paciente a través de la implementación del ciclo de mejora

*Contributions to Quality and Patient Safety through the  
implementation of the improvement cycle*

Fátima Martínez Valdez\*, Patricia Domínguez Martínez\*, Patricia Padilla Zárata\*\*



### RESUMEN

En el presente artículo se describen las aportaciones a la calidad y seguridad del paciente como resultado de la adaptación del ciclo de mejora a las fases de medición, análisis, planeación e implementación y supervisión de procesos sustantivos que han contribuido a la construcción y fortalecimiento de una cultura de seguridad, la identificación de riesgos y problemas, análisis, planeación y supervisión de acciones de mejora, implementación del Modelo Único de Evaluación de la Calidad, notificación de eventos adversos y capacitación como parte fundamental del cuidado enfermero en el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".

**Palabras clave:** calidad, ciclo de mejora, enfermería, seguridad del paciente.

### ABSTRACT

This article describes the contributions to quality and patient safety as a result of the adaptation of the improvement cycle to the phases of measurement, analysis, planning and implementation and supervision of substantive processes that have contributed to the construction and strengthening of a culture of safety, the identification of risks and problems, analysis, planning and supervision of improvement actions, implementation of the Single Model of Quality Assessment, adverse event reporting and training as a fundamental part of nursing care at the General Hospital of Mexico "Dr. Eduardo Liceaga".

**Keywords:** quality, cycle of improvement, nursing, patient safety

En las últimas décadas la calidad de la atención médica y seguridad del paciente se ha situado como uno de los ejes fundamentales de los sistemas de salud, representando uno de los desafíos prioritarios para las instituciones que otorgan atención médica.

Sin embargo, adoptar este enfoque implica una serie de cambios estructurales, culturales y organizacionales en los que se debe involucrar a todos y cada uno de los miembros que conforman el equipo, e incluso dependiendo del entorno, la participación del paciente.

El Programa Sectorial de Salud 2019-2024, específicamente el objetivo

\* Adscrita a la  
Coordinación de Calidad y  
Seguridad en Enfermería

\*\*Subdirectora de  
Enfermería del

Hospital General de  
México "Dr. Eduardo  
Liceaga"

#### Citar como:

Martínez Valdez F,  
Domínguez Martínez P,  
Padilla Zárata P.  
Contribuciones a la  
Calidad y Seguridad del  
paciente a través de la  
implementación del ciclo  
de mejora.  
Rev CONAMED 2024.  
29;(1): 41-44.

#### Conflicto de intereses:

"Los autores declaramos  
no tener intereses  
personales, comerciales,  
financieros o económicos  
directos o indirectos, ni  
conflictos de interés de  
cualquier índole que  
pudieran representar un  
sesgo para la información  
presentada en este  
artículo".

**Financiamiento:** no existió  
financiamiento.

prioritario". Mejora Continua" y objetivo 3. "Capacidad y Calidad del Sistema Nacional de Salud" en los cuales se impulsa como eje fundamental el "Fortalecer los modelos de gestión y seguridad del paciente, atendiendo a criterios de accesibilidad, oportunidad y calidad en los servicios médicos y asistencia social, incorporando indicadores que reflejen la efectividad de los servicios"<sup>1</sup> es la plataforma para que el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" adopte y adapte dentro de sus programas de trabajo estrategias y acciones que respondan a las necesidades de los pacientes desde la perspectiva de la calidad, con el más alto nivel de excelencia, uso eficiente de los recursos y reducción de riesgos.<sup>2</sup>

Para impulsar la calidad desde la perspectiva del cuidado de Enfermería, la Subdirección de Enfermería de este Hospital, crea en el año 2003, el área de Calidad y Seguridad del Paciente, con la misión de "evaluar y monitorear las intervenciones de Enfermería a través de indicadores de procesos, con el fin de detectar áreas de oportunidad e implementar la mejora para garantizar la calidad de los cuidados de Enfermería y la seguridad del paciente".

Para garantizar la seguridad de los pacientes, así como otorgar un cuidado de Enfermería bajo estrictos estándares de calidad la Coordinación de Calidad y Seguridad en Enfermería (COCASE), ha trabajado diversas estrategias y acciones específicas que respondan a las necesidades de atención de la población.

Desde su creación hasta el día de hoy el papel activo que ha desempeñado el área de calidad en la identificación de riesgos y problemas, análisis, planeación y supervisión de acciones de mejora, implementación del Modelo Único de Evaluación de la Calidad (MUEC), fortalecimiento de la cultura de seguridad, capacitación en temas de calidad y seguridad del paciente, dentro de la institución, han sido determinantes para la Enfermería del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".

Uno de los elementos base para la mejora continua es la puesta en marcha del ciclo de mejora, como estrategia dinámica

que consta de cuatro pasos: Planificar, Hacer, Actuar y Verificar, implementado en procesos, sustantivos o prioritarios de una organización.<sup>3</sup>

Para el personal de Enfermería de esta institución, los procesos sustantivos contemplan los indicadores del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), indicadores institucionales, implementación del MUEC, normatividad vigente, observaciones y/o recomendaciones de instituciones reguladoras, entre otros. (Figura 1)



Figura 1: Procesos Sustantivos.

En el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" para las áreas de Enfermería se adaptó el ciclo de mejora clásico de Deming, a las etapas de Medición, Análisis, Planeación e Implementación y Supervisión a través del cual se han logrado cambios significativos en los procesos sometidos a este. (Figura 2)



Figura 2: Ciclo de mejora implementado por la COCASE

En la etapa de medición el personal supervisor de Enfermería del Departamento de Gestión del Cuidado de Enfermería (DGCE), verifica el cuidado que se brinda a los pacientes en las áreas de atención sea de acuerdo a procedimientos, políticas o estándares de calidad; una vez que se cuenta con los datos, la Coordinación de Calidad y Seguridad en Enfermería (COCASE), analiza la información y establece estrategias generales que impacten en la problemática detectada al interior de los servicios; la Jefa de Enfermeras realiza la planeación y ejecución de acciones específicas para las áreas de oportunidad detectadas, concluyendo con la supervisión de las mejoras realizadas.

Cada fase se plantea para un mes, de tal manera que se realizan tres ciclos de mejora al año. Para la etapa de Planeación y Supervisión se diseñó un formato de seguimiento a fin de visibilizar las mejoras implantadas: esta herramienta permite establecer puntualmente el problema identificado en el servicio; se plantean las estrategias para el problema identificado; se establece la persona responsable de la implementación así como la persona responsable de dar seguimiento; se define el periodo de implementación, es decir se especifica en que tiempo se llevarán a cabo cada una de las estrategias; concluyendo con la auditoría de las acciones.

El ciclo de mejora modificado se implementó desde 2022, se inició esta metodología con los indicadores de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCE): Trato digno de Enfermería, Ministración de medicamentos vía oral, Prevención de infecciones en vías urinarias en pacientes con sonda vesical instalada, Prevención de caídas en pacientes hospitalizados, Prevención de úlceras por presión y Vigilancia y control de venoclisis instalada.<sup>4</sup>

Otro de los procesos sustantivos que se sometió fue el apego a la higiene de manos, estableciendo como intervención la campaña "Higiene de Manos", realizándose dos veces al año durante los meses de mayo y octubre, con el objetivo de sensibilizar al prestador de atención médica sobre la importancia que tiene la higiene de manos,<sup>5</sup> esta actividad se hace en coordinación con el Departamento

de Vigilancia Epidemiológica, Departamento de Gestión de Educación, Capacitación e Investigación en Enfermería y el DGCE. Las campañas han girado en torno a la participación del personal multidisciplinario a través de actividades didácticas como juegos de mesa, videos, infografías, carteles, teatro, lotería, ruleta, rompecabezas, juegos de memoria, entre otros; para el año 2023 se realizaron 281 talleres de higiene de manos en 44 áreas del hospital, captando un total de 3,669 prestadores de la salud.

Por otra parte la capacitación a personal de nuevo ingreso, pasantes de Enfermería y retroalimentación al personal de base sobre temas de calidad como las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, estándares de certificación, normas oficiales, procedimientos institucionales, entre otros temas; ha jugado un papel importante en la construcción y fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente. Aunado a ello, la cultura del reporte ha generado en la organización una mayor conciencia y compromiso ante los cambios que se requieren para adaptar, diseñar y generar entornos resilientes que promuevan la seguridad del paciente.

Otro de los puntos clave que ha desempeñado la COCASE, con el ciclo de mejora modificado es coadyuvar en la ejecución del MUEC a través de la gestión de riesgos y problemas (identificación, priorización y análisis), documentación, difusión, capacitación, implementación, y supervisión de estándares de calidad.

El trabajo conjunto con la Clínica de Accesos Intravasculares, la Clínica de Heridas, Estomas y Pie diabético, ha permitido el análisis de riesgos y problemas, planeación de acciones de mejora, estandarización de procesos, entre otros que permiten incidir directamente en la seguridad del paciente.

Otro aspecto que ha contribuido a la seguridad del paciente es el diseño de procesos, protocolos de atención, programas institucionales y de mejora, acordes a la normativa vigente nacional, así como a recomendaciones internacionales y tropicalizados a la dinámica institucional.

La conjunción de las estrategias antes descritas ha traído cambios significativos en la organización para la construcción de una cultura de seguridad en la institución, como un ejemplo de esta cultura podemos mencionar que el personal de Enfermería está cada vez más consciente de la importancia del reporte de incidentes relacionados con la seguridad del paciente y errores de medicación; de 385 notificaciones que se recibieron en el año 2021, para el año 2023, se tuvieron 1,223.<sup>6</sup> En relación con error de medicación en el año 2021, se notificaron 1,478 incidentes y para el año 2023, se recibieron 3,535 errores de medición, donde aproximadamente el 95% fueron notificadas por Enfermería.<sup>7</sup>

### CONCLUSIÓN

La adaptación del ciclo de mejora a las necesidades y dinámica hospitalaria contemplando la medición, análisis, planeación, ejecución y supervisión ha permitido visibilizar el trabajo conjunto de las diversas áreas de Enfermería, mejorando la comunicación y control de los procesos inmersos en el cuidado de Enfermería, ha optimizado tiempos de implementación con acciones específicas para cada área de oportunidad, se ha estandarizado y sistematizado el seguimiento de la mejora en los procesos sustantivos. Por otra parte, el área de calidad se ha situado como un acompañante clave en la construcción de la calidad y seguridad del paciente en este hospital.

La incorporación del profesional de Enfermería a las áreas de calidad ha permeado la necesidad de evaluar el cuidado desde una perspectiva teórico-metodológica que permita crear o transformar los escenarios en los cuales se proporciona, es decir, más allá de cumplir un criterio o estándar, lo que se busca hoy en día es evaluar la triada enfermera-cuidado-paciente como un todo, un proceso dinámico y resiliente. Sin embargo, es una realidad que los resultados de una organización no son el producto de un área, sino, de la intersección de servicios, áreas y departamentos que trabajan por y para cubrir las necesidades del paciente.

El área de calidad de Enfermería ha sido fundamental para contribuir a la seguridad del cuidado, así como el logro de metas y objetivos institucionales ante los retos de una población

que demanda atención médica de calidad y libre de riesgos.

### REFERENCIAS

1. Secretaría de Salud. Programa Institucional 2020-2024 del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" [internet]. Diario Oficial de la Federación. 04 12 2020. Disponible en: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5606802&fecha=04/12/2020#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5606802&fecha=04/12/2020#gsc.tab=0)
2. Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud 2019-2024 [internet]. Diario Oficial de la Federación. 17 08 2020. Disponible en: [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020#gsc.tab=0).
3. Montesinos GS. Vázquez CC. Maya El. Gracida GEB. Revista Venezolana de Gerencia, vol. [internet]. 2020 [Consultado el: 19 ene 2024]; 25 (92). Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/290/29065286036/html/>.
4. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS) [internet]. CDMX. [Consultado el: 6 marzo 2024]. Disponible en: <https://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/>
5. Organización Panamericana de la Salud. Día Mundial de la Higiene de las Manos 2023 [internet]. Washington, DC 20037. [Consultado el: 22 ene 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-higiene-manos-2023>
6. Guerrero GML. Informe de actividades realizadas enero-septiembre 2023. Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". [internet]. Diciembre 2023 Disponible en: <https://hgm.salud.gob.mx/interna/dirgral/descargas/Informe-Ene-Sep23.pdf>
7. Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Informe de Error de medicación enero-diciembre 2023. 2024.

## Importancia de la identificación de necesidades de cuidado del paciente hospitalizado para la dotación de personal de Enfermería

*Importance of identifying hospitalized patient care needs for the provision of staff nursing.*

Yeni Martínez Hernández\*, María Patricia Padilla Zárate\*\*



### RESUMEN

La evidencia científica sugiere que una dotación de personal de Enfermería inadecuada genera un aumento en la carga de trabajo y disminuye la capacidad de las enfermeras para brindar la supervisión necesaria en la atención, lo que lleva a un aumento de los eventos adversos, es por ello que las instituciones de salud del mundo y del país requieren propuestas con fundamento científico para dotar de personal de Enfermería. En la literatura se menciona que durante décadas se han generado estudios científicos para establecer un método sistemático que aporte a la dotación de personal, pero hasta el momento no se ha logrado; debido a la complejidad del cuidado, a la diversidad de la organización de las instituciones y a las múltiples necesidades de cuidados que tienen los pacientes en la actualidad. En México, poco se ha estudiado sobre el tema, durante muchos años las instituciones han adoptado políticas y criterios de la "Guía técnica para la dotación de recursos humanos en Enfermería" elaborada en el 2003, y sustentada en un estudio de tiempo y movimientos, sin embargo es posible que hoy, la propuesta sea menos confiable; por tal razón es indispensable replantear los criterios acorde a la situación actual, utilizando metodologías que aportan a la dotación a partir de las necesidades de cuidados de los paciente y con ello generar equilibrio en el otorgamiento de cuidados de Enfermería beneficiando al paciente con un cuidado holístico, efectivo, seguro y de calidad.

**Palabras clave:** análisis y desempeño de tareas, asignación de recursos para la atención de salud, calidad de la atención de salud, carga de trabajo, personal de enfermería.

### ABSTRACT

Scientific evidence suggests that inadequate nursing staffing generates an increase in workload and decreases the ability of nurses to provide the necessary supervision in care, leading to an increase in adverse events, which is why that health institutions around the world and in the country require scientifically based proposals to provide nursing personnel. In the literature it is mentioned that for decades scientific studies have been generated to

\*Coordinación de Investigación de Enfermería

\*\*Subdirección de Enfermería.

Hospital General de México, "Dr. Eduardo Liceaga".

#### Citar como:

Martínez Hernández Y, Padilla Zárate MP. Importancia de la identificación de necesidades de cuidado del paciente hospitalizado para la dotación de personal de Enfermería Rev CONAMED 2024; 29(1): 45-50.

#### Conflicto de intereses:

"Las autoras declaramos no tener intereses personales, comerciales, financieros o económicos directos o indirectos, ni conflictos de interés de cualquier índole que pudieran representar un sesgo para la información presentada en este artículo".

**Financiamiento:** no existió financiamiento.

establish a systematic method that contributes to staffing, but so far it has not been achieved; due to the complexity of care, the diversity of the organization of institutions and the multiple care needs that patients have today. In Mexico, little has been studied on the subject; for many years the institutions have adopted policies and criteria from the "Technical guide for the provision of human resources in nursing" prepared in 2003 and supported by a study of time and movements, without However, it is possible that today, the proposal is less reliable; For this reason, it is essential to rethink the criteria according to the current situation, using methodologies that contribute to the provision based on the patient's care needs and thereby generate balance in the provision of nursing care, benefiting the patient with holistic care, effective, safe and quality.

**Keywords:** performance and analysis, health care rationing, quality of health care, workload, nursing staff.

## DESARROLLO

Investigaciones realizadas a nivel internacional, especialmente en Canadá, Estados Unidos y Australia, ponen de manifiesto que tener un elevado número de pacientes por enfermera aumenta la probabilidad de sufrir caídas, úlceras por presión, errores en la medicación, mayor número de estancias hospitalarias, infecciones del tracto urinario, incluso mayores tasas de mortalidad.<sup>1</sup> En otras publicaciones se menciona que la evidencia científica sugiere que una dotación de personal de Enfermería inadecuada genera un aumento en la carga de trabajo y disminuye la capacidad de las enfermeras para brindar la supervisión necesaria en la atención, lo que lleva a un aumento de los eventos adversos relacionados.<sup>2,3</sup>

De acuerdo a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), México cuenta con 2.9 enfermeras por cada 1,000 habitantes, frente a una media de 8.8 de la OCDE. Este nivel coloca al país en el tercero de los más bajos, después de Colombia y Turquía.<sup>4</sup>

Internacionalmente durante décadas se han generado estudios científicos para establecer un método sistemático que aporte a la dotación de personal de Enfermería, sin embargo, hasta el momento no se ha logrado; debido a la complejidad del cuidado, a la diversidad de la organización de las instituciones y a las múltiples necesidades de cuidados que tienen los pacientes en la actualidad.<sup>3</sup>

En una revisión sistemática publicada en el 2020, realizada por Griffiths y colaboradores se describe que la determinación de los niveles apropiados de personal de Enfermería y la medición de la carga de trabajo se ha estudiado desde los primeros días de la investigación en Enfermería, en 1973, Aydelotte, realizó una revisión de 1000 estudios sin encontrar evidencia sobre los costos relativos o la efectividad de los diferentes métodos de dotación de personal y concluyó que: "Aunque la intención de las metodologías es admirable, todas son débiles".

En 1982, el Departamento de Salud y Servicios Sociales (DHSS) en el Reino Unido efectuó una revisión e identificó más de 400 sistemas diferentes para determinar los requisitos de personal, mencionan que a pesar del volumen de escritos, la evidencia para juzgar los méritos de estos sistemas sigue siendo esquiva, así mismo en el 2010, Fasoli y Haddock en una revisión que realizaron con 63 fuentes, nuevamente detectaron que no había evidencia suficiente para la validez de muchos de los sistemas actuales para medir los requisitos de personal, y concluyeron que los sistemas no son lo suficientemente precisos para la asignación o dotación de recursos.<sup>5,6</sup>

Actualmente existen enfoques y metodologías que se han utilizado a través de los años para realizar la determinación de personal de Enfermería en las instituciones de salud, entre ellos: el método de Juicio profesional de Telford descrito por primera vez en el Reino Unido y después utilizado en Estados Unidos, el enfoque de prototipos o sistemas de clasificación de pacientes implementados en Inglaterra, España, Brasil y otros países, el enfoque basado en la regresión con el sistema RAFAELA adoptado en los países Nórdicos, el Enfoque de evaluación comparativa, el Enfoque basado en el volumen y el Enfoque tarea tiempo, entre otros.<sup>5,6</sup>

En México, poco se ha estudiado sobre el tema; en 1974, se elaboraron y difundieron los primeros indicadores de horas enfermera-paciente (tiempo de atención directa de Enfermería que requieren los pacientes hospitalizados en 24 horas).<sup>7,8</sup>

En 1982, la Subsecretaría de Asistencia, actualmente titulada Secretaría de Salubridad y Asistencia elaboró el Manual de Procedimientos de Supervisión en Enfermería y describió el procedimiento para la estimación y el control del personal de Enfermería señalando los indicadores de Atención enfermera-paciente en 24 horas,<sup>9</sup> posteriormente en el año 2003, se elabora la “Guía técnica para la dotación de recursos humanos en Enfermería” la cual se sustenta en un estudio de tiempo y movimientos, realizado por una institución de seguridad social en la década de los años ochenta; con los resultados de este estudio se obtuvieron los indicadores conocidos como “horas enfermera-paciente” en los servicios de hospitalización de las diferentes especialidades de niños y adultos así como en Unidades de Cuidados Intensivos, entre otros.<sup>10</sup>

Es evidente que durante muchos años, se ha adoptado el diseño de instrumentos basados en la medición del tiempo utilizado durante la prestación de la atención, evaluado mediante instrumentos basados en la medición directa e indirecta, cuantifican el tiempo necesario para brindar atención, en función de factores como el diagnóstico del paciente y el tratamiento.<sup>11</sup> Sin embargo, para otorgar el cuidado es necesario valorar la complejidad de los cuidados de Enfermería que requieren los pacientes y la frecuencia de intervenciones múltiples y simultáneas que se realizan en el contexto clínico, todo esto hace que el poder explicativo de la medición del tiempo sea demasiado débil, además que este método se

centran solo en las dimensiones fisiológicas,<sup>11</sup> dejando a un lado la participación holística de Enfermería. En la actualidad la clasificación de pacientes es uno de los mejores métodos, pues permite que las organizaciones de atención de la salud respondan a una variación continua de las necesidades de cuidados;<sup>12</sup> independientemente de la patología, nivel de gravedad o especialidad en la que se encuentren los pacientes.

Es importante mencionar que la Guía Técnica cuenta con fortalezas que las instituciones pueden utilizar, entre ellas las políticas y los criterios para su utilización, por describir algunas se hace mención a lo siguiente:

- Los indicadores propuestos servirán de base y su aplicación no será estricta.<sup>10</sup>
- Las instituciones deberán realizar una evaluación interna de las necesidades de dotación de personal de Enfermería de manera frecuente o cada vez que se generen cambios en el proceso de trabajo, la infraestructura física o tecnológica en los servicios, o ante el incremento de la capacidad física instalada.<sup>10</sup>
- Es responsabilidad de las autoridades de Enfermería de la unidad médica llevar a cabo los estudios de ausentismo previsible, con el propósito de contar con datos reales de la situación.<sup>10</sup>
- Respetar la normatividad institucional en lo que respecta a días laborables, festivos o ausencias previsible, sin detrimento de lo consignado por la Ley Federal de Trabajo.<sup>10</sup>

Asimismo, en la tabla 1, se describen algunos criterios establecidos en la Guía, los cuales se tomaron de referencia para el cálculo de personal en el Hospital General de México en el año 2022.<sup>13</sup>

**Tabla 1:** Criterios de la Guía Técnica utilizados en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

Criterios	Guía técnica para la dotación de recursos humanos en Enfermería	Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” 2022
Días laborales	200 días	191

**Fuente:** Guía técnica para la dotación de recursos humanos en Enfermería y documento “Cálculo de personal de Enfermería” de la Subdirección de Enfermería del Hospital General de México. “Dr. Eduardo Liceaga”.

**Continúa Tabla 1:** Criterios de la Guía Técnica utilizados en el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".

Ausentismo programado y faltas previsibles	41%	48%
Personal según el nivel de atención	Para tercer nivel 80% personal profesional (la distribución de enfermeras generales y el de especialistas será determinado de acuerdo con la especialidad). 20% personal no profesional (auxiliar de Enfermería).	Diversos servicios: 70% de personal de Enfermería general y 30% de especialistas Terapia Médica Intensiva: 100% de especialistas Consulta Externa: 90% de personal de Enfermería general.
Personal por turno	Matutino: 35% Vespertino: 25% Nocturno: 20% (para cada velada)	Matutino: 35% Vespertino: 25% Velada "A": 20% Velada "B": 20%

**Fuente:** Guía técnica para la dotación de recursos humanos en Enfermería y documento "Cálculo de personal de Enfermería" de la Subdirección de Enfermería del Hospital General de México. "Dr. Eduardo Liceaga".

Sin duda alguna las políticas y los criterios mencionados han sido de vital importancia para diversos establecimientos de salud y de gran valor para la gestión de recursos humanos durante muchos años; es posible que hoy, la propuesta sea menos confiable derivado de los cambios y evolución de las instituciones y de la profesión de Enfermería, así como de la variación de necesidades de cuidados que actualmente requieren los pacientes.

Si bien se han adoptado algunas políticas y criterios de la Guía técnica como los que se mencionaron, al mismo tiempo se ha detectado que es indispensable obtener evidencia científica que aporte datos actuales para la dotación de personal, por lo que en el Hospital General de México se ha generado un proyecto de investigación para determinar el nivel de dependencia de cuidados de Enfermería en los pacientes adultos hospitalizados a través de INICIARE-55.

Se optó por esta escala debido a que está integrada con aspectos teóricos-metodológicos propios de Enfermería, cuenta con "Validez externa y convergencia de la escala INICIARE y Care Dependency Scale (CDS), a través de un estudio Multicéntrico" en 11 hospitales del sistema Sanitario Público de Andalucía, se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,98 y una validez de 76,8%; por lo que se considera útil

en hospitales con diferentes modelos de gestión,<sup>14</sup> así como en diversas especialidades y entornos de la práctica ya que se basa en la identificación del estado del paciente, y no en sistemas tradicionales basados en la carga de actividad por cada usuario.<sup>15</sup>

El Inventario del Nivel de Cuidados mediante Indicadores de Clasificación de Resultados de Enfermería (INICIARE), está integrado a partir de las 14 necesidades descritas por Virginia Henderson, una de las máximas exponentes de la Enfermería moderna,<sup>14</sup> cada necesidad se encuentra integrada por indicadores de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), un sistema de clasificación que describe los resultados de los pacientes que son sensibles a las intervenciones de Enfermería y evalúa los efectos de los cuidados como parte del proceso de Enfermería. La escala establece 4 rangos de acuerdo a la puntuación obtenida: alta dependencia en cuidados, dependencia moderada en cuidados, riesgo de dependencia en cuidados e independencia en cuidados los dos primeros intervalos indican dependencia y los dos últimos independencia.<sup>14</sup>

La escala nos conducirá a realizar la clasificación de los pacientes hospitalizados de acuerdo a los niveles de dependencia de cuidados de Enfermería en las diversas especialidades y turnos con las que cuenta la institución desde su

ingreso y hasta el alta, los resultados aportaran a establecer algunos criterios para la dotación de personal de acuerdo a las necesidades de cuidados de los pacientes.

Situación similar a una de los propósitos de los autores de INICIARE, pretenden que, además de medir dependencia en cuidados, también sea una herramienta de valoración enfermera que permita acortar los tiempos en desarrollar la primera fase del Proceso Enfermero, que sirva como instrumento para la evaluación continua de los y las pacientes, que pueda predecir la aparición de eventos adversos derivados de la atención clínica, y que permita ajustar el indicador enfermera-paciente adecuada a las necesidades reales de pacientes hospitalizados lo que puede traducirse en una mejora en la dotación de recursos humanos de Enfermería.<sup>14</sup>

## CONCLUSIÓN

La Guía técnica para la dotación de recursos humanos en Enfermería, hasta el momento es una propuesta que varias instituciones han utilizado, contiene políticas y criterios que han servido para guiar la dotación de personal durante muchos años. Sin embargo, el sistema de salud y la profesión de Enfermería ha evolucionado y las necesidades de cuidados de los usuarios se han modificado por lo que ahora es indispensable replantear políticas y criterios acordes a la situación actual utilizando metodologías propias de la profesión que aportan a la dotación a partir de las necesidades de cuidados de los pacientes.

## REFERENCIAS

1. Ayuso MA, Gomez JC, Barrientos S, Rodríguez S, Porcel AM. Impact of the patient-nurse ratio on health outcomes in public hospitals of the Andalusian Health Service. *Ecological Study. Enferm Clin (Engl Ed)*. [Internet] 2021 [Consultado el: 6 febrero 2024]; 31(6), 344–354 <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/j.enfcle.2020.11.003>
2. Twigg DE, Whitehead L, Doleman G, El-Zaemey S. The impact of nurse staffing methodologies on nurse and patient outcomes: A systematic review. *J Adv Nurs*. [Internet] 2021[Consultado el: 6 febrero 2024] 77(12):4599-4611. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1111/jan.14909>
3. Fernández E. Patient-nurse ratio matching and complexity of care: A challenge for healthcare organisations. *Enferm Clin (Engl Ed)*. [Internet]2021 [Consultado el: 6 febrero 2024];31(6):331-333. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/j.enfcle.2021.10.001>
4. OECD. Health at a Glance 2021: OECD Indicators. OECD Publishing, París. [Internet] 2021[Consultado el: 6 febrero 2024] <https://www.oecd.org/health/Panorama-de-la-Salud-2021-OCDE.pdf>
5. Griffiths P, Saville C, Ball J, Jones J, Pattison N, Monks T. Safer Nursing Care Study Group. Nursing workload, nurse staffing methodologies and tools: A systematic scoping review and discussion. *Int J Nurs Stud*. [Internet]. 2020 [Consultado el: 28 septiembre 2022];103. Disponible en: <https://doiorg.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/j.ijnurstu.2019.103487>
6. Saville CE, Griffiths P, Ball JE, Monks T. How many nurses do we need? A review and discussion of operational research techniques applied to nurse staffing. *Int J Nurs Stud*. [Internet]. 2019 Sep [Consultado el: 28 septiembre 2022];97:7-13. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748919301129>
7. Pérez L. Efemérides de Enfermería 1900-1985. 1ra. Ed. México: Porrúa; 1986
8. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Dirección de Enfermería. Efemérides de Enfermería 1810-2010. México. 2010.
9. Subsecretaría de Asistencia, Dirección General de Asistencia Médica. Oficina de Enfermería. Manual de procedimientos de supervisión en Enfermería. Tomo I. México. 1982.
10. Subsecretaría de Innovación y Calidad, Comisión Interinstitucional de Enfermería. Guía técnica para la dotación de recursos humanos en Enfermería. México. 2003.
11. Morales JM, Porcel AM, Oliveros R, Rodríguez S, Sánchez L, Serrano F, et al. Design and validation of the INICIARE instrument, for the assessment of the dependency level in acutely ill hospitalised patients. *J Clin Nurs*. [Internet]. 2015 Mar. [Consultado el: 28 octubre 2022];24(5-6):761-777. Disponible en: <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1111/jocn.12690>
12. Fagerström L. Evidence-based human resource management: a study of nurse leaders' resource allocation. *J Nurs Manag*.

- [Internet]. 2009 May [Consultado el: 29 noviembre 2022];17(4):415-25. Disponible en: <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1111/j.1365-2834.2009.01010.x>
13. Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Subdirección de Enfermería. Calculo de personal de Enfermería. Ciudad de México. 2022
  14. Barrientos S. Validez externa y convergencia de la escala INICIARE 2.0 y Care Dependency Scale: Estudio Multicéntrico. [Tesis doctoral]. Sevilla: 2015. [Consultado: 3 octubre 2022]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11441/25455>
  15. Morales JM, Porcel AM, Oliveros R, Rodríguez S, Sánchez L, Serrano F, et al. Design and validation of the INICIARE instrument, for the assessment of dependency level in acutely ill hospitalised patients. *J Clin Nurs*. [Internet]. 2015 Mar. [Consultado: 28 octubre 2022];24(5-6):761-777. Disponible en: <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1111/jocn.12690>

## Seguridad en Medicación por Profesionales de Enfermería en un Instituto de Tercer Nivel de Atención

*Medication Safety by Nursing Professionals in a Third Level of Care Institute*



Martin Pantoja Herrera\*, Lilia Cruz Rojas\*\*, Antonio Alejandro Segoviano Pineda\*\*\*, Ricardo Albarrán Cossío\*\*\*\*.

### RESUMEN

**Introducción.** La seguridad del paciente implica la ausencia de daños prevenibles y la reducción mínima aceptable del riesgo, estrategia que surge con la intención de elevar la calidad de la atención en la salud. **Objetivo.** Identificar el nivel de seguridad del proceso de medicación que desarrolla el profesional de Enfermería en el área de hospitalización en un instituto de tercer nivel de atención. **Metodología.** Estudio cuantitativo, diseño descriptivo, transversal y prospectivo, con una muestra no probabilística a conveniencia en el que participaron 80 profesionales de Enfermería pertenecientes a los 3 turnos de la torre de Ortopedia, en quienes se aplicó el instrumento Medicación Segura. **Resultados.** El análisis de los datos obtenidos reveló que el proceso de medicación que realiza el personal de Enfermería, es un 93.75% seguro, mientras que la diferencia a alcanzar está relacionada con el horario de administración y reporte de eventos adversos relacionados con la medicación. **Conclusiones.** El proceso de medicación por parte del profesional de Enfermería es altamente seguro de acuerdo a la clasificación utilizada, demostrándose la eficacia del instrumento utilizado el cual puede ser aplicado por otras instituciones de salud en México y Latinoamérica y destacándose que el estudio contribuirá al crecimiento del acervo bibliográfico sirviendo como punto de referencia para futuras investigaciones en esta temática.

**Palabras claves:** administración de medicamentos, enfermería, proceso de medicación, seguridad.

### ABSTRACT

Patient safety implies the absence of preventable harm and the minimum acceptable reduction of risk, a strategy that arises with the intention of raising the quality of health care. **Objective.** To identify the safety level of the medication process developed by the nursing professional in the hospitalization area of a tertiary care institute. **Methodology.** Quantitative study, descriptive, cross-sectional and prospective design, with a non-probabilistic sample of convenience in which 80 nursing professionals belonging to the 3 shifts of the orthopedics tower participated and to whom the Safe Medication instrument was applied. **Results.** The analysis revealed that the medication process performed by the nursing staff is 93.75% safe, while the difference to be achieved

\*Dr. en Ciencias Sociales y Administración, Instituto Nacional de Rehabilitación "Luis Guillermo Ibarra Ibarra"

\*\* Mtra. en Enfermería, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco CDMX.

\*\*\*Pasante de Servicio Social, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco CDMX.

\*\*\*\*Pasante de Servicio Social, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco CDMX.

#### Cítar como:

Pantoja Herrera M, Cruz Rojas L, Segoviano Pineda AA, Ricardo Albarrán Cossío R. Seguridad en Medicación por Profesionales de Enfermería en un Instituto de Tercer Nivel de Atención. Rev CONAMED. 2024; 29(1): 51-57.

#### Conflicto de intereses:

"Los autores declaramos no tener intereses personales, comerciales, financieros o económicos directos o indirectos, ni conflictos de interés de cualquier índole que pudieran representar un sesgo para la información presentada en este artículo".

**Financiamiento:** no existió financiamiento.

is related to the administration schedule and reporting of medication-related adverse events. Conclusions. The medication process by the nursing professional is highly safe according to the classification used, demonstrating the effectiveness of the instrument used, which can be applied by other health institutions in Mexico and Latin America and highlighting that the study will contribute to the growth of the bibliographic collection serving as a reference point for future research in this area.

**Keywords:** medicine administration, nursing, medication progress, security.

## INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es considerada como la ausencia de daños prevenibles y la reducción mínima aceptable del riesgo, representa una estrategia esencial en la atención de la salud,<sup>1</sup> la cual ha cobrado relevancia en las últimas décadas, especialmente en el ámbito de la salud por lo que garantizar la seguridad de las actividades y procedimientos realizados durante la atención en las instituciones de salud es crucial para brindar cuidados de calidad que beneficien a los usuarios de estos servicios.

En este contexto, la Organización Mundial de la Salud (OMS), estableció las "Acciones Esenciales",<sup>2</sup> para que todos los sectores de salud las sigan para orientar a los países miembros hacia la prestación de atención de calidad. Actualmente estas metas se transformaron en ocho "Metas Internacionales",<sup>2</sup> fundamentales para que las instituciones sanitarias brinden la seguridad del paciente.

Entre estas Acciones Esenciales, la tercera hace referencia a la seguridad en la medicación, la cual de acuerdo con diversos estudios se ha identificado como crucial para lograr la seguridad del paciente y con ello la calidad de los cuidados. La administración de medicamentos implica beneficios, pero también daños para los usuarios si no se realiza de manera adecuada y segura, lo que podría generar la presencia de eventos adversos, cuasifallas o eventos centinelas dentro de las instituciones de salud.<sup>2</sup>

Existen estudios que reportan un incremento de eventos adversos, centinelas y cuasifallas a los pacientes que acontecen en las instituciones sanitarias, lo que ha ocasionado que la seguridad se vea afectada en los últimos años. Situación que implica un proceso de adaptación y aceptación de nuevas y mejoradas estrategias para la atención de los pacientes dentro de hospitales e institutos de salud, por ello es relevante promover la cultura de seguridad del paciente durante su atención como lo proponen organismos internacionales (OMS), mediante ocho diferentes acciones esenciales.<sup>2</sup>

Los medicamentos son ampliamente utilizados en la atención médica y los errores de medicación representan una preocupación significativa,<sup>3</sup> por lo que la seguridad en el proceso de medicación es una de las acciones esenciales para garantizar la seguridad del paciente.<sup>4</sup> Se refiere a la implementación de medidas y prácticas para prevenir errores en la prescripción, dispensación, administración y monitoreo de los medicamentos. El objetivo es asegurar que los pacientes reciban la medicación correcta, en la dosis adecuada, en el momento adecuado y a través de la vía de administración correcta.

En México, de acuerdo con las estadísticas brindadas por la Secretaría de Salud se expone que el 2% de los pacientes que son hospitalizados mueren y el 8% se encuentra expuesto a algún tipo de daño a causa de eventos adversos los cuales se encuentran relacionados a la seguridad del paciente. A su vez se estima que aproximadamente el 62% de esos eventos adversos son prevenibles, es por ello que al realizar el análisis sobre esta situación se reconoce que existe una gran área de oportunidad para mejorar y brindar atención en salud de calidad.

En México el 8.2% de los eventos adversos están relacionados con el uso de medicamentos, por lo que es fundamental realizar una adecuada planificación en todo el proceso de administración de medicamentos y fomentar una gestión efectiva de la medicación por parte del personal de Enfermería para prevenir y eliminar posibles eventos adversos.

Derivado a lo anterior, la presente investigación se llevó a cabo con el objetivo de

evaluar. La seguridad del proceso de medicación en el Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra” (INR LGII), específicamente en la torre de Ortopedia, en ocho de los servicios en los que se da atención al paciente hospitalizado.

Con este estudio se espera que más instituciones de salud identifiquen la importancia del tema y se motiven a evaluar periódicamente sus procedimientos de medicación por ser una actividad que se realiza en el día a día de la práctica enfermera y principalmente porque es un pilar fundamental para la calidad y seguridad de los servicios de salud en México y en el mundo.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio cuantitativo, de diseño descriptivo, transversal y prospectivo realizado en el Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra”, con el objetivo de identificar el nivel de seguridad del proceso de medicación que desarrolla el profesional de Enfermería en el área de hospitalización en un instituto de tercer nivel de atención, mediante una muestra no probabilística a conveniencia en el que participaron 80 profesionales pertenecientes a los 3 turnos de actividad de la torre de Ortopedia entre los meses de agosto y septiembre de 2023, en quienes se aplicó el instrumento Medicación Segura. Los criterios de selección que fueron considerados para la realización del estudio fueron dirigidos a personal de Enfermería con las categorías de: Enfermería auxiliar, Enfermería general, Enfermería especialista y jefes de servicio, que pertenecieran a los servicios de Artroscopia y Medicina del Deporte, Traumatología, Ortopediatria, Ortogeriatría, Tumores Óseos, Cirugía de Columna, Cirugía de Mano y Especialidades múltiples y que se encontrarán en los turnos: Matutino, Vespertino, Nocturno A y Nocturno B; mientras que se excluyó al personal de Enfermería que no corresponda a los servicios de hospitalización de la torre de Ortopedia y personal de confianza.

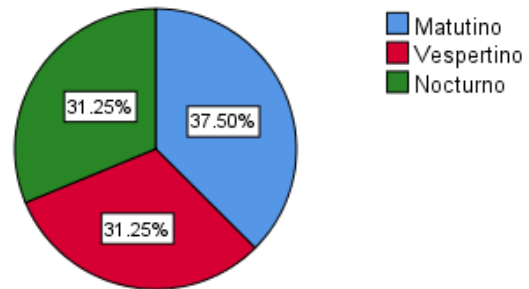
### RESULTADOS

La evaluación del indicador del proceso Medicación Segura aplicada en el profesional de Enfermería del área de hospitalización en la

torre de Ortopedia del instituto fue el siguiente:

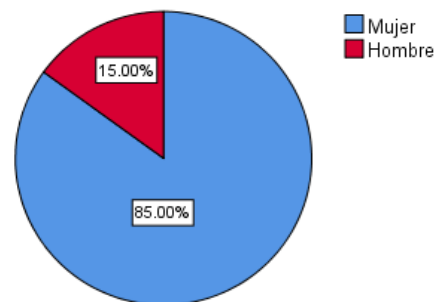
En relación con los datos sociodemográficos del total de la muestra, los 80 participantes se encontraron distribuidos de la siguiente forma: El 37.5% pertenecieron al turno matutino; el 31.3% correspondieron al turno vespertino y el 31.3% restante al turno nocturno.

Gráfica 1. Turno laboral



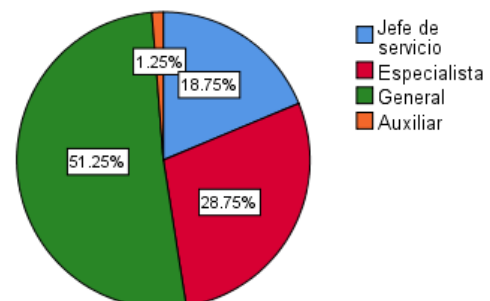
En cuanto al sexo, se encontró una prevalencia en el personal femenino del 85% (68), mientras que para el sexo masculino correspondió un 15% (12).

Gráfica 2. Sexo



En relación con el nivel operativo de trabajo se obtuvo que los enfermeros generales corresponden al 51.2% (41); en cuanto a los enfermeros especialistas representaron el 28.7% (23); El nivel de jefe de servicio alcanzó un 18.8% (15).

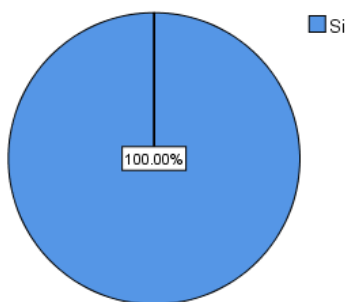
Gráfica 3. Nivel operativo del personal



De acuerdo con el análisis estadístico realizado en el indicador Medicación Segura, conformado por 7 ítems con opciones de respuesta dicotómica, el cual fue aplicado a los participantes seleccionados de los tres turnos, se obtuvieron los siguientes resultados:

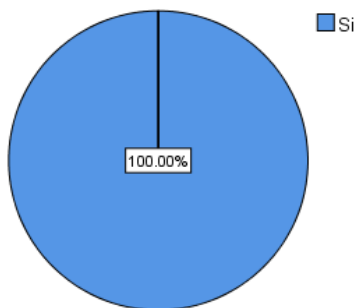
En relación con la verificación de la fecha de caducidad del medicamento, el número de registro, nombre y fecha de nacimiento del paciente correspondientes a las indicaciones médicas se encontró que el 100% de los participantes cumplen con dicha actividad.

**Gráfica 4. Verificación de datos del paciente con las indicaciones médicas previo a la administración**



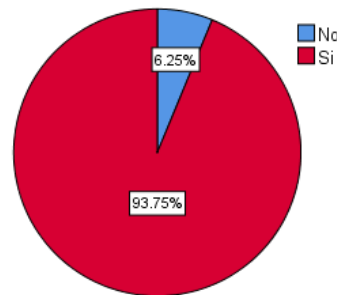
En cuanto a la verificación de la aplicación de los correctos como: paciente, medicamento, dosis, vía de administración y fecha de caducidad, se detectó que el 100% de los participantes cumplen con esta actividad.

**Gráfica 5. Verificación de los correctos de medicación**



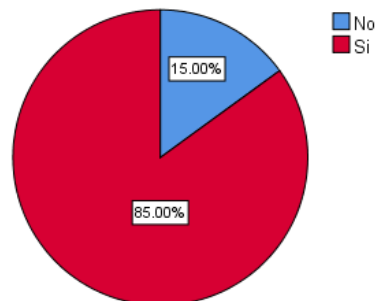
En cuestión a la dilución y velocidad de infusión de los medicamentos se identificó que el 93.75% (75) de los participantes lo realizan de manera correcta, mientras que el 6.25% (5) restantes refieren que no cumplen con dicha actividad.

**Gráfica 6. La dilución y velocidad de infusión del medicamento se aplica correctamente**



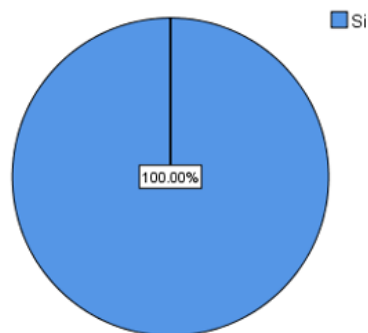
De acuerdo con el análisis realizado los participantes entrevistados refieren que el 85% (65) cumplen con los horarios establecidos para la administración de los medicamentos, en tanto que un 15% (12) indican lo contrario.

**Gráfica 7. Se aplica el medicamento en el horario correcto**



En cuanto al registro de la doble verificación de los medicamentos de alto riesgo en los registros clínicos de Enfermería se detectó que el 100% de los participantes cumplen con esta actividad.

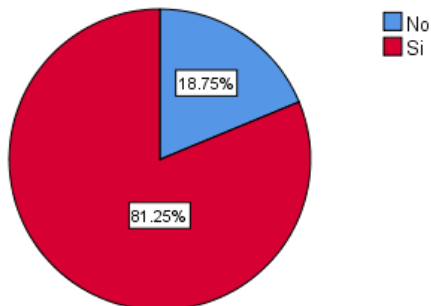
**Gráfica 8. Doble verificación de los medicamentos de alto riesgo en la hoja de Enfermería**



En lo correspondiente al reporte de eventos adversos relacionados con la medicación se encontró que el 81.3% (65) de los participantes

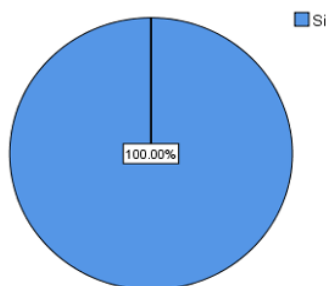
si realizan el reporte correspondiente mientras que el 18.8% (15) indican que se omite el reporte del evento adverso.

**Gráfica 9. Se reportan los eventos adversos relacionados a la medicación**



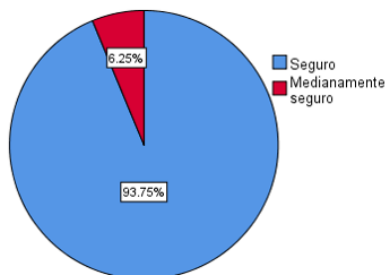
Con relación al registro clínico de la dosis, vía de administración y horario de los medicamentos administrados se obtuvo que el 100% de los participantes cumplen con dicha actividad.

**Gráfica 10. Se realiza el registro de los medicamentos administrados en la hoja de registros de Enfermería.**



Con referencia al nivel de seguridad del proceso de medicación, el 6.25% de los participantes refieren un nivel de seguridad en la medicación medianamente seguro, mientras que el 93.7% de los participantes refirieron que el proceso de medicación es seguro.

**Gráfica 11. Nivel de seguridad del proceso de medicación**



## DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La ausencia de daños en la medicación que se proporciona a los pacientes en las instituciones sanitarias mediante los indicadores de calidad es una estrategia nacional e internacional que favorece el bienestar de las personas ya que permite reducir los factores de riesgo lo que conlleva a la disminución de daños que puedan presentarse durante la atención a la salud.

De acuerdo con Rivas et al.<sup>5</sup>, manifiestan que el cumplimiento de las medidas de seguridad para la medicación de alto riesgo realizado por el personal de Enfermería en los tres turnos se encuentra entre el 85% y el 96.7%, el presente estudio coincide con lo encontrado al alcanzar un nivel de seguridad de la medicación del 93.75%.

Con referencia a los errores más frecuentes durante el proceso de medicación, diversos estudios como el de Macías et al.,<sup>6</sup> señalan que fue la incorrecta velocidad de administración del fármaco fue el error encontrado en un 67%; Villanueva et al.,<sup>7</sup> reportan por lo menos un error en la medicación en pacientes ingresados en salas cirugía y recuperación post anestésica, hasta en un 59.6 % entre los que señala la falta de limpieza de las tapas de los viales antes de diluir o administrar el medicamento, la falta de descarte de medicamentos sobrantes, la falta o incorrecta rotulación de jeringas y soluciones diluidas, y la reutilización de jeringas y soluciones en diferentes pacientes; por otra parte el estudio realizado por Figueiredo et al.,<sup>8</sup> especifican que el equipo de Enfermería tiene errores durante la preparación y administración de medicamentos en un 46.9% los cuales estuvieron relacionados con horarios, dilución y diluyente, vía de administración, paciente incorrecto, medicamento incorrecto, dosis incorrectas en las unidades intensivas neonatales y pediátricas; por su parte Castro et al.,<sup>9</sup> reportan errores durante la medicación en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna en un 68.1%; Franco da Silva et al.,<sup>10</sup> manifiestan que los errores reportados se encuentran en la etapa de prescripción en un 16%, en transcripción/validación del medicamento en un 27%, en la dispensación en un 47% y un 9% durante la administración; finalmente, Ortega et al.,<sup>11</sup> resaltan en su estudio

que el cumplimiento de prácticas seguras en la administración de medicamentos en un hospital de segundo nivel de atención es tan sólo del 61%, dichos estudios difieren con los resultados en el presente estudio al encontrar que sólo el 6.25% del personal de Enfermería encuestado refiere que no cumplen la dilución y velocidad de infusión de los medicamentos.

En un estudio de revisión sistemática realizado en 2020, por Bohórquez et al.,<sup>12</sup> destaca la presencia de errores en las diferentes fases del proceso de medicación ya sea por distracciones al momento de dar los medicamentos, o bien la carga laboral, descuidos durante la preparación; de igual forma Valencia et al.,<sup>13</sup> en su estudio evidenciaron que aun cuando los errores de medicación durante la prescripción están clasificados dentro de la categoría sin daño, estos prevalecen hasta en un 59.84%, lo cual, es relevante por mínimo que sea; situación que se asemeja a lo encontrado en este estudio al destacar error en la dilución y velocidad de infusión de los medicamentos en el 6.25% o cuando los participantes entrevistados en un 15% señalan que no dan los medicamentos en los horarios establecidos.

De acuerdo con Gómez et al.,<sup>14</sup> es relevante insistir en la Cultura de Seguridad del Paciente al notificar los eventos adversos relacionados con la medicación segura, situación que tiende a evitarse por el personal de Enfermería debido a las posibles represalias, argumento que propicia la omisión de dicha notificación; lo que coincide con los resultados del estudio en el que se observaron omisiones en el reporte de los eventos adversos en un 16.75%.

A pesar de la infrecuencia de los casos de error, la importancia de estos radica en que son prevenibles mediante una preparación óptima y una formación adecuada en la administración de medicamentos, basadas en los indicadores establecidos y evaluados por la institución tal como se respalda en la investigación de Ramos y Soto Lesmes,<sup>15</sup> al mirar la situación como una oportunidad de mejora.

En este contexto, se hace imperativo implementar acciones como capacitaciones específicas, campañas informativas, difusión de carteles educativos y una supervisión más

rigurosa del proceso que disminuyan los errores que prevalecen durante el proceso de la medicación contribuyendo así a mejorar la seguridad y la calidad de la atención brindada a los pacientes.

## CONCLUSIÓN

El proceso de medicación que se realiza dentro de la torre de Ortopedia del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), alcanza un 93.7% de seguridad, lo que evidencia el cumplimiento de la tercera acción esencial que propone la Organización Mundial de la Salud (OMS), para asegurar la atención de salud del paciente.

La seguridad alcanzada en la medicación por una parte se debe al proceso de doble verificación en la administración de medicamentos de alto riesgo, que realiza el personal de Enfermería en pares, tanto de planta como de pasantía; pero también al diseño del instrumento "Medicación Segura" desarrollado por el Departamento de Gestión del Cuidado del Instituto, en respuesta a lo establecido en las Acciones Esenciales propuestas por la misma OMS, del cual se demuestra su eficacia y expone que puede ser aplicado por otras instituciones de salud en México y Latinoamérica.

Es importante destacar que el estudio contribuirá al crecimiento del acervo bibliográfico y servirá como punto de referencia para futuras investigaciones en esta temática.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

Con fundamento en los artículos 13 y 14, cumpliendo con las disposiciones comunes establecidas en el Capítulo 1 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1987, con un texto validado en su última versión del año 2014, se realiza la presente investigación en el que prevalece el criterio al respeto de la dignidad y la protección de los derechos y el bienestar. Siendo así que se proporciona a los participantes la carta de consentimiento informado en materia de investigación como requisito para incluirlos en el estudio mediante la participación y manejo de la información de manera consciente y responsable por parte de los aplicadores y de la población

seleccionada para la aplicación del instrumento de investigación.

Por lo anterior el estudio se considera sin riesgo debido a que no se realiza ninguna intervención intencionada con las personas que participan en el estudio.

## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. OMS. Seguridad del paciente. 2023 [Internet]. [Consultado el: 10 jun 2023] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
2. Diario Oficial de la Federación. Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. México. D.O.F. [Internet] 2017. [Consultado el: 10 jun 2023] Disponible en: [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5496728&fecha=08/09/2017](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5496728&fecha=08/09/2017)
3. Secretaría de Salud. Desarrollo de Indicadores de Calidad para la Salud en México. 1ra edición. NICE International Universidad de Manchester 2016. [Internet] Disponible en: [http://calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/Mexico\\_manual\\_indicadores.pdf](http://calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/Mexico_manual_indicadores.pdf)
4. Gobierno de México. Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado México [Internet]. 2022. [consultado el: 10 jun 2023] Disponible en: <https://www.gob.mx/issste/articulos/acciones-esenciales-para-la-seguridad-del-paciente-aesp?idiom=es>
5. Rivas EJC, Verde FEE, Ramírez VR, Guerra EML, Ramírez EL. Cumplimiento de las metas internacionales para la seguridad del paciente. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* [Internet]. 2015 [consultado el: 13 jun 2023]; 23(3):135-42. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim153b.pdf>
6. Macías MM, Solís CL. Errores en la administración de medicación en un servicio de urgencias: conocer para disminuir el riesgo. *Rev Esp Salud Pública.* [Internet]. 2018 [consultado el 14 jun 2023]; 92:28. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/resp/2018.v92/e201806038/>
7. Villanueva AH, López GJJ. Análisis de errores con medicamentos en pacientes ingresados en salas de cirugía y recuperación postanestésica de un hospital de alta complejidad en Bogotá, Colombia. *Salud Colectiva.* [Internet]. 2021[consultado el 11 jun 2023]; 17:e3155. doi: 10.18294/sc.2021.3155. En: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2021.v17/e3155/es>
8. Figueiredo MB, Guedes CLB, Thibau FF, Dus Reis CA, Da Silva DS, Leite AC. Seguridad en la administración de medicamentos: investigación sobre la práctica de enfermería y circunstancias de errores. *Enferm. glob.* [Internet]. 2019 [consultado el 13 jun 2023]; 18(56):19-56. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412019000400002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000400002&lng=es).
9. Castro GLV, Martínez CAM, Caro VJ, et al. Errores de medicación en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna. *Med Int Mex.* [Internet]. 2020 [consultado el: 13 jun 2023]; 36(6):751-758. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=96443>
10. Franco DSE, Faveri DF, Lorenzini L. Errores de medicación en el ejercicio de la enfermería: una revisión integrativa. *Enferm. glob.* [Internet]. 2014 [consultado el: 12 jun 2023]; 13(34):330-337. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412014000200016&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200016&lng=es).
11. Ortega BMA, Marín RD. Prácticas seguras en administración de medicamentos en un hospital de segundo nivel de atención. *Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud.* [Internet]. 2021 [consultado el: 17 jun 2023]; 6(2):11-26. Disponible en: <https://www.riecs.es/index.php/riecs/article/view/276>
12. Bohórquez MC, Manotas CM, Ríos PA, Hernández BL. Errores de medicación en pacientes hospitalizados: una revisión sistemática. *Ars Pharm.* [Internet]. 2021 [consultado el 20 jun 2023]; 62(2):203-218. Disponible en: <https://revistaseug.ugr.es/index.php/ars/article/view/16166/20224>
13. Valencia QAF, Botero AJP, González LM, Amariles MP, Rojas NA. Errores de medicación en pacientes pediátricos en un hospital universitario en Medellín Colombia, un estudio transversal. *Revista Médica UIS.* [Internet]. 2020 [consultado el: 20 jun 2023]; 33(2):33-40. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8154132>
14. Gómez RO, Arenas GW, González VL, Garzón SJ, Mateus GE, Soto GA. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. *Cienc. Enferm.* [Internet]. 2011 [consultado el: 15 jun 2023]; 17(3):97-111. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532011000300009](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300009)
15. Ramos DY, Soto LVI. Identificar distracciones en el proceso de administración de medicamentos garantiza una práctica segura. *Av. Enferm.* [Internet]. 2014[Consultado el: 15 jun 2023]; 22(1):44-52. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v32n1/v32n1a05.pdf>

## Estrategias para Brindar Cuidados de Enfermería Estandarizados al Paciente Sometido a Trasplante Cardíaco, en el Postoperatorio

*Strategies to provide standardized nursing care to patients undergoing heart transplantation in the postoperative period*

Abraham Rojas Gómez\*, María Esther Santos Calderón\*\*, María Patricia Padilla Zárate\*\*\*



### RESUMEN

La insuficiencia cardíaca (IC), es un síndrome clínico caracterizado por signos y síntomas de congestión veno-pulmonar y disfunción cardíaca. El trasplante cardíaco es el tratamiento de elección de la insuficiencia cardíaca descompensada sin respuesta al tratamiento médico. Los aspectos destacados en los cuidados a los pacientes posoperados de trasplante consideran el manejo hemodinámico, ventilatorio, neurológico, renal, el tiempo de isquemia del injerto, la gravedad histológica del rechazo, entre otras. La Subdirección de Enfermería del HGMEI implementó un programa de capacitación al personal de Enfermería de dos Terapias Intensivas llamado "Intervenciones de Enfermería Posquirúrgicas Esenciales en el Paciente Sometido a Trasplante Cardíaco" y se creó un instrumento administrativo denominado "Guía para el Cuidado de Enfermería del Paciente Sometido a Trasplante Cardíaco en el Postoperatorio" que contiene las actividades primordiales que corresponden al ámbito de responsabilidad del personal de Enfermería de los diferentes niveles jerárquicos y tiene la finalidad de servir como referente para contribuir a la seguridad del paciente con trasplante cardíaco, en el postoperatorio que ante un evento que no es común en la vida cotidiana de la institución.

**Palabras Clave:** cuidados postoperatorios, enfermería, enfermería cardiovascular, enfermería postanestésica, trasplante cardíaco.

### ABSTRACT

Heart failure (HF), is a clinical syndrome characterized by signs and symptoms of veno-pulmonary congestion and cardiac dysfunction. Heart transplant is the treatment of choice for decompensated heart failure without response to medical treatment. The highlights in the care of post-transplant patients consider hemodynamic, ventilatory, neurological, and renal management, graft ischemia time, and histological severity of rejection, among others. The Nursing Subdirectorates of the HGMEI implemented a training program for the nursing staff of two Intensive Care Units called "Essential Post-Surgical Nursing Interventions in the Patient Undergoing a Heart Transplant" and an administrative instrument called "Guide for Nursing Care of the Patient" was created. Subjected to Heart Transplantation in the Postoperative Period" which contains the primary activities that correspond to the scope of responsibility

\*Departamento de Gestión de Educación,

\*\*Subdirección de la Unidad de Calidad y Seguridad en Atención Médica

\*\*\*Subdirección de Enfermería

Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

#### Citar como:

Rojas Gómez A, Santos Calderón ME, Padilla Zárate MP. Estrategias para brindar cuidados de Enfermería Estandarizados al Paciente Sometido a Trasplante Cardíaco, en el Postoperatorio. Rev CONAMED 2024; 29(1): 58-64.

#### Conflicto de intereses:

"Los autores declaramos no tener intereses personales, comerciales, financieros o económicos directos o indirectos, ni conflictos de interés de cualquier índole que pudieran representar un sesgo para la información presentada en este artículo".

**Financiamiento:** no existió financiamiento.

of the nursing staff at the different hierarchical levels and has the purpose of serving as a reference to contribute to the safety of the patient with a heart transplant, in the postoperative period. that in the event of an event that is not common in the daily life of the institution.

**Keywords:** postoperative care, nursing, cardiovascular nursing, post anesthesia nursing, heart transplantation.

## ANTECEDENTES

La insuficiencia cardíaca (IC), es un síndrome clínico caracterizado por signos y síntomas de congestión pulmonar y disfunción cardíaca. Tiene diversas etiologías (alteración cardíaca de la función, estructura con alteración de las presiones de llenado). A nivel mundial se estima que 1% - 2% de la población adulta de los países en desarrollo presentarán IC.<sup>1</sup>

El trasplante cardíaco es el tratamiento de elección de la insuficiencia cardíaca descompensada sin respuesta al tratamiento médico. El primer trasplante cardíaco se llevó a cabo el 3 de diciembre de 1967, en el Hospital Grote Schurr en la ciudad del Cabo, teniendo una duración de cuatro horas cuarenta minutos. La noticia fue un furor en los círculos científicos de la cirugía cardíaca.<sup>2</sup>

Actualmente el trasplante cardíaco se ha convertido en la modalidad de elección para tratar al paciente con IC en estadio final. La supervivencia y calidad de vida de los pacientes trasplantados ha mejorado, siendo el número de donantes potenciales la principal limitación del trasplante cardíaco. Este hecho debe condicionar la selección meticulosa de los receptores, para ofrecer este tratamiento a los pacientes que más lo necesitan, con expectativas de obtener los mejores resultados y sin otras posibilidades de tratamiento médico o quirúrgico convencionales. En los últimos años los resultados del trasplante cardíaco han mejorado progresivamente, especialmente gracias a los avances en la cirugía, la anestesia y los inmunosupresores. A pesar de estos avances las complicaciones infecciosas permanecen contribuyendo en la morbilidad-mortalidad.

En los cuidados a los pacientes posoperados de trasplante destaca el manejo hemodinámico, ventilatorio, neurológico, renal, el tiempo de isquemia del injerto, la gravedad histológica del rechazo, entre otras. El personal de Enfermería tiene un papel de suma importancia en el cuidado del paciente posoperado de trasplante cardíaco, detecta y previene las posibles complicaciones, así mismo identifica signos y síntomas de infección, rechazo o disfunción del injerto, manteniendo al paciente en un ambiente extremadamente limpio, ya que el 70% de las infecciones y complicaciones se producen durante el primer mes después del trasplante.<sup>3</sup>

El Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" (HGMEI), como establecimiento de salud autorizado para donación y trasplante, realizó el primer trasplante cardíaco el 9 de junio de 2022, a un paciente masculino de 30 años, con antecedentes de insuficiencia cardíaca, con falla cardíaca aguda sin respuesta al tratamiento médico, que fue protocolizado y se dictaminó como candidato para trasplante cardíaco. Por lo cual fue necesario establecer acciones para brindar cuidados de Enfermería con calidad, seguridad y basados en la evidencia, por lo cual la Subdirección de Enfermería del HGMEI, en coordinación con el Departamento de Gestión de Educación, Capacitación e Investigación en Enfermería, como medida para fortalecer al personal de Enfermería de la institución, previo al trasplante, se implementó un programa de capacitación en dos Terapias Intensivas del HGMEI llamado, "Intervenciones de Enfermería Posquirúrgicas Esenciales en el Paciente Sometido a Trasplante Cardíaco".<sup>4</sup>

Este programa se alineó a métodos de aprendizaje basados en simulación clínica en donde se facilitó el desarrollo de las competencias clínicas y la resolución de problemas, controlando los riesgos asociados a la atención. Así mismo para fortalecer el aprendizaje se impartió un módulo teórico con temas generales de trasplante cardíaco (marco jurídico, criterios de donador y receptor y contraindicaciones, aspectos relevantes de la técnica quirúrgica del trasplante cardíaco y de la bomba de circulación extracorpórea, intervenciones de Enfermería del posoperatorio inmediato, técnica de aislamiento protector, paquetes de medidas para prevenir

infecciones asociadas a la atención sanitaria, manejo de inmunosupresores y elaboración del planes de cuidados de Enfermería, entre otros).

También se realizó un diagnóstico situacional dentro de las áreas donde se brindaría la atención del paciente en el perioperatorio y posoperatorio (quirófano y Terapia Intensiva), con la finalidad de fortalecer las barreras de seguridad y asegurar que se tuviera un entorno lo más seguro posible evitando complicaciones infecciosas.

Con la finalidad de formalizar en la institución y unificar las acciones del personal de Enfermería en el cuidado del paciente posoperado de trasplante cardíaco, se creó un instrumento administrativo denominado "Guía para el Cuidado de Enfermería del Paciente Sometido a Trasplante Cardíaco en el Posoperatorio" que contiene las actividades primordiales que corresponden al ámbito de responsabilidad del personal de Enfermería de los diferentes niveles jerárquicos y tiene la finalidad de que ante un trasplante cardíaco que no es un evento común en la vida cotidiana de la institución, sirva como referente para contribuir a la seguridad del paciente en el posoperatorio.<sup>5</sup>

En la guía se describe de forma detallada las actividades de las áreas involucradas con la atención directa e indirecta con el paciente, donde participan jefes y supervisores de Enfermería, personal de Enfermería que realiza funciones asistenciales en el área de quirófano y Terapia Intensiva; así mismo se describe la comunicación que debe de establecerse entre todos los personajes involucrados, en todos los niveles jerárquicos, para contar con una atención, sin contratiempos, con áreas limpias y desinfectadas que son seguras, totalmente dotadas con equipo y material según las necesidades específicas del paciente.

Con respecto a las actividades que realiza el personal de Enfermería con funciones asistenciales en el quirófano y Terapia Intensiva, se menciona la importancia de la comunicación al realizar enlace entre ambas áreas, antes de trasladar al paciente del área quirúrgica a la Terapia Intensiva como son: nombre completo y fecha de nacimiento del paciente, edad, género, alergias, diagnóstico de ingreso y antecedentes patológicos cardiovasculares, profilaxis

antibiótica, inducción inmunosupresora, tiempo en bomba de circulación extracorpórea, tiempo de isquemia del injerto, tiempo quirúrgico total, sangrado quirúrgico, presencia de medios invasivos, parámetros de generador de marcapasos, infusión de aminas vasoactivas, transfusión de hemoderivados transoperatorios, resultados de estudios de laboratorio disponibles, gasto urinario transoperatorio, entre otros.<sup>6</sup>

Estos datos orientan al personal de Enfermería de la Terapia Intensiva para verificar que el equipamiento del cubículo donde se atenderá al paciente posoperado de trasplante cardíaco es suficiente o solicitar el faltante y estar preparados ante cualquier eventualidad, evitando el flujo del material y equipo dentro y fuera del cubículo, para favorecer un entorno lo más seguro posible.

La guía cuenta con una lista de verificación que contiene el material de curación, medicamentos, soluciones parenterales y equipo biomédico que debe tener la unidad para atender al paciente dentro de las primeras 24 horas.

Para concluir la guía incluye un plan de cuidados de Enfermería estandarizado (PLACE), para el paciente posoperado de trasplante cardíaco en el posoperatorio inmediato; de acuerdo a Griffith-Kenney y Christensen el PLACE es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente, los resultados que se esperan, las estrategias, intervenciones y la evaluación de todo ello.<sup>7</sup> (Anexo 1)

El PLACE usa lenguaje enfermero estandarizando y ampliamente reconocido a nivel mundial por medio de las taxonomías de los diagnósticos enfermeros de "North American Nursing Diagnosis Association" (NANDA por sus siglas en inglés), objetivos de la "Nursing Outcomes Classification" (NOC por sus siglas en inglés), y el sistema de intervenciones de Enfermería "Nursing Interventions Classification" (NIC por sus siglas en inglés), que en conjunto interactúan como una guía para el cuidado.<sup>8</sup>

El PLACE fue construido en apego a los lineamientos de la Comisión Permanente de Enfermería.<sup>9</sup>

En este PLACE se describen los diagnósticos de Enfermería de la clasificación NANDA 2021-2023, que con más frecuencia se presentan en un paciente posoperado de trasplante cardíaco en el posoperatorio inmediato, como son Disminución del Gasto Cardíaco, Deterioro del Intercambio de Gases, Hipotermia, Riesgo de Shock, Riesgo de Infección.<sup>10</sup>

Cada diagnóstico de Enfermería incluye los objetivos que se persiguen para solucionar los problemas actuales del paciente y las intervenciones de Enfermería con actividades especializadas basadas en la evidencia, que se ejecutarán en el paciente.

Derivado de esta experiencia la guía se encuentra difundida y socializada con el personal de Enfermería de las terapias intensivas que atienden a pacientes posoperados de trasplante cardíaco y del personal de Enfermería que realiza funciones de gestión en estas áreas, la guía permite homologar las acciones esenciales en la comunicación, gestión de materiales, equipos e insumos, evitar errores y la aplicación del proceso atención de Enfermería.

La “Guía para el Cuidado de Enfermería del Paciente Sometido a Trasplante Cardíaco en el Posoperatorio” también ha permitido que el personal de Enfermería que se encuentra en la Terapia Intensiva la use como herramienta

administrativa que genera mayor seguridad en la atención, al momento de presentarse la necesidad de atender un paciente posoperado de trasplante cardíaco, brindar cuidado unificado, integral y sobre todo controlar riesgos infecciosos, entre otros.

Si bien es cierto, el personal de Enfermería de la Terapia Intensiva se encuentra habituado a manejar pacientes críticamente enfermos, la atención de pacientes posoperados de trasplante cardíaco no es algo habitual dentro de la institución y la inestabilidad que presenta sobre todo en las primeras horas, requiere de una atención sumamente meticulosa para identificar oportunamente datos de alarma, por esta razón fue necesario la capacitación, la unificación de criterios de atención y la preparación de las áreas, resultando un éxito el cuidado brindado a este paciente, el cual pudo ser egresado de la institución con alta por mejoría a su domicilio.

Es importante mencionar que se requiere aplicar en más ocasiones esta guía ya que solo se ha usado en un paciente dentro de la institución, sin embargo, el consenso hecho previamente con los expertos de Enfermería en el manejo de este tipo de pacientes nos permitió estar preparados ante las eventualidades que este paciente presentó y contribuir a lograr el éxito del primer trasplante de corazón en el HGMEL.

**Anexo 1:** Plan de cuidados de Enfermería estandarizado para la persona postoperada de trasplante cardíaco en el postoperatorio.

Diagnóstico de Enfermería	Intervenciones
Disminución del gasto cardíaco	<p>Monitorización de los signos vitales: presión arterial, pulso, frecuencia cardíaca, estado respiratorio; observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial, control continuo de la temperatura.</p> <p>Monitorización hemodinámica invasiva: ayudar con la exploración radiológica de tórax después de la inserción de catéter arteria pulmonar; calibrar el equipo cada 4 a 12 horas; monitorizar la presión arterial (sistólica, diastólica y media), presión venosa central, presión de la arteria pulmonar y la presión de oclusión de la arteria pulmonar; monitorizar las ondas y curvas hemodinámicas; mantener la esterilidad de los puertos, inspeccionar el sitio de inserción por si hubiera signos de hemorragia e infección, monitorizar los resultados de laboratorio para detectar una posible infección inducida por el catéter, etc.</p> <p>Administración de hemoderivados y vigilancia de reacciones transfusionales.</p>

**Continúa Anexo 1:** Plan de cuidados de Enfermería estandarizado para la persona postoperada de trasplante cardíaco en el postoperatorio.

Diagnóstico de Enfermería	Intervenciones
Disminución del gasto cardíaco	<p>Manejo del marcapasos temporal: asegurar la monitorización continua del EKG a la cabecera del paciente, registrar la frecuencia y la duración de las arritmias; fijar y evaluar la frecuencia, miliamperios, sensibilidad y ritmo de marcapasos según las indicaciones médicas.</p> <p>Controlar si hay cambios del estado cardíaco o hemodinámico que indiquen la necesidad de modificar los parámetros del marcapasos, etc.</p>
Deterioro del intercambio de gases	<p>Monitorización respiratoria: vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones, movimiento torácico, características de las ventilaciones; identificar patrones respiratorios: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiraciones de Kussmaul; monitorizar los niveles de saturación de oxígeno (saturación arterial y venosa de oxígeno), auscultar los sonidos respiratorios, determinar la necesidad de aspiración, monitorizar las lecturas del ventilador mecánico.</p> <p>Manejo de las vías aéreas artificiales: realizar lavado de manos, emplear precauciones universales, usar equipo de protección personal (guantes, gafas, cubrebocas), mantener el inflado del globo del tubo endotraqueal a 20 a 25 mmHg durante la ventilación mecánica, comprobar la presión del globo cada 4 a 8 horas e inmediatamente después de manipular el tubo endotraqueal; realizar aspiración endotraqueal, realizar cuidados orales (aseo bucal, humectante labial y bucal), instituir medidas que impidan la extubación accidental; elevar la cabecera de la cama <math>\geq 30</math>, etc.</p> <p>Manejo de la ventilación mecánica invasiva: consultar con otros profesionales de la salud para la selección del modo del ventilador (modo inicial habitualmente control por volumen especificando la frecuencia respiratoria, nivel de FiO<sub>2</sub> y volumen corriente deseado), asegurarse de que las alarmas del ventilador estén activadas, comprobar de forma rutinaria los ajustes del ventilador, incluida la temperatura y la humidificación del aire inspirado; vigilar el progreso del paciente con los ajustes del ventilador actuales y realizar los cambios apropiados según orden médica; observar si se producen efectos adversos de la ventilación mecánica (barotrauma, volutrauma, disminución de gasto cardíaco, distensión gástrica, enfisema subcutáneo), etc.</p> <p>Aspiración de las vías aéreas.</p> <p>Manejo del equilibrio ácido base. Monitorear: las tendencias de pH arterial, las posibles etiologías de los desequilibrios ácido-básicos, el patrón respiratorio, las determinantes del aporte tisular de oxígeno (PaO<sub>2</sub>, SatO<sub>2</sub>, niveles de hemoglobina, y gasto cardíaco), los síntomas de insuficiencia respiratoria, la determinación del consumo de oxígeno (Saturación venosa de O<sub>2</sub> y de diferencia artero venosa de O<sub>2</sub>), el estado hemodinámico, incluidos los niveles de PAM, PVC, PAP y PCP; la pérdida de ácido (aspiración gástrica, uso de diuréticos), la pérdida de bicarbonato (drenaje una fístula o diarrea), el estado neurológico (nivel de consciencia y confusión).</p>

**Continúa Anexo 1: Plan de cuidados de Enfermería estandarizado para la persona postoperada de trasplante cardíaco en el postoperatorio.**

Diagnóstico de Enfermería	Intervenciones
Deterioro del intercambio de gases	<p>Destete de la ventilación mecánica: determinar la preparación del paciente para el destete (estabilidad hemodinámica, estado actual óptimo para el destete), observar si el estado hidroelectrolítico es óptimo, aspirar la vía aérea, si es necesario; iniciar el destete con periodos de prueba (30-120 minutos de respiración espontánea asistida por el ventilador); observar si hay signos de fatiga muscular respiratoria; evitar la sedación farmacológica durante las pruebas de destete; permanecer con el paciente y proporcionar apoyo durante las pruebas iniciales de destete.</p> <p>Cuidados del drenaje torácico.</p>
Hipotermia	<p>Regulación de la temperatura: comprobar la temperatura cada hora, utilizar colchón de calentamiento, mantas calientes y un ambiente cálido para elevar la temperatura corporal, ajustar la temperatura ambiental adecuada para evitar controlar los escalofríos.</p> <p>Regulación de la temperatura perioperatoria: prevención de la hipotermia por medio de precalentamiento con aire forzado 30 a 60 minutos previos de la inducción anestésica. Considerar el uso del dispositivo de calentamiento colocados por debajo del paciente, durante el transoperatorio, etc.</p> <p>Tratamiento de la hipotermia.</p>
Riesgo de shock	<p>Manejo del shock: monitorizar los signos vitales, presión arterial ortostática, estado mental y diuresis; monitorización mediante línea arterial para mejorar la exactitud de las lecturas de la presión arterial, realizar gasometrías arterial y venosa para el monitoreo de la oxigenación tisular; controlar la tendencia de los parámetros hemodinámicos; administrar líquidos intravenosos mientras se controlan las presiones hemodinámicas y la diuresis, ministrar concentrados eritrocitarios, plasma fresco congelado, y plaquetas según corresponda; ministrar vasopresores, esteroides, inotrópicos; ministración de profilaxis para trombosis venosa profunda.</p>
Riesgo de shock	<p>Manejo del shock cardíaco: comprobar y observar si hay signos y síntomas de descenso del gasto cardíaco. Controlar y evaluar indicadores de hipoxia tisular (saturación venosa mixta de oxígeno, saturación venosa central de oxígeno, niveles séricos de lactato). Mantener precarga óptima por la administración de líquidos intravenosos o diuréticos. Ministrar medicamentos inotrópicos positivos, según corresponda; promover la perfusión adecuada de sistemas orgánicos (mediante reanimación con líquidos y/o vasopresores para mantener la presión arterial media <math>\geq 60</math> mm Hg), según corresponda.</p>
Riesgo de shock	<p>Manejo del shock vasogénico: ministración de cristaloides isotónicos en bolo, manteniendo la presión sistólica a 90 mmHg o más, según corresponda; mantener dos vías de acceso intravascular de gran calibre; ministración de vasopresores.</p> <p>Disminución de las hemorragias. Observar la cantidad y naturaleza de la pérdida de la sangre.</p>

**Continúa Anexo 1:** Plan de cuidados de Enfermería estandarizado para la persona postoperada de trasplante cardíaco en el postoperatorio.

Diagnóstico de Enfermería	Intervenciones
Riesgo de shock	Registrar el nivel de hemoglobina/hematocrito antes y después de la pérdida de la sangre. Monitorizar la presión arterial y los parámetros hemodinámicos (presión venosa central, presión de oclusión de la arteria pulmonar), etc.
Riesgo de infecciones	Medidas de aislamiento y control de infecciones: vigilar la temperatura, limpieza y seguridad de la zona de aislamiento; lavado de manos en sus 5 momentos; favorecer el retiro oportuno de los dispositivos invasivos; manejar con técnica estéril la vía aérea artificial; promover la extubación oportuna, etc. Prevención de neumonía asociada a la ventilación mecánica invasiva. Intervenciones de prevención de infección de vía urinaria asociada a sonda vesical. Prevención de infección del torrente sanguíneo asociado al uso de catéter venoso central. Prevención de infecciones del sitio quirúrgico.

**REFERENCIAS**

- Gupta AK, Tomasoni D, Sidhu K, Metra M, Ezekowitz JA. Evidence-based management of acute heart failure. *Can J Cardiol* [Internet]. 2021;37(4):621–31. Consultado el: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cjca.2021.01.002>
- Lázaro RJB, Pocovi SR, Cabeza PM, Fernández JL, Mejuto EC, García SS-F, et al. Trasplante cardíaco. *Cir Cardiovasc* [Internet]. 2011;18(2):91–102. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1134-0096\(11\)70063-8](http://dx.doi.org/10.1016/s1134-0096(11)70063-8).
- Martínez Capel MT. Cuidados De Enfermería en el Trasplante Cardíaco. *Enfermería Global* [Internet]. 2007;6(2):1–14. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834735019>
- Rojas Gómez A, Santos Calderón ME, Subdirección de Enfermería del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Intervenciones de Enfermería Posquirúrgicas Esenciales en el Paciente Sometido a Trasplante Cardíaco. 2022 jun.
- Santos Calderón ME, Rojas Gómez A, Subdirección de Enfermería del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Guía para el Cuidado de Enfermería del Paciente Sometido a Trasplante Cardíaco en el Posoperatorio. 2022 jun.
- DOF, Secretaría de Gobernación. ACUERDO que modifica el Anexo Único del diverso por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, publicado el 8 de septiembre de 2017 [Internet]. 2023 jun. Consultado el: [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5692439&fecha=16/06/2023#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5692439&fecha=16/06/2023#gsc.tab=0)
- Cortés LN, García SS. Aplicación de un Plan de Cuidados Enfermeros utilizando el modelo de Virginia Henderson (14 Necesidades) a una persona que presenta lesiones causadas por pémfigo vulgar [Internet]. *Medigraphic.com*. [citado el 12 de marzo de 2024]. Consultado el: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2014/ene141h.pdf>
- Bertocchi L, Dante A, La Cerra C, Masotta V, Marcotullio A, Jones D, et al. Impact of standardized nursing terminologies on patient and organizational outcomes: A systematic review and meta-analysis. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2023;55(6):1126–53. Consultado el: <http://dx.doi.org/10.1111/jnu.12894>
- Comisión Permanente de Enfermería. Lineamiento General Para la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería [Internet]. 2011 ene. Consultado el: [http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/lineamiento\\_general.pdf](http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/lineamiento_general.pdf).
- Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru y Camila Takáo Lopes, Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023, 12.ª Ed.

## Bioética aplicada en la Central de Esterilización y la seguridad en la atención de la salud

*Applied bioethics in the sterilization center and safety in health care*

Laura Solís Flores\*



### RESUMEN

El personal de Enfermería adscrito a las Centrales de Esterilización (CE), tiene gran responsabilidad en la seguridad de la atención de los pacientes en los tres niveles de atención de la salud; debido a que en la CE se procesan materiales y equipos contaminados para entregarlos estériles y seguros, para su uso de persona a persona; por lo que, los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía deben ser aplicados desde que se reciben como equipos contaminados hasta que son usados en otros usuarios de los servicios de salud. Debe existir gente capacitada para administrar, procesar y usar un producto estéril.

La Coordinación de las Centrales de Esterilización con el equipo multidisciplinario es fundamental para la disposición de equipo y material seguro e impacta en mejores resultados de atención a la salud.

**Palabras clave:** atención hospitalaria y centro de esterilización, bioética, seguridad de la atención.

### ABSTRACT

The Nursing staff assigned to the Sterilization Centers (CE), have great responsibility for the safety of patient care at the three levels of health care; because contaminated materials and equipment are processed in the EC to deliver them sterile and safe, for use from person to person; Therefore, the bioethical principles of beneficence, non-maleficence, justice and autonomy must be applied from the moment they are received as contaminated equipment until they are used in other users of health services. There must be people trained to administer, process and use a sterile product.

Coordination of Sterilization Centers with the multidisciplinary team is essential for the provision of safe equipment and materials and impacts better health care results.

**Keywords:** hospital care and sterilization center, bioethics, safety of care.

\*Coordinadora de Centrales de Esterilización del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", Secretaría del Comité de Ética e Investigación.

**Citar como:**  
Solís Flores L.  
Bioética aplicada en la Central de Esterilización y la seguridad en la atención de la salud.  
Rev CONAMED 2024; 29(1): 65-69.

**Conflicto de intereses:**  
"La autora declara no tener intereses personales, comerciales, financieros o económicos directos o indirectos, ni conflictos de interés de cualquier índole que pudieran representar un sesgo para la información presentada en este artículo".

**Financiamiento:** no existió financiamiento.

## ANTECEDENTES

Históricamente el hombre ha tratado de combatir contra los agentes patógenos que le ocasionan enfermedad y complicaciones hospitalarias. En consecuencia, ha sido necesaria la implementación de estrategias para el control y/o eliminación de estos microorganismos, lo que ha permitido la prevención, protección y sobrevida de los seres humanos.

Las infecciones relacionadas con la atención de salud (IAAS), son un problema de gran trascendencia económica y social, cuyo control constituye un desafío para los sistemas de salud en todo el mundo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, 7 de cada 100 pacientes hospitalizados en países desarrollados adquieren una IAAS, mientras que en países en vías de desarrollo esta cifra se eleva a 1 de cada 10.<sup>1</sup>

Actualmente en los servicios de salud las Centrales de Esterilización tienen gran importancia; debido a que son uno de los ejes para la protección de pacientes.

La Central de Esterilización es solo uno de varios servicios que intervienen para limitar el incremento de infecciones, en su función específica a ella llega la mayor parte de instrumental contaminado, y a la vez, en este mismo sitio, se preparan dispositivos seguros para la atención invasiva y no invasiva de los usuarios. Lo que significa un gran reto para todas las instituciones de salud.

El personal de Enfermería tiene la responsabilidad del proceso de esterilización lo que significa realizar un conjunto de técnicas físicas o químicas que tiene como propósito la destrucción de todas las formas de vida microbiana, incluyendo las más resistentes como la mayoría de las esporas y los virus. Es el nivel más alto posible de destrucción microbiana y, por tanto, el método que proporciona el mayor nivel de protección al paciente.

El Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", cuenta con 119 años de antigüedad, integra servicios en los que se dispone de áreas quirúrgicas, con 83 especialidades, los trasplantes han incrementado en los últimos dos años, atiende tres Códigos: ICTUS, Infarto y

Mater, para las intervenciones anteriores y otros procedimientos, se requiere de materiales de consumo y equipos, estériles y seguros.

Por ser un hospital con alta demanda y debido a las políticas de gratuidad, las Centrales de Esterilización cuentan con el apoyo de toda la estructura organizacional, a fin de dar cobertura a la demanda de atención de las personas que solicitan los servicios del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", con un sentido ético.

Por lo anterior, en el 2018, fue indispensable para la Subdirección de Enfermería generar una Coordinación de Centrales de Esterilización (CCE), que depende del Departamento de Gestión del Cuidado de Enfermería (DGCE), cuya responsabilidad es el seguimiento de las acciones de mejora en diferentes especialidades y en Coordinación con el Departamento de Gestión de Educación, Capacitación e Investigación (DGECE), planea la capacitación acorde a las necesidades identificadas en el personal asignado a las Centrales de Esterilización.

## DESARROLLO

La Coordinación de Centrales de Esterilización (CCE), se relaciona con los siguientes servicios: Jefaturas y áreas de Supervisión de Enfermería, Jefaturas y Coordinaciones de áreas quirúrgicas, Biomédica, almacén, mantenimiento y servicios generales. La CCE participa en la gestión de insumos y mantenimientos de equipos para la operatividad de las Centrales de Esterilización existentes. (Figura 1)

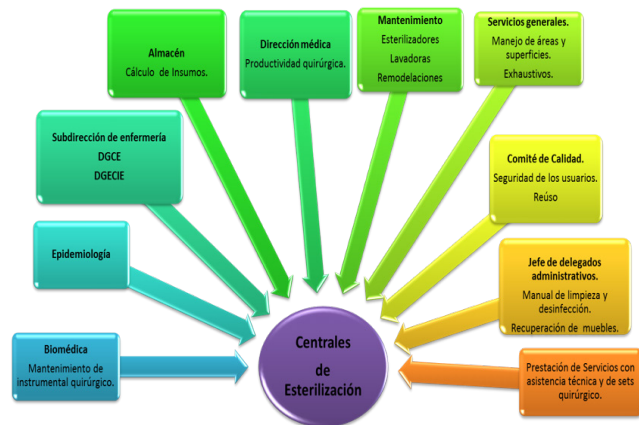


Figura 1: Servicios de la Coordinación de Centrales de Esterilización.

Partiendo de que la Bioética es “El estudio sistemático de las dimensiones morales, incluyendo las decisiones, la conducta y las políticas públicas que inciden en las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, empleando una variedad de metodologías éticas en un espacio interdisciplinario.”<sup>2</sup>

Por lo tanto, los actos éticos del personal de salud, responsable tanto del proceso, como del uso de los productos estériles en las instituciones de salud deben hacer reflexiva su práctica científica y confiable.

Apesar de que una Central de Esterilización es necesaria en todos los sitios hospitalarios, cabe resaltar el peso que tiene la conciencia quirúrgica ya que se requiere de la reflexión del personal de salud que aplica procedimientos perioperatorios; tiene que ver con la protección integral dirigida a los pacientes desde que ingresan hasta que egresan de un hospital, integra el trato digno y por lo tanto se supedita al respeto de los derechos de los pacientes.

Las Centrales de Esterilización cuidan de los pacientes indirectamente mediante las buenas prácticas, la responsabilidad de Enfermería en estas áreas se asocia a la seguridad de la atención, mediante la aplicación de no sólo los principios técnicos y normativos; además en concordancia, se requiere del análisis de los principios éticos que benefician a las personas en las que se usa un material o equipo que ha recibido el proceso de esterilización; de dicho proceso se puede ocasionar un daño agregado e incluso un daño irreparable en la integridad física y/o emocional de las personas que reciben atención. Lo que se espera es que el proceso de esterilización sea correctamente efectuado para ocasionar un bien.

El proceso que se realiza en la Central de Esterilización conlleva a distintas etapas, para cada una de ellas es necesario reflexionar en los principios éticos. El saber valorar qué se esteriliza y qué se desinfecta, requiere del dominio de la clasificación de Spaulding: ¿Qué instrumental contaminado será manejado como crítico, no crítico o semicrítico? Lo que le suma mejoras en el proceso y fortalece la seguridad de la atención. Todo acto de los profesionales de la salud conlleva a una consecuencia a favor o en interrupción del bienestar en la salud física y/o emocional de seres

humanos. Una de las complicaciones se puede dar por el manejo incorrecto de dispositivos contaminados, por lo que se debe reflexionar en la aplicación de los principios y valores éticos.

Para la aplicación de los principios Bioéticos en la atención de la salud señalaremos lo siguiente:

La conciencia ética conlleva a la reflexión y análisis de nuestros actos mediante la aplicación de los principios bioéticos. El principio de beneficencia siempre buscará que, en una balanza, la beneficencia sea mayor que un posible daño o riesgo para las personas.

En el caso de las Centrales de Esterilización, el principio de beneficencia en cada acto se debe estar a favor de prácticas seguras, con la finalidad de evitar complicaciones y daños agregados, el paciente espera ser bien atendido, tener un buen retorno a casa y sobre todo no quedar con secuelas y/o complicaciones ocasionadas intrahospitalariamente.

Todos los niveles de atención de salud en México, requieren de productos estériles, en el Primer Nivel, las curaciones, las pruebas citológicas y sanguíneas, así como en servicios dentales; en el Segundo y Tercer Nivel de Atención son indispensables las Centrales de Esterilización debido a lo invasivo de los procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos. Enfermería puede impactar significativamente mediante el proceso de esterilización en la atención hospitalaria, pues es quien controla, procesa y distribuye, los materiales y equipos estériles hacia las áreas de Consulta Externa, cuartos de curaciones o procedimientos y salas quirúrgicas. Es quien generalmente apertura un producto estéril y debe ser hábil en el manejo correcto de la esterilidad del campo operatorio o del área a intervenir en los pacientes.

La ejecución del proceso de esterilización hospitalario requiere de actitud ética. Señalaremos a groso modo que en los actos para la recepción de instrumental contaminado, lavado del instrumental, la preparación, selección correcta del detergente, el retiro de biocarga (microorganismos con los que un objeto está contaminado), el enjuague y secado correctos, aplica el principio de Beneficencia debido a que el lavado corresponde al 90% de seguridad en el

reprocesamiento del instrumental, de lo contrario se afectaría el principio de no maleficencia al provocar el riesgo de que las personas adquieran una infección intrahospitalaria y por supuesto el aspecto económico de los cuidados se incrementaría.

El principio de no maleficencia busca no provocar daños a las personas, por ejemplo, en pacientes intervenidos quirúrgicamente, se espera un beneficio en el restablecimiento de su salud y no un daño agregado como lo es una infección pos quirúrgica.

Aunado a lo anterior, para limitar el posible daño se debe contar con insumos como indicadores que faciliten la validación de la esterilización, así mismo se debe disponer de esterilizadores en parámetros críticos correctos (tiempo, temperatura y calidad del vapor), los indicadores biológicos y químicos permiten validar parcialmente la esterilización de los productos.

Esos dispositivos que se preparan con conciencia ética, se controlan, resguardan y distribuyen con alto nivel de exigencia, tienen como propósito prevenir el posible daño agregado a las personas que requieren de procedimientos con dispositivos estériles y seguros. En la reflexión del principio de no maleficencia, podemos señalar que cada uno de los dispositivos que entran en contacto con los pacientes deben ser perfectamente procesados, desde que se reciben en una Central de Esterilización hasta que egresan de este servicio y son utilizados en los pacientes.

Pero, la aplicación del principio de no maleficencia no solo está asociado a la práctica segura de Enfermería como responsable del proceso de los materiales y dispositivos médicos.

En este sentido, se han creado sistemas de la trazabilidad computarizada de todo instrumento médico que ha recibido el proceso de esterilización y que es utilizado en las personas, pero no todos los servicios de salud cuentan con ello, sin embargo el interés por la mejora de los servicios de esterilización genera estrategias para un seguimiento del instrumental quirúrgico con los medios con que cuenta, una de ellas es el registro de datos importantes por controlar en

que paciente se usó, quién y cómo lo procesó en todas las etapas de esterilización, y en quién se usará nuevamente, con el fin de limitar los daños en los usuarios. El precepto “primero no hacer daño” o en locución latina “primum non nocere” viene de la enseñanza de la Ética en la Medicina, que significa que todo acto médico debe estar libre de no hacer daño, actualmente en esta reflexión; todos los actos de los profesionales de la salud procuran evitar el daño hacia los usuarios de los servicios de salud.

Se puede afirmar, que tiene mucha responsabilidad el usuario primario; ¿quién es el usuario primario? El que hace uso de esos dispositivos y/o materiales estériles, como el personal médico, enfermeras y enfermeros u otro personal, desde el momento de recibirlos, trasladarlos, abrirlos y al usarlos, debe protegerlos para mantener la barrera de esterilidad en los procesos.

Por lo que habrá que dirigir estrategias para la reducción de incidencias sobre instrumentos quirúrgicos, fomentar el trabajo en equipo, mejorar las relaciones positivas y la comunicación interdepartamental, asegurando el cumplimiento de normas basadas en la evidencia científica más reciente, es el principal objetivo de trabajo del servicio de esterilización.<sup>3</sup>

En el caso del principio de Autonomía, tenemos conciencia ética cuando tomamos la decisión de aprender, y hacer las cosas de manera ideal; de acuerdo a nuestros recursos físicos y materiales, con la conciencia ética de aplicar o limitar acciones para no dañar a los demás.

A través de la reflexión ética, se aplican estrategias bajo el principio de autonomía, este corresponde a la toma de decisiones que incluyen la experiencia y conocimientos necesarios de Enfermería sobre el proceso de esterilización, por ejemplo, se debe contar con conocimientos y experiencia para la improvisación de material y equipo para completar una intervención médica necesaria, lo que evita el daño.

En otro sentido, el personal administra y controla la disposición de instrumental preparado y seguro para los casos de una urgencia médica. Lo anterior se logra con profesionales que actúen con ética, con conocimientos actualizados y con experiencia, en el hecho de preparar con

anticipación el instrumental, pues ya no existen ciclos rápidos de esterilización (ciclos flash) o de desinfección, debido a que el proceso de esterilización tiene su complejidad y hay que realizarlo en el tiempo necesario, con el fin de que no se genere un conflicto por las solicitudes de rapidez, lo que se traduce en “el actuar con ética para salvar más vidas”.

Cuando se atiende una urgencia, el principio de Justicia hace eco en una Central de Esterilización, debido a que se debe disponer de los insumos e instrumental procesado para atender y proteger la vida de las personas. Así mismo, la OMS dictamina un trato no discriminatorio y promover la evaluación continua a través del monitoreo de la forma en que se atiende a los usuarios.

Asociado a lo anterior, la distribución y el control de los insumos, de acuerdo con la valoración de las necesidades facilitan beneficiar a más personas.

La identificación, control y gestión de los insumos mínimos e indispensables es una forma de beneficiar también al sistema. La Bioética ha realizado importantes contribuciones en el ámbito de la justicia en el acceso a los servicios de atención de salud y en la asignación de recursos. Esto puede ser entendido como una forma de afectar positivamente a la salud, ya que el mejoramiento de los servicios de atención de salud debiera contribuir a mejorar las condiciones de salud.<sup>4</sup>

Por otra parte, la protección del personal de Enfermería responsables del reproceso de los equipos médicos, es muy importante, debido a que en una Central de Esterilización los riesgos, físicos, químicos, emocionales por sobre carga de trabajo y biológicos, por tanto es importante también una responsabilidad institucional de Enfermería aplicar los principios de beneficencia, no maleficencia y justicia; en pro de la salud laboral y tomar medidas de protección; desde el manejo de superficies y en todo el proceso de materiales contaminados que ingresan a las Centrales de Esterilización.

### CONCLUSIONES

Las Centrales de Esterilización deben caracterizarse por sus actos éticos mediante la

aplicación de los principios Bioéticos; su actuar resalta la prevención y protección de los pacientes y de las personas que realizan el proceso de esterilización con fundamentación científica.

La conservación de la esterilidad de los productos está ligada a distintos eventos, a pesar de que tiene un tiempo calculado, depende en mucho del cuidado de los empaques, la limpieza y la forma de almacenaje, con la conciencia ética en su manejo, se considera no estéril si no hay lavado de manos previo, más de 5 toques, si cae al piso, si sale de Central de Esterilización y no debe utilizarse cuando se sabe que ha sido contaminado y por tanto el riesgo que lleva a las complicaciones de los pacientes.

La Coordinación de las Centrales de Esterilización con el equipo multidisciplinario es fundamental para el logro de mejores resultados.

Es indispensable la capacitación y su seguimiento, en la que el personal más preparado aporte, con la finalidad de estandarizar el proceso de esterilización y entregar como resultado: materiales y equipos seguros, utilizados en los procedimientos invasivos y no invasivos dirigidos a las personas con necesidades de atención intrahospitalaria.

### REFERENCIAS

1. Sosa De Antuñano D, Pineda Pérez D, Puentes Rosas E, et al. Disponibilidad de antisépticos obsoletos e infecciones nosocomiales en unidades de cuidados intensivos de hospitales de México. *Rev Fac Med UNAM*. 2013; 56 (5):6-13. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=4616>
2. Franco PZR. La Bioética y la ética del cuidado para el desarrollo humano integral. *Hacia la promoción de la salud*. 2009; 14(1), págs. 93-118 ISSN 0121-7577 [cielo.org.co/pdf/hpsal/v14n1/v14n1a06.pdf](http://cielo.org.co/pdf/hpsal/v14n1/v14n1a06.pdf)
3. Seavey RE. Collaboration between perioperative nurses and sterile processing department personnel. *AORN J*. 2010; 91(4):454-62.
4. Ferrer LM. Equidad y justicia en salud. Implicaciones para la bioética *Acta Bioethica* 2003; 9(1) Santiago ISSN 1726-569X <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2003000100011>

## **Optimización de la atención de salud de las personas mayores: recomendaciones para la mejora continua**

*Optimizing healthcare for the older people: recommendations for continuous improvement*

Verónica Bautista Eugenio\*, Alma Laura Deyta Pantoja\*, Victoria González García\*\*, Nelly Pamela Reyes López\*\*\*, Eduardo Sosa Tinoco\*\*\*\*, Edgar Jaime Blanco Campero\*\*\*\*\*



### **RESUMEN**

Este artículo presenta recomendaciones previamente difundidas en 2009 y 2014, con actualización al marco de referencia vigente, dirigidas al personal administrativo, al personal del área de la salud y a las personas mayores. Para mejorar la atención de la salud, reflejando la importancia de un enfoque multidisciplinario y centrado en la persona, abarcando aspectos fundamentales de la comunicación y aquellas que promueven un entorno propicio para un envejecimiento saludable.

Si bien, todos compartimos la responsabilidad de mejorar la atención, existen prácticas de la profesión de Enfermería que destacan su papel como profesionistas idóneos para liderar y movilizar los cambios necesarios en la atención de la población mayor de 60 años. Reconociendo el cambio demográfico, el déficit de personal especializado en el área y la insuficiente adaptación de los servicios de salud a las necesidades de las personas mayores.

**Palabras clave:** atención de salud, comunicación, salud de las personas mayores.

### **SUMMARY**

This article presents recommendations previously disseminated in 2009 and 2014, with updates to the current frame of reference, aimed at administrative staff, health care personnel and the older people. To improve health care, reflecting the importance of a multidisciplinary and person-centered approach, covering fundamental aspects of communication and those that promote an environment conducive to healthy aging.

While we all share responsibility for improving care, there are practices of the nursing profession highlighting their role as the professionals best suited to lead and mobilize the necessary changes in the care of the 60+ population. Recognizing the demographic change, the deficit of specialized personnel in the area and the insufficient adaptation of health services to the needs of older people.

\*Enfermera Especialista "C"  
\*\*Supervisora de Trabajo Social  
\*\*\*Pasante de licenciatura en Gerontología en Servicio Social  
\*\*\*\*Director de Enseñanza y Divulgación  
\*\*\*\*\*Subdirector de Formación Académica

Instituto Nacional de Geriatria

**Citar como:**  
Bautista EV, Deyta Pantoja AL, González García V, Reyes López NP, Sosa Tinoco E, Blanco Campero EJ Optimización de la atención de salud de las personas mayores: recomendaciones para la mejora continua. Rev CONAMED 2024; 29(1): 70-74.

**Conflicto de intereses:**  
"Los autores declaramos no tener intereses personales, comerciales, financieros o económicos directos o indirectos, ni conflictos de interés de cualquier índole que pudieran representar un sesgo para la información presentada en este artículo".

**Financiamiento:** no existió financiamiento.

**Keywords:** Healthcare, communication, health of the older people.

La atención a la salud de las personas mayores es un desafío creciente. En 2014, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en colaboración con el Instituto Nacional de Geriátría, promovió una serie de recomendaciones para optimizar esta atención.<sup>1</sup> A una década de estos esfuerzos y ante el aumento proyectado de la población adulta mayor y considerando recomendaciones sobre el cuidado de la salud de personas mayores publicados en 2009,<sup>2</sup> es crucial su actualización para reflejar los avances en el conocimiento y las prácticas de atención de la salud.

De acuerdo con estimaciones de la Organización de las Naciones Unidas, en América Latina y el Caribe; durante el periodo de 2010 a 2040, se está duplicando la proporción de personas de 60 años y más; pasando del 10% al 20% del total de población, para el 2050, la proporción de personas mayores a nivel mundial alcanzará el 25% correspondiente a 762 millones de personas.<sup>3</sup> México se encuentra en un estado avanzado de transición demográfica con una pirámide poblacional de base cada vez más estrecha.<sup>4</sup> En 2021, la población de personas mayores se estimó al 12% de la población.<sup>3</sup> Se prevé que la esperanza de vida en México alcance los 80 años.<sup>4</sup> Este hito demográfico impactará en todos los ámbitos: salud, social, económico, familiar, etc.

El número de personas mayores que acudirá a los servicios de salud y de asistencia social será cada vez mayor. Ante la enorme demanda y las condiciones actuales de los servicios de salud, la fuerza laboral dedicada al cuidado de las personas mayores no es suficiente, es escasa la capacidad para la atención primaria y especializada.<sup>3,5</sup> En 2019, se contaba con 173 consultorios con especialidad en geriatría y se disponían de 286 camas censables dentro de las instituciones del Sistema Nacional de Salud; mientras que los geriatras certificados reportados por el Consejo de la especialidad a abril de 2022, era de 800.<sup>5</sup> En Enfermería la especialidad de gerontogeriatría no se encuentra entre las de principal demanda, el 71.88% corresponde a las áreas de especialización en administración, quirúrgica, Cuidados Críticos/Intensivos y Pediatría.<sup>6</sup>

Durante el periodo de 2019-2022, la especialidad de Enfermería del anciano de la Facultad de Enfermería de la UNAM reporta un alumnado total de 40.<sup>7</sup> El recurso humano dedicado al cuidado de las personas mayores no es ni será suficiente ante el panorama evidente desde la captación, formación especializada hasta procesos como certificación y de infraestructura. Entre las estrategias para compensar esta situación se proponen contar con personal mejor capacitado, mejores herramientas de trabajo, intervenciones basadas en evidencia, protocolos estandarizados de manejo y criterios uniformes de actuación en ámbitos comunitarios y hospitalarios. La actualización de estas recomendaciones pretende ofrecer intervenciones básicas que permitan mejorar la atención de las personas mayores y mejorar la atención integrada multi e interdisciplinaria basada en evidencias. El profesional de Enfermería ha sido identificado como uno de los trabajadores de la salud con intervenciones más eficaces y efectivas para implementar acciones en atención primaria en todos los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud. Una abundante bibliografía confirma que las acciones específicas de Enfermería en la atención de los mayores obtienen mejores resultados cuando tienen un carácter resolutivo o de coordinación interdisciplinaria tanto a nivel comunitario, como hospitalario y de alta especialidad.<sup>8</sup> Analizando esta breve información y apoyado al trabajo efectuado hoy, el Instituto Nacional de Geriátría, refrenda su compromiso y convicción de que el personal de Enfermería es el profesional idóneo para liderar y movilizar muchos cambios necesarios en la atención de los mayores.

En continuidad al marco conceptual de envejecimiento saludable de la Organización Mundial de la Salud se ha impulsado el enfoque de atención integrada para personas mayores (ICOPE por sus siglas en inglés) como una estrategia de intervenciones a nivel comunitario con la intención de prevenir, retrasar o revertir declives en la capacidad intrínseca, a partir de recomendaciones basadas en la evidencia. Los enfoques convencionales de atención de salud para los mayores se han centrado en las condiciones médicas, abordar la enfermedad es importante; pero se tiende a pasar por alto aspectos más generales y frecuentes en la capacidad intrínseca como dificultades para

oír, ver, recordar o movilizarse. La identificación y el manejo de estas capacidades pueden retardar la aparición de la discapacidad con necesidad de cuidados o de la dependencia funcional, representando un beneficio para prácticamente todas las personas mayores en algún momento de la vida.<sup>3</sup> La metodología ICOPE prioriza la optimización de la capacidad intrínseca y funcional como factores clave para un envejecimiento saludable.

La Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas ha declarado el decenio de las Naciones Unidas del Envejecimiento Saludable (2021-2030), como la principal estrategia para lograr y apoyar las acciones destinadas a construir una sociedad para todas las edades.<sup>9</sup> Para lograr los objetivos se proponen cuatro grandes áreas de acción:

1. Cambiar la forma en que pensamos, sentimos y actuamos hacia la edad y el envejecimiento. La discriminación contra la edad afecta a las personas, pero tiene efectos particularmente perjudiciales en la salud y el bienestar de las personas mayores.<sup>3</sup>
2. Asegurar que las comunidades fomenten las capacidades de las personas mayores. Un entorno y comunidad amigable con las personas adultas mayores es un mejor lugar para crecer, vivir, trabajar, jugar y envejecer en todas las edades.<sup>3</sup>
3. Ofrecer atención integrada centrada en la persona y servicios de salud primaria que responda a las personas mayores. Atención sanitaria de buena calidad vinculada a la prestación sostenible de atención a largo plazo.<sup>3</sup>
4. Brindar acceso a la atención a largo plazo para las personas mayores que la necesitan. Es esencial para mantener la capacidad funcional, disfrutar de los derechos humanos básicos y vivir con dignidad.<sup>3</sup>

En las siguientes recomendaciones encontrarán intervenciones que apoyan la atención integrada con enfoque multidisciplinario, considerando desde elementos básicos de comunicación hasta aquellas que promuevan un entorno que fomente y facilite un envejecimiento saludable.

## **RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA ATENCIÓN DE SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES DIRIGIDAS A PERSONAL ADMINISTRATIVO Y DIRECTIVO**

1. Promover un entorno libre de discriminación y violencia hacia las personas mayores.<sup>9</sup>
2. Fomentar la atención multi e interdisciplinaria centrada en la persona.<sup>3</sup>
3. Facilitar el acceso a instalaciones adecuadas a la condición y las capacidades de las personas mayores.<sup>1,2</sup>
4. Otorgar acceso prioritario a servicios de salud acordes a las necesidades de las personas mayores.<sup>1,2</sup>
5. Destinar ventanillas de atención con personal capacitado y competente que brinde información que responda las circunstancias de las personas mayores.<sup>1,2</sup>
6. Contar con recursos humanos capacitados y competentes en las distintas áreas de atención de salud y asistencia social.<sup>1,2</sup>
7. Facilitar capacitación gerontológica y geriátrica al personal que brindará la atención.<sup>1,2</sup>
8. Fomentar cursos y talleres dirigidos a las personas mayores y sus familiares en temas prioritarios de atención en salud, prevención y recomendaciones de autocuidado.<sup>1,2</sup>
9. Promover la continuidad de la atención dentro del sistema de salud en México.<sup>1,2</sup>
10. Promover la independencia, la capacidad de decisión y la participación social de todas las personas mayores.<sup>10</sup>
11. Fomentar entre la población una cultura de respeto y reconocimiento que promueva las capacidades de las personas mayores.<sup>9</sup>

## **RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA ATENCIÓN DE SALUD EN LA VEJEZ DIRIGIDAS A LAS PERSONAS MAYORES**

1. La salud es un compromiso personal, familiar y social que se comparte también con el equipo de salud.<sup>1,2</sup>

2. Reconocer y buscar atención oportuna ante cambios en la visión y la audición.<sup>3</sup>
3. Adoptar y mantener una alimentación saludable a lo largo de toda la vida.<sup>11</sup>
4. Procurar una hidratación adecuada durante el día.<sup>11</sup>
5. Practicar ejercicio que incluya actividades de fuerza, equilibrio, flexibilidad y resistencia. Acudir a valoración para recibir un programa personalizado acorde a su estado de salud.<sup>11</sup>
6. Disminuir la ingesta de refrescos y bebidas alcohólicas, evitar el consumo de tabaco u otras drogas, así como evitar el uso de medicamentos sin prescripción médica.<sup>3</sup>
7. Mantener al día su esquema de vacunación.<sup>1,2</sup>
8. Prevenir accidentes en el hogar procurando un ambiente seguro, libre de obstáculos, bien iluminado y, de ser necesario, con las modificaciones apropiadas (barandales, rampas, antiderrapantes, señalizaciones, etc.).<sup>1,2</sup>
9. Asistir a las consultas programadas llevando consigo una lista completa de los medicamentos que usa incluyendo productos alternativos o complementarios.<sup>3</sup>
10. Conversar con el personal de salud, indicando sus preferencias y prioridades en salud.<sup>1,2</sup>
11. Participar en las actividades familiares, grupales, culturales, sociales y recreativas de su preferencia para evitar el aislamiento social y la soledad.<sup>11</sup>
12. Portar una identificación o tarjeta de datos personales que incluya enfermedades, alergias, medicamentos que usa y teléfonos de contacto en caso de emergencia.<sup>1,2</sup>
13. Realizar diversas actividades que representen desafíos progresivos, por ejemplo: leer, cantar, bailar, aprender un nuevo idioma o practicar deporte.<sup>3</sup>
14. Mantener un estado de ánimo positivo y control efectivo de estrés por medio de actividades de su interés y agrado.<sup>3</sup>
15. Procurar mantener horarios para dormir y despertar (incluso fines de semana).<sup>3</sup>

## **RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA ATENCIÓN DE SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES DIRIGIDAS A PROFESIONALES DE SALUD**

1. Establecer una comunicación efectiva, algunas sugerencias:
  - Preguntar como desea la persona ser llamada. No dar por hecho que les gustan los diminutivos u otros como “abuelito”, “viejita”, “don o doña”.<sup>5</sup>
  - Mirar a la persona, hacer contacto visual y asegurarse que muestra atención.<sup>5</sup>
  - Asegurarse que la persona escucha y ve bien. De no ser así, tómelo en cuenta y ajuste su comunicación.<sup>5</sup>
  - Dirigirse a la persona mayor y no a su familiar o acompañante, a menos que requiera información adicional.<sup>3</sup>
  - Hablar claramente, con un volumen apropiado y lenguaje sencillo, evitando tecnicismos y no subir el tono de voz al grado de gritar.<sup>5</sup>
  - Preguntar las preferencias y opiniones con relación a su salud, los tratamientos y otras intervenciones de salud.<sup>1,2</sup>
  - Los mensajes más importantes o información clave asegurarse que la ha entendido, pregunte en todo momento si hay dudas y aclárelas.<sup>3</sup>
  - Tomarse el tiempo necesario: Es importante adaptarse al ritmo de comunicación de la persona mayor, respetar sus pausas y no dar la impresión de estar apresurados o desinteresados.<sup>5</sup>
  - Ofrecer información clara y sencilla a fin de que en conjunto tomen las mejores decisiones con relación a la salud.<sup>1,2</sup>
2. Considerar a la familia, las personas cuidadoras, como parte fundamental del equipo de salud. Proporcionar información acorde a los cuidados y seguimiento que amerite.<sup>1,2</sup>
3. Procurar una capacitación constante que contribuya a reconocer la importancia del envejecimiento saludable y su repercusión en la calidad de vida propia, de las personas mayores y sus familiares.<sup>1,2</sup>

4. Revisar a detalle la lista de medicamentos que usa la persona mayor tanto por prescripción como de manera libre para la optimización de la medicación.<sup>3</sup>
5. Verificar los esquemas de vacunación propuestos para este grupo de edad.<sup>1,2</sup>
6. Fomentar la valoración de la salud bucodental al menos cada 6 meses.<sup>11</sup>
7. Sugerir valoración nutricional en caso de pérdida de peso o disminución del apetito.<sup>3</sup>
8. Vigilar el estado afectivo y mental en busca de datos de alarma.<sup>1,2</sup>
9. Promover la actividad física multicomponente, tomando en cuenta la condición de salud y preferencias personales.<sup>3</sup>
10. Fomentar el desarrollo de actividades lúdicas y recreativas, individuales o grupales, en la comunidad que favorezcan la socialización y participación.<sup>11</sup>
11. Orientar sobre medidas de seguridad y prevención de accidentes.<sup>11</sup>
12. Realizar un seguimiento que permita un control óptimo de las enfermedades crónicas presentes.<sup>11</sup>
13. Brindar medidas de higiene del sueño acorde a las necesidades de la persona.<sup>3</sup>
14. Propiciar una atención centrada en la persona que incluya promoción de la salud.<sup>3</sup>
15. Respetar el derecho a la privacidad e intimidad.<sup>10</sup>

## REFERENCIAS

1. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Informe anual de actividades 2024 [Internet]. CONAMED; 2014. Disponible en: [http://www.conamed.gob.mx/conocenos/pdf/informe\\_conamed\\_2014.pdf](http://www.conamed.gob.mx/conocenos/pdf/informe_conamed_2014.pdf) Consultado: 01 febrero de 2024
2. Aguirre-Gas, H. Fajardo, D. G. Mahuina, C. E. Martínez, L. J. Rodríguez, S. J. Recomendaciones para el cuidado de la salud del adulto mayor. Septiembre de 2009; 14(3):44-59. Consultado: 02 febrero de 2024
3. Secretaría de Salud, Secretaría de Salud de la ciudad de México. Manual de entrenamiento en atención primaria a la salud de personas mayores [Internet]. Instituto Nacional de Geriátria; 2022. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/813749/Manual-AtencionIntegral-agosto-2022.pdf> Consultado el: 01 febrero de 2024
4. Avila, A. A. Sosa, T. E. Pacheco, P. J. Escobedo, A. MG. Bautista, E. V. González, G. V., et al. Guía de instrumentos de evaluación de la capacidad funcional [Internet]. Instituto Nacional de Geriátria; 2022. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/813747/Guia\\_InstrumentosEvaluacion\\_2022\\_31oct.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/813747/Guia_InstrumentosEvaluacion_2022_31oct.pdf) Consultado el: 01 febrero de 2024
5. García, P. M. del C. Propuesta Plan de Trabajo 2023-2027 [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/814403/Prop-Plan-Trab-InGer-Garcia-Pena.pdf> Consultado el: 01 febrero de 2024
6. Secretaría de Salud. Estado de la Enfermería en México [Internet]. Secretaría de Salud; 2018. Disponible en: [http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/estado\\_enfermeria\\_mexico2018.pdf](http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/estado_enfermeria_mexico2018.pdf) Consultado el: 16 febrero de 2024
7. Zárate, G. RA. Informe de Gestión 2019-2023 [Internet]. 2022. Disponible en: <https://web.eneo.unam.mx/wp-content/uploads/2022/12/infGestion151223.pdf> Consultado el: 02 febrero de 2024
8. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Geriátria. Protocolo para la Atención de las Personas Adultas Mayores por Enfermería [Internet]. 2017. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/814346/Protocolo\\_PAM.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/814346/Protocolo_PAM.pdf). Disponible en: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020rev-es.pdf?sfvrsn=b4b75ebc\\_28&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020rev-es.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_28&download=true) Consultado el: 02 febrero de 2024
9. Organización Mundial de la Salud. Decade of health 2020-2030. 2020. Disponible en: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020rev-es.pdf?> Consultado el: 02 febrero de 2024
10. Organización Mundial de la Salud. Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. 2017. Disponible en: [https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados\\_multilaterales\\_interamericanos\\_a-70\\_derechos\\_humanos\\_personas\\_mayores.pdf](https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf) Consultado el: 05 febrero de 2024
11. Instituto Nacional de Geriátria. Tarjetas de recomendaciones para personas mayores [Internet]. Instituto Nacional de Geriátria; 2023. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/852421/Tarjetas-recomendaciones-v01.pdf> Consultado el: 01 febrero de 2024

## El impacto de la Enfermería en la Práctica Odontológica *The impact of Nursing on dental practice*

Karen Alejandra Esquivel Ruiz\*, Leticia De Anda Aguilar\*\*, Michel Axel Montoya Huesca\*\*\*, Ricardo Chávez Ávila\*\*\*\*



### RESUMEN

La Enfermería es una disciplina antigua que surge como necesidad para el cuidado de la salud de otras personas que ha ido cambiando y evolucionado, al punto de no solo ser parte fundamental de la Medicina, sino también de otras profesiones como la Odontología; con la cual, en algunos países participa para crear resultados favorables para las y los pacientes en métodos diagnósticos, terapéuticos y preventivos de la salud bucal.

**Palabras clave:** enfermería, odontología, prevención, salud bucal.

### ABSTRACT

Nursing is an ancient discipline that arises as a need to care for the health of other people that has been changing and evolving, to the point of not only being a fundamental part of Medicine, but also of other professions such as Dentistry; with which, in some countries, it participates to create favorable results for patients in diagnostic, therapeutic and preventive methods of oral health.

**Keywords:** nursing, dentistry, prevention, oral health.

### INTRODUCCIÓN

La Enfermería se ha valorado como oficio, arte, ciencia, disciplina y profesión; ha sido la encargada de mantener y fomentar el bienestar y la salud de las personas, familias y comunidades. La Organización Mundial de la Salud (OMS), afirma que la Enfermería consiste en la atención autónoma y en colaboración a las personas de todas las edades, enfermas o no, y en todas las circunstancias, así como en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención a enfermos, personas con condición de discapacidad y personas en situación terminal.<sup>1,2</sup> En el siglo XIX, Florence Nightingale, sentó los principios de la Enfermería en Salud Pública, la cual previamente sólo se centraba en la enfermera hospitalaria y establecía funciones como el saneamiento, el cuidado de la salud a niños y adultos, así como la provisión de educación para la salud.<sup>3</sup>

Inicialmente, la Enfermería, se encargaba de cuidar únicamente a niños, ancianos y enfermos; sin embargo evolucionó y hoy día tiene un papel

\*Verificador y  
Dictaminador  
Especializado "D"

\*\* Directora de Sala  
Arbitral en la Dirección  
General de Arbitraje

\*\*\*Médico Pasante en  
Servicio Social

\*\*\*\*Médico Pasante en  
Servicio Social

Comisión Nacional de  
Arbitraje Médico

**Citar como:**  
Esquivel Ruiz KA, De Anda  
Aguilar L, Montoya Huesca  
MA, Chávez Ávila R.  
El impacto de la  
Enfermería en la Práctica  
Odontológica.  
Rev CONAMED 2024;  
29;(1): 75-79.

**Conflicto de intereses:**  
"Los autores declaramos  
no tener intereses  
personales, comerciales,  
financieros o económicos  
directos o indirectos, ni  
conflictos de interés de  
cualquier índole que  
pudieran representar un  
sesgo para la información  
presentada en este  
artículo".

**Financiamiento:** no existió  
financiamiento.

importante en el ámbito de la Salud, ya que, con sus conocimientos, habilidades, destrezas, vocación y aptitud para trabajar en equipo, ha logrado tener una buena comunicación, entendimiento e integración con todas las disciplinas de la Medicina, obteniendo resultados favorables para las y los pacientes; lo cual implicó que se convirtiera en un elemento indispensable en el ejercicio de esta última.

## LA ENFERMERÍA Y LA ODONTOLOGÍA

La Enfermería ha cambiado y evolucionado, al punto que no solo es parte fundamental de la Medicina, sino también de otras profesiones como la Odontología; sin embargo, en la actualidad, son escasos los países en los que se conjuntan estas dos profesiones de manera formal.

De la revisión bibliográfica efectuada para la estructuración de este artículo, se encontró que países como España, Reino Unido, Chile, Estados Unidos, Alemania, Suiza y Brasil han implementado el equipo de Enfermería para el cuidado y prevención bucal, generando resultados favorables en la atención de la salud bucal de las poblaciones.<sup>4</sup>

Diversos autores han destacado que, debido a la habilidad del trabajo de Enfermería, la comunicación entre el personal de Enfermería y el odontólogo se vuelve sencilla, lo anterior considerando los temas y conceptos médico-odontológicos en común que se tienen, facilitando los tratamientos bucales otorgados, obteniendo y logrando así buenos resultados;<sup>5</sup> en este sentido, es de hacer notar que en nuestro país un número importante de las y los odontólogos, se asiste de personal no afín a la profesión, quienes sin conocimiento alguno en Medicina u Odontología, son habilitados en las funciones de asistencia odontológica, señalando que, si bien, al paso del tiempo se convierte en personal experto, el no instruirse en las habilidades de la asistencia médica u obtener una profesionalización de sus habilidades, su actuar estaría incluso inmerso en el terreno del intrusismo profesional, entendiéndose este como *“el ejercicio fraudulento de una profesión sin la titulación correspondiente”*, aunque también puede definirse como el ejercicio de actividades profesionales, realizadas por personas no autorizadas para ello; donde la

importancia de esto es que esta incursión no autorizada se constituye en un delito.<sup>6</sup>

A este respecto, es de señalar que esta práctica que ocurre en un gran número de establecimientos odontológicos de nuestro país, en el que participa personal no capacitado profesionalmente, se subsanaría, si se contara con un modelo de profesionalización y especialización en Enfermería Odontológica o Dental, en el que personal de Enfermería previamente capacitado en temas específicos de Odontología, tenga una participación dirigida, pero sobre todo con conocimientos, habilidades y destrezas en salud dental; con lo que se aseguraría en un mayor porcentaje de casos, el poder obtener resultados positivos en el ámbito odontológico, teniendo con ello además, un mayor impacto en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades bucales.

El contar con una formación profesional en Enfermería Odontológica, permitiría que fuera posible, desde la realización de una historia clínica para ir constituyendo un expediente clínico como lo establece la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico<sup>7</sup> y la NOM-013-SSA2-2015, para la prevención y control de enfermedades bucales;<sup>8</sup> lo cual, desafortunadamente, adolecen muchos profesionales de la salud bucal en nuestro país, ya que no realizan expediente clínico odontológico alguno, aun y cuando esto sea una exigencia jurídico normativa.

De igual forma, el contar con personal de Enfermería especializado en Odontología, permitiría un acercamiento profesional y con conocimiento, en la atención del paciente, como lo son: la toma de los signos vitales antes de la consulta, proporcionar información temprana sobre el cuidado de los dientes con la finalidad prevenir enfermedades bucales; impartir cursos dirigidos a la población en general por personal especializado; y en el ámbito quirúrgico, desde el acomodo del instrumental para una intervención quirúrgica odontológica hasta en el postquirúrgico con los cuidados y rehabilitación bucodental, mediante la enseñanza de ejercicios para la fonación y función masticatoria, a las y los pacientes que hayan sido operados.

Se ha evidenciado la importancia de capacitar en el ámbito de salud bucal no sólo a las y los odontólogos, sino también a las y los médicos, así como el personal de Enfermería, ya que en varias ocasiones estos últimos, son la primera instancia que tienen contacto con quién solicita atención dental; ya que además, podrían dar información preventiva en el cuidado de la salud bucal de la población; y con su red de apoyo, ayudar a evitar caries dental, enfermedades periodontales, hábitos perniciosos; generando así una conciencia a la comunidad.

Es así que en el mundo se ha formado personal en Enfermería Odontológica profesionales, encargados de proporcionar información de prevención y cuidados de la salud bucal; señalando que como en cualquier ámbito, tendrán ciertas limitaciones dependiendo de la complejidad del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la cavidad oral; en donde dicho personal será capaz de referir oportunamente al odontólogo especializado.

La experticia y el conocimiento de estos profesionales de la salud, tales como la elaboración de historia clínica, control de infecciones, toma de impresiones, así como de radiografías, aplicación de flúor para prevenir la caries dental, prescripción de medicamentos y referencia especializada, permiten que sus actividades sean complementarias al actuar odontológico.

En los países donde más se emplea la labor de Enfermería en la higiene bucal son Alemania y Suiza, en la que las funciones de este personal especializado en salud bucal, van desde la realización de la historia clínica, hasta aplicación de barniz con flúor para prevenir la caries dental.

A la revisión bibliográfica efectuada, es de comentar que no se identificaron escuelas que proporcionen cursos de especialización en Enfermería Odontológica de forma presencial, sin embargo, existe evidencia de curso a distancia que facilitan el aprendizaje del personal de Enfermería en el ámbito odontológico. En estos cursos, se integran temas odontológicos muy particulares como la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la encía, los dientes y el tejido

bucal, permitiendo que estos profesionales de la salud, trabajen en colaboración de las y los dentistas para ofrecer servicios de salud dental más integral a las y los pacientes.

Es de señalar que incluso en algunos países, la enseñanza de temas de Odontología en la Enfermería, ya no sólo se refiere algunas materias o módulos, sino que se otorgan ya de manera específica.

En España, se realiza un curso de Enfermería con rol en Odontología, el cual aborda tema como: anatomía del diente, exploración bucal, urgencias odontológicas etc. con la finalidad de certificar al profesional y permitir la obtención de un diploma oficial y título que avale sus conocimientos. Este curso en particular está certificado con un total de 100 horas y es 100% online, además de ser muy accesible en cuestión de horarios donde el alumno puede entrar los 7 días de la semana y las 24 horas del día, permitiendo al profesional acceder al programa, de acuerdo a sus actividades.<sup>9</sup>

Otro ejemplo lo es Chile, donde se desarrollan seminarios sobre cómo el equipo de Enfermería en los programas de salud oral, tienen un impacto en la bioseguridad de las infecciones, así como el control de las y los pacientes.

## SITUACIÓN EN MÉXICO

De la búsqueda sistemática de artículos que aborden el panorama en nuestro país en relación a la Enfermería dentro del ámbito de la Odontología, es importante resaltar que México, no cuenta con la presencia de la Enfermería Odontológica en las Guías y programas de salud bucal. En los planes curriculares de las universidades más representativas de México, no se encuentra mención de módulos en los que se aborde temas relacionados a la Odontología, así mismo es capital mencionar que los posgrados (especialización) de estos profesionales de la salud, no tienen la oportunidad de abundar en esta rama de estudio médica que es la Odontología.

Tomando como referencia lo citado en un artículo publicado en 2020, en la revista del Instituto Mexicano de Seguro Social, en el

que se señaló que “... en México, el personal de Enfermería parece ajeno a la importancia de la salud bucal y no se ha propuesto la incorporación de este personal en actividades en educación para la salud bucal”<sup>13</sup> es que, el presente artículo, busca hacer notar la imperiosa necesidad de la incursión de la Enfermería en la Odontología, para mejorar las buenas prácticas de esta última, y con ello, poner a consideración de las Escuelas y Facultades de Enfermería, la necesidad de crear un curso formal de Enfermería Odontológica.

Es de resaltar que esta búsqueda de profesionalización en el personal que auxilia las labores de las y los odontólogos, no es algo de surgimiento reciente, ya que desde los años 70, en el Boletín de mayo de la Oficina Sanitaria Panamericana, se expuso la importancia de las y los asistentes dentales, su rol y experiencia en el área odontológica, ello derivado de un estudio realizado en una significativa población universitaria de las licenciaturas de Odontología, Enfermería y Medicina, de la Universidad de Antioquia, en el que concluyeron textualmente que “... Se fundamenta la necesidad de fortalecer los conocimientos del personal asistencial para el mejor desenvolvimiento en las actividades diarias que deben desempeñar en el ámbito de la Odontología...” tras evaluar los conocimientos adquiridos en dicha área por esta población de universitarios en las licenciaturas previamente señaladas, mismos que no eran satisfactorios.<sup>10,11</sup>

Lo increíble de esta reflexión vertida en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana es que, incluso para ese momento, 49 años atrás ya se había hecho notar esta necesidad, por los beneficios que en el ámbito de la Salud Pública en lo que se refiere a la salud bucal, se había demostrado; resultando inexplicable al momento, que no haya sido empleado en todo el mundo de manera formal, sistemática y curricularmente; por lo que consideramos, como lo hicieron hace ya muchos años otros, que tanto la Odontología como la Enfermería, se han demorado en formalizar esta especialización.

México al ser uno de los países que aún no implementa esta participación profesionalizada de la Enfermería en Odontología, tendría un avance significativo en lo que a la Salud Pública

odontológica se refiere, al crear un curso formal en este ámbito, ya que el personal que se especializara en tal área, crecería no sólo en conocimientos, habilidades y destrezas, sino que su participación en la atención dental de las y los pacientes permitiría obtener mayores resultados positivos; así como el poder asesorar a la población para que tenga mayor información y conocimiento de las enfermedades de la cavidad oral, y la prevención de las mismas con un correcto aseo bucodental, generando con ello buenos hábitos, como es el caso de otros países.

## CONCLUSIÓN

Se tiene evidencia que la intervención del equipo de Enfermería, en el ámbito odontológico causa efectos positivos reflejado por la experiencia que se tiene en otros países, debido a su rigurosa preparación que estos les brindan, realizando tratamientos preventivos para mejorar la salud bucal de las personas. Entre ellas incluye ofrecer el cuidado preventivo de salud dental, proporcionar información educativa a la población sobre la higiene bucal, ayudar a las y los odontólogos a los procedimientos en cuanto a preparar los materiales necesarios, lavar, desinfectar y esterilizar los instrumentos, realizar toma de radiografías.

De contarse con personal de Enfermería especializado en Odontología, la población mexicana se vería altamente beneficiada con acciones de prevención, como ocurre en múltiples campos de la Medicina, donde las y los enfermeros son los principales promotores de acciones para preservar la salud, para con ello reducir de manera significativa, lo que de algunos años es conocido, en relación a que la salud bucal se vincula estrechamente con la salud corporal, un ejemplo muy sencillo de ello es como un paciente diabético con caries, puede tener en su salud bucal, la solución para parte de su control metabólico.

Es así que, con lo anterior, se pone de manifiesto la necesidad de estimar la ampliación del campo de acción del personal de Enfermería en materia de salud, acrecentando sus conocimientos con respecto de la salud bucal, para lo cual se considera necesario y pertinente que, Escuelas y Facultades de Enfermería a nivel nacional, consideren la

creación de cursos formales en Odontología dentro de la enseñanza de esta profesión; como algunos países europeos lo han desarrollado, en los cuales se ha puesto de manifiesto el avance y la relación que existe entre estas disciplinas, para con ello lograr mejoras estratégicas en la planeación de programas de Salud Pública Odontológica y mejorar las buenas prácticas en la atención bucal; finalmente además, para que el profesional en Odontología sea asistido por personal formalmente capacitado y con reconocimiento jurídico, y no por personal habilitado, sin conocimientos y sin autorización jurídica.

## REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Enfermería. OPS.[Internet] [citado el: 19 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermeria>.
2. Organización Panamericana de la Salud. Día Mundial de la Salud: Invertir, valorar y confiar en nuestro personal sanitario. OPS [citado el: 19 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/7-4-2020-dia-mundial-salud-invertir-valorar-confiar-nuestro-personal-sanitario>.
3. Amaro CM. Florence Nightingale, La primera gran teórica de Enfermería. Rev cubana Enfermer [Internet]. [citado el: 19 de enero de 2024]; 20(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086403192004000300009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192004000300009&lng=es).
4. García-Islas KM, Macedo-Martínez A, Galván-Flores GM, García-Vázquez PE, Sánchez-García S. El papel de Enfermería en la salud bucal de adultos mayores. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2020;28(3):245-254 [internet] [citado el: 19 de enero de 2024] Disponible en: [http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista\\_enfermeria/article/view/1112/1123](http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/1112/1123).
5. Hofstadt Román C. Quiles Marcos Y. Técnicas de comunicación para profesionales de Enfermería. Generalitat Valenciana. Conselleria de sanitat. 2006. [internet] [citado el: 19 de enero de 2024] Disponible en: <https://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/11/Tecnicas-de-comunicacion-en-Enfermeria.pdf>.
6. Delito de intrusismo profesional. Conceptos Jurídicos.[internet]. citado el: 22 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.conceptosjuridicos.com/delito-de-intrusismo-profesional/>.
7. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. [internet] [citado el: 22 de enero de 2024]. Disponible en [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle\\_popup.php?codigo=5272787](https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787).
8. Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales. [internet] [citado el: 22 de enero de 2024]. Disponible en [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5462039&fecha=23/11/2016#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5462039&fecha=23/11/2016#gsc.tab=0).
9. Alcalá F. Curso Superior Universitario en Enfermería Odontológica. Formación Alcalá. [Internet] [citado el: 22 de enero de 2024] Disponible en: <https://www.formacionalcala.com/es/enfermeria/cursos-online/curso-universitario-en-enfermeria-odontologica-ucam>.
10. Jiménez G.A, Gómez O. Utilización de la "Enfermera Dental" para mejorar el plan de estudios de una facultad de Odontología, pp 418-43 [internet] [citado el: 22 de enero de 2024] Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/14490/v68n5p416.pdf?sequence=1>.
11. Zabala CFV, Campaña LMV. Los asistentes dentales, su rol y experiencia en el área odontológica. Polo del Conocimiento. [internet] [citado el 22 de enero de 2024] Disponible en: [file:///C:/Users/kesquivel/Downloads/Dialnet-LosAsistentesDentalesSuRolYExperienciaEnElAreaOdon-8042543%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/kesquivel/Downloads/Dialnet-LosAsistentesDentalesSuRolYExperienciaEnElAreaOdon-8042543%20(2).pdf).

## Síndrome de Burnout y Consumo de Alcohol en Trabajadores de la Salud

*Burnout Syndrome and Alcohol Consumption in Healthcare Workers*

Edgar Omar Vázquez Puente\*+, Karla Selene López García\*, Ramón Valladares Trujillo\*\*\*, Gustavo Vargas Machado\*\*\*\*, Julia Lizeth Villarreal Mata\*, Adriana Patricia Castillo Méndez\*



### RESUMEN

El consumo de alcohol causó 300 mil muertes en la región de las Américas, una población de riesgo son los trabajadores de la salud ya que son los encargados de brindar cuidados de la salud para lograr un funcionamiento óptimo en el sistema de salud. El objetivo general del estudio es identificar si el síndrome de Burnout predice el consumo de alcohol en trabajadores de la salud de dos instituciones hospitalarias. Material y Método: descriptivo, correlacional y predictivo, donde se incluye a 420 participantes. Se recopiló información sociodemográfica, así como datos de síndrome de Burnout a través del Inventario de Burnout de Maslach y consumo de alcohol mediante el AUDIT, cumpliendo con los aspectos éticos de la Ley General de Salud en Investigación Sanitaria. Resultados: más del 70% eran del sexo femenino, el nivel de estudios de licenciatura se identificó en mayor proporción (48.3%). Se encontró diferencia significativa por sexo en los tres tipos de consumo; riesgo ( $\chi^2= 12.881$ ,  $p= 0.001$ ), dependiente ( $\chi^2= 5.621$ ,  $p= 0.018$ ), perjudicial ( $\chi^2= 9.034$ ,  $p= 0.003$ ). Por edad se identificó diferencia significativa en consumo de riesgo ( $\chi^2= 12.137$ ,  $p= 0.002$ ) y dependiente ( $\chi^2= 10.242$ ,  $p= 0.006$ ). Se encontraron relaciones positivas y significativas entre síndrome de Burnout y consumo de alcohol ( $r_s= 0.165$ ,  $p< 0.001$ ), se observaron relaciones negativas y significativas entre edad y síndrome de Burnout ( $r_s= -0.113$ ,  $p= 0.020$ ), y edad con consumo de alcohol ( $r_s= -0.228$ ,  $p< 0.001$ ). El sexo ( $\beta= 1.646$ ,  $p= 0.001$ ) y síndrome de Burnout ( $\beta= 0.054$ ,  $p= 0.002$ ) mostraron efecto positivo y significativo con el consumo de alcohol, mientras que edad ( $\beta= -0.084$ ,  $p= 0.001$ ) tuvo efecto negativo y significativo con el consumo de alcohol. Conclusión: este trabajo planteó que los trabajadores de la salud han desarrollado síndrome de Burnout y recurren al consumo de sustancias, entre ellas el alcohol como una forma de afrontamiento. Por lo cual, se plantea la necesidad de realizar estrategias para la prevención y disminución del consumo de alcohol por parte de las organizaciones correspondientes, así como un seguimiento de la salud mental para evitar el desarrollo de otras complicaciones.

**Palabras clave:** burnout, consumo de alcohol, trabajadores de salud, trastorno mental.

**Keywords:** burnout, alcohol consumption, healthcare workers, mental disorder.

\*Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería

+Universidad de Monterrey, Facultad de Enfermería

\*\*\*Coordinación de Educación e Investigación en Salud del Hospital General de Zona No. 17, Instituto Mexicano del Seguro Social

\*\*\*\*Instituto Mexicano del Seguro Social/ Coordinación de Planeación y Enlace Institucional, OOAD Nuevo León

**Citar como:**  
Vázquez Puente EO, López García KS, Valladares Trujillo R, Vargas Machado G, Villarreal Mata JL, Castillo Méndez AP. Síndrome de Burnout y Consumo de Alcohol en Trabajadores de la Salud. Rev CONAMED 2024; 29(1): 80-90.

**Conflicto de intereses:**  
"Los autores declaramos no tener intereses personales, comerciales, financieros o económicos directos o indirectos, ni conflictos de interés de cualquier índole que pudieran representar un sesgo para la información presentada en este artículo".

**Financiamiento:** no existió financiamiento.

## INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol causa aproximadamente 200 enfermedades, lesiones y otras condiciones de salud entre las que destacan diversos trastornos mentales y problemas sociales, así mismo, el consumo desmedido de alcohol se ha encontrado asociado a prácticas sexuales de riesgo que pueden desencadenar enfermedades tales como VIH/SIDA y enfermedades no transmisibles como la cirrosis hepática, enfermedades cardiovasculares y cánceres.<sup>1,2</sup>

En el año 2019, el consumo de alcohol causó 300 mil muertes en la región de las Américas, aunado a esto, provocó 93 millones de años de vida saludables perdidos a consecuencia de los trastornos por su consumo.<sup>3</sup> En México, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco [ENCODAT] identificó que el 71% de la población general ha consumido alcohol alguna vez en la vida, 49.1% en el último año y 35.9% en el último mes. Siendo mayor el consumo en hombres (80.1%) en comparación con las mujeres (62.6%).<sup>4</sup> En este sentido, el impacto del consumo de alcohol está determinado por algunos factores como la cantidad de bebidas alcohólicas consumidas en un día típico, el patrón de consumo, el sexo y la edad identificándose que los hombres consumen más que las mujeres.<sup>1,2</sup>

Una población en riesgo para adquirir una conducta de consumo, son los trabajadores de la salud ya que son los encargados de brindar cuidados a diferentes grupos poblacionales para lograr un funcionamiento óptimo en el sistema sanitario.<sup>5</sup> Sin embargo, existen ocasiones donde se presentan situaciones no favorables en el área laboral que puede llevar al trabajador a manifestar una serie de síntomas físicos y/o mentales que repercuten en su bienestar derivados de la atención brindada.<sup>6</sup>

El ausentismo en el trabajo, los descansos inadecuados, laborar más de ocho horas diarias, y no contar con los recursos suficientes puede desencadenar el inicio de algún trastorno mental con el paso del tiempo, ocasionando disminución en la productividad, falta de logro de metas profesionales y laborales, así como agotamiento emocional.<sup>7,8</sup> Este último generalmente es provocado por el estrés laboral

prolongado, el cual con el paso del tiempo puede generar síndrome de Burnout, el cual es definido como la sensación de agotamiento físicamente y emocionalmente acompañado de sentimientos de sobrecarga (agotamiento emocional), una actitud negativa y alejamiento del trabajo (despersonalización) y las creencias de falta de logros e incompetencia en el trabajo (realización personal).<sup>9</sup>

Factores como la satisfacción laboral, la salud y el bienestar personal, pueden ser afectados de forma negativa por el síndrome de Burnout, así mismo, la literatura ha identificado relación entre el consumo de alcohol en los trabajadores de la salud y el riesgo de desarrollar tres veces más este síndrome cuando se consume alcohol en cuatro o más ocasiones por semana, siendo un factor desencadenante el exceso de horas laborales.<sup>10,11</sup> Se ha identificado que los trabajadores de salud que presentan dificultades para sobrellevar situaciones que les generan estrés, demuestran mayor susceptibilidad hacia el consumo de alcohol para lidiar con la realidad.<sup>12</sup> Por lo tanto, es considerado factor de riesgo debido a que puede llegar a ocasionar un deterioro en el bienestar físico y mental.<sup>13</sup>

En este sentido, diversos países han reportado la presencia de este síndrome en los trabajadores de la salud como Turquía y Bulgaria, en los cuales el agotamiento emocional se presentaba en el 50% y 35% respectivamente, mostrando una asociación con el consumo de alcohol.<sup>14</sup> Particularmente en México se detectó que la despersonalización genera un efecto positivo en el consumo de alcohol, mientras que el agotamiento emocional es un factor que predice la ingesta de esta sustancia.<sup>12</sup>

Con base en lo anterior, es necesario conocer si los trabajadores de la salud son personas susceptibles a presentar síndrome de Burnout y si el mismo se asocia con el consumo de alcohol con la finalidad de poder generar estrategias de prevención en esta población.

**Objetivo:** Por este motivo, el objetivo del presente estudio es describir las características de los trabajadores de la salud, conocer los tipos de consumo de alcohol por sexo y edad e identificar si el síndrome de Burnout predice el consumo de alcohol en trabajadores de la salud de dos instituciones hospitalarias.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### *Diseño de estudio y participantes*

El presente estudio es de tipo descriptivo predictivo. La población se conformó por 865 participantes trabajadores de la salud de ambos sexos, los cuales fueron reclutados en dos hospitales de segundo y tercer nivel de atención de Nuevo León, México en los meses de Abril a Julio del año 2023.

Se incluyó a personal de Medicina y Enfermería con edad igual o mayor a 18 años. Se excluyeron estudiantes y trabajadores por contrato eventual. Mientras que se eliminaron a los participantes que no finalizaron el llenado de instrumentos.

El muestreo fue de tipo sistemático con inicio aleatorio. El tamaño muestral se obtuvo a través del paquete estadístico n´Query Advisor V4.0,15 con un nivel de confianza del 95%, un límite de error estimado de 0.05 y una potencia del 90%, obteniendo una muestra de 420 participantes.

### *Instrumentos de medición*

Se utilizó una Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol (CDPHCA), la cual incluye preguntas relacionadas con aspectos sociodemográficos y las prevalencias de consumo de alcohol.

El instrumento que se utilizó fue el Inventario de Burnout de Maslach [MBI],<sup>16</sup> consta de 22 reactivos en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo, con la finalidad de medir la frecuencia y la intensidad del desgaste. Los reactivos se distribuyen en tres factores o subescalas: agotamiento emocional (9 ítems), despersonalización (5 ítems) y realización personal en el trabajo (8 ítems).

Los reactivos se responden en términos de la frecuencia con la que el encuestado experimenta sentimientos, en una escala de 7 puntos: nunca (0), pocas veces al año o menos (1), una vez al mes o menos (2), pocas veces al mes (3), una vez a la semana (4), pocas veces a la semana (5), todos los días (6).

La subescala de agotamiento emocional valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente

por las demandas del trabajo, consta de 9 reactivos (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20) con puntuación mínima de 0 y máxima de 54.

La subescala de despersonalización valora el grado en que la persona reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento, consta de 5 reactivos (5, 10, 11, 15, 22) con puntuación mínima de 0 y máxima de 30. Mientras que la subescala de realización personal evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo, se compone de 8 reactivos (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) con puntuación mínima de 0 y máxima de 48.

El inventario ha sido validado en español reportando Alpha de Cronbach aceptables para las tres subescalas; cansancio emocional de  $\alpha = 0.87$ , realización personal  $\alpha = 0.81$ , despersonalización  $\alpha = 0.78$ .<sup>17</sup> En el presente estudio se observó un valor de Alpha de Cronbach de 0.77 para la escala total, en agotamiento emocional se reportó  $\alpha = 0.88$ , realización personal  $\alpha = 0.80$  y despersonalización  $\alpha = 0.60$ .

También se aplicó el Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol [AUDIT],<sup>18</sup> a través del cual se mide el consumo de alcohol. Se compone de diez reactivos de elección múltiple correspondientes a tres dimensiones: frecuencia y cantidad de consumo, posibilidad de dependencia y consumo nocivo de alcohol. La escala tiene un valor mínimo de 0 y un máximo de 40 puntos, lo que permite establecer puntos de corte para cada tipo de consumo; de 1 a 3 se considera un consumo de riesgo, de 4 a 7 puntos es un consumo dependiente y de 8 a 40 puntos se presenta un consumo perjudicial. Se realiza una valoración tipo Likert de 4 puntos. La escala ha reportado una consistencia interna aceptable con un Alpha de Cronbach de 0.92.<sup>19</sup> En el presente estudio se observó un valor de  $\alpha 0.85$ .

### *Procedimiento*

Se requirió la aprobación del Comité de Investigación y Ética en Investigación del IMSS en Nuevo León; así como al Comité de una institución perteneciente a la Universidad Autónoma de Nuevo León, a través de medios electrónicos. Posteriormente, se procedió a solicitar autorización a las dos instituciones hospitalarias mediante documentos impresos en papel membretado.

Una vez aprobado el estudio se solicitó un listado del personal (Medicina y Enfermería) por área o departamento y turno para realizar la invitación a participar en el estudio y aclarar cualquier duda. Se realizó una capacitación al personal de apoyo en la recolección de datos para el estudio, obteniendo dos grupos, uno por cada institución hospitalaria. Se contactó al encargado de enseñanza para solicitar autorización para realizar el estudio, posterior a eso, se realizó la selección de los participantes a través del muestreo sistemático de 1 en 3 hasta completar el tamaño de muestra.

Se realizó la invitación para participar en el estudio, se agendó cita a quienes aceptaban para la aplicación del Consentimiento Informado. Una vez leído y firmado se entregó una copia al participante, así mismo, se le entregó un sobre sellado el cual contenía los instrumentos, que se respondieron a lápiz y papel en un tiempo aproximado de 15 minutos.

El investigador estuvo al pendiente de dudas en el llenado de los instrumentos, mencionando que, si alguna pregunta les generaba incomodidad, podían posponer por un tiempo y después continuar contestándola, también tenían la libertad de abandonar el estudio en el momento que quisieran, se les informó que no recibirían gratificación o beneficio por participar en el estudio. Al finalizar el llenado se les indicó guardar los instrumentos en el sobre y lo colocaran en un recipiente, se agradeció la participación en el estudio, recordándoles que la información proporcionada era privada y confidencial.

### **Análisis de datos**

Los datos fueron analizados a través del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) versión 24. Se utilizó estadística descriptiva mediante medidas de tendencia central, dispersión y variabilidad, así como frecuencias y porcentajes, además de estadística inferencial para dar respuesta a los objetivos planteados en el estudio. Se determinó la consistencia interna de los instrumentos mediante el Coeficiente Alpha de Cronbach. De igual manera, se calculó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para establecer la distribución de las variables, a través de las cuales se determinó el uso de la estadística no paramétrica.

### **Consideraciones éticas**

La investigación se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.<sup>20</sup> Así mismo, se obtuvieron dos aprobaciones para llevar a cabo el estudio, la primera fue de los Comités de Investigación y Ética en Investigación de una institución perteneciente a la Universidad Autónoma de Nuevo León, con el registro FAEN-D-1921. La segunda aprobación fue emitida por el Instituto Mexicano del Seguro Social a través del registro R-2023-1904-148.

## **RESULTADOS**

### **Características sociodemográficas**

Referente a las características sociodemográficas de los participantes, identificando que más del 70% eran del sexo femenino, siendo el grupo de 18 a 33 años de edad quien se presenta mayor proporción (61.4%). La profesión de Enfermería predominó (93.1%). El nivel de estudios de licenciatura se identificó en mayor proporción (48.3%), mientras que la categoría laboral de enfermeros generales fue más frecuente (35.7%).

### **Características de variable**

La tabla 1 muestra las características del Inventario de Burnout de Maslach, la cual refleja la presencia del síndrome en más de la mitad de los participantes, identificando una media de 47.7 (DE= 12.7) en la escala total. Referente a las dimensiones, el agotamiento emocional reportó media de 35.5 (DE = 22.1), la despersonalización reportó media de 23.2 (DE= 20.4) y la realización personal obtuvo la media más alta con 76.8 (DE= 19.2).

### **Tipos de consumo de alcohol por sexo**

En la tabla 2 se evaluó el tipo de consumo de alcohol por sexo, mostrando diferencia significativa ( $p < 0.05$ ) en el tipo de consumo de riesgo ( $\chi^2 = 12.881$ ,  $p = 0.001$ ), consumo dependiente ( $\chi^2 = 5.621$ ,  $p = 0.018$ ) y consumo perjudicial ( $\chi^2 = 9.034$ ,  $p = 0.003$ ). Observando al sexo femenino presente en mayor proporción en los tres tipos de consumo de alcohol.

### **Tipo de consumo de alcohol por edad**

La tabla 3 muestra los tipos de consumo de alcohol por edad, identificando diferencia significativa ( $p < 0.05$ ) en dos tipos de ingesta, en el de riesgo ( $\chi^2 = 12.137$ ,  $p = 0.002$ ) y el

dependiente ( $\chi^2= 10.242$ ,  $p= 0.006$ ). Así mismo, se observa que el grupo de 18 a 33 años presenta mayor proporción de consumo en los tres tipos.

### **Correlación de variables sociodemográficas, síndrome de Burnout y consumo de alcohol**

La tabla 4 muestra los coeficientes de correlación que revelan las asociaciones entre las variables sociodemográficas, el síndrome de Burnout y el consumo de alcohol. Se encontraron relaciones positivas y significativas entre el síndrome de Burnout y el consumo de alcohol ( $r_s= 0.165$ ,  $p< 0.001$ ), esto indica que a mayor presencia del síndrome de Burnout, mayor es el consumo de alcohol entre los trabajadores de la salud. También se observaron relaciones negativas y significativas entre la edad y el síndrome de Burnout ( $r_s= -0.113$ ,  $p= 0.020$ ), así como la edad y el consumo de alcohol ( $r_s= -0.228$ ,  $p< 0.001$ ), mostrando que a menor edad, mayor será la presencia del síndrome de Burnout y consumo de alcohol.

### **Modelo de regresión lineal para el efecto del sexo, edad, nivel de estudios, síndrome de Burnout y consumo de alcohol**

La tabla 5 muestra que el modelo de regresión lineal en la que se observa que el modelo en

su conjunto fue significativo ( $F(4|19)= 9.092$ ,  $gl= 4$ ,  $p< 0.001$ ), mostrando una varianza explicada de 8.1%, dentro del modelo, el sexo ( $\beta= 1.595$ ,  $p= 0.001$ ) y el síndrome de Burnout ( $\beta= 0.055$ ,  $p= 0.002$ ) mostraron efecto positivo y significativo con el consumo de alcohol. Mientras que la edad ( $\beta= -0.079$ ,  $p= 0.001$ ) tuvo un efecto negativo y significativo con el consumo de alcohol. Sin embargo, el nivel de estudios no mostró efecto.

En el segundo modelo se aplicó el método Backward (eliminación de variables hacia atrás), en el cual se observa que el modelo en su conjunto resultó significativo ( $F(4|19)= 11.772$ ,  $gl= 3$ ,  $p< 0.001$ ), mostrando una varianza explicada del 7.8%. El sexo ( $\beta= 1.646$ ,  $p= 0.001$ ) y el síndrome de Burnout ( $\beta= 0.054$ ,  $p= 0.002$ ) mostraron efecto positivo y significativo con el consumo de alcohol. Lo que significa que los hombres reportaron mayor consumo de alcohol que las mujeres, también el síndrome de Burnout afecta el consumo del alcohol. Mientras que la edad ( $\beta= -0.084$ ,  $p= 0.001$ ) tuvo un efecto negativo y significativo con el consumo de alcohol.

**Tabla 1:** Características de Inventario de Burnout de Maslach.

Variable	n	$\bar{X}$	Mdn	DE	Valor min	Valor máx.
Escala total Burnout (MBI)	420	47.7	47.7	12.7	0.0	83.3
Dimensión Agotamiento emocional	420	35.5	33.3	22.1	0.0	94.4
Dimensión Despersonalización	420	23.2	20.0	20.4	0.0	90.0
Dimensión Realización personal	420	76.8	79.1	19.2	0.0	100

n: muestra,  $\bar{X}$ = media, Mdn= mediana, DE= desviación estándar, Valor min= valor mínimo, Valor máx.= valor máximo, MBI: Inventario de Burnout de Maslach.

**Tabla 2:** Tipos de consumo de alcohol.

Tipo de consumo/ Sexo	Masculino		Femenino		$\chi^2$	p
	f	%	f	%		
De riesgo					12.881	.001
Sí	42	21.1	157	78.9		
No	82	37.1	139	62.9		
Dependiente					5.621	.018
Sí	34	40.0	51	60.0		
No	90	26.9	245	73.1		
Perjudicial					9.034	.003
Sí	35	43.2	46	56.8		
No	89	26.3	250	73.7		

f; frecuencia, %; porcentaje  $\chi^2$ : estadístico de chi cuadrada, p: significancia estadística.

**Tabla 3:** Tipos de consumo de alcohol

Tipo de consumo/ Edad	Sí		No		$\chi^2$	p
	f	%	f	%		
De riesgo					12.137	.002
18-33 años	105	52.8	153	69.3		
34-49 años	78	39.2	58	26.2		
50-64 años	16	8.0	10	4.5		
Dependiente					10.242	.006
18-33 años	64	75.3	194	57.9		
34-49 años	20	23.5	116	34.6		
50-64 años	1	1.2	25	7.5		
Perjudicial					5.598	.061
18-33 años	59	72.8	199	58.7		
34-49 años	19	23.5	117	34.5		
50-64 años	3	3.7	23	6.8		

**Tabla 4:** Correlación de variables

VARIABLES	1	2	3
1. Edad	-	-.113*	-.228**
2. Síndrome de burnout	-	-	.165**
3. Consumo de alcohol AUDIT	-	-	-

\*: p&lt;.05, \*\*: p&lt;.001

**Tabla 5:** Modelo de regresión lineal para el efecto del sexo, edad, nivel de estudios, síndrome de burnout y consumo de alcohol.

Modelo	SC	gl	MC	F	p
Regresión	766.191	4	191.548	9.092	.001
Residuo	8742.788	415	21.067		
Total	9508.979	419			
R <sup>2</sup> = 8.1%					
Modelo 1	Coeficiente				
	β	EE	B	t	p
Constante	4.348	1.331		3.266	.001
Sexo	1.595	.494	.153	3.229	.001
Edad	-.079	.024	-.158	-3.267	.001
Nivel de estudios	-.235	.229	-.049	-1.025	.306
Síndrome de burnout	.055	.018	.147	3.094	.002
F <sub>(419)</sub> = 9.092, gl = 4, p<.001					
	SC	gl	MC	F	p
Regresión	744.077	3	248.026	11.772	.001
Residuo	8764.902	416	21.069		
Total	9508.979	419			
R <sup>2</sup> = 7.8%					

R<sup>2</sup>: determinación de coeficiente, SC: Suma de cuadrados, gl: grados de libertad, MC: Media cuadrática, F: Estadístico F, β: Beta, p: Significancia observada, EE: Error estándar, t: Estadístico prueba t.

**Continúa Tabla 5:** Modelo de regresión lineal para el efecto del sexo, edad, nivel de estudios, síndrome de burnout y consumo de alcohol.

Modelo 2	Coeficiente				
	$\beta$	EE	B	t	p
Constante	3.896	1.256		3.102	.002
Sexo	1.646	.491	.158	3.349	.001
Edad	-.084	.024	-.166	-3.511	.001
Síndrome de burnout	.054	.018	.146	3.081	.002

$F_{(4|9)} = 11.772, df = 3, p < .001$

R2: determinación de coeficiente, SC: Suma de cuadrados, gl: grados de libertad, MC: Media cuadrática, F: Estadístico F,  $\beta$ : Beta, p: Significancia observada, EE: Error estándar, t: Estadístico prueba t.

## DISCUSIÓN

El presente estudio permitió identificar algunas características de los trabajadores de la salud, conocer los tipos de consumo de alcohol por sexo y edad e identificar si el síndrome de Burnout predice el consumo de alcohol. Referente a los datos sociodemográficos, el sexo femenino predominó con edades entre 18 y 33 años, así mismo, el nivel de estudios de licenciatura se reportó en mayor proporción, lo que es similar a lo reportado por algunos autores revisados.<sup>5,8,21</sup>

En cuanto a los tipos de consumo de alcohol por sexo, se identificó diferencia significativa en los tres tipos, en donde el sexo femenino predominó. Estos datos coinciden con lo reportado por algunos autores,<sup>22,23</sup> y difiere en los datos reportados por otros autores.<sup>24,25</sup> Esto podría deberse a la disminución de la brecha en el consumo de alcohol, en donde el sexo femenino ha ido incrementando el consumo por aspectos sociales y culturales como la inclusión a espacios públicos sociales, en donde se hace el intento de replicar las mismas conductas de normalización que los hombres en la ingesta de esta sustancia como una acción positiva.<sup>26,27</sup>

Por otra parte, en los tipos de consumo de alcohol por edad se identificó diferencia significativa en los tres tipos de consumo, en donde el grupo de 18 a 33 años prevaleció, siendo similar a los resultados obtenidos por algunos autores.<sup>8,28</sup> Estos resultados pueden respaldar el hecho de que la ingesta de esta

sustancia suele iniciar en la adolescencia, etapa en la cual el desarrollo cerebral aún no finaliza, por lo tanto, a medida que pasa el tiempo, las personas que inician el consumo de alcohol a menor edad, presentan mayor vulnerabilidad a desarrollar un trastorno por consumo de esta sustancia en la adultez.<sup>2,29</sup>

En cuanto a la asociación de las variables planteadas en el estudio, se identificó relación de forma positiva en el síndrome de Burnout y el consumo de alcohol, lo que indica que, a mayor síndrome de Burnout, mayor es el consumo de bebidas alcohólicas por parte de los trabajadores de la salud, estos datos concuerdan con lo reportado por diversos autores<sup>14,30</sup> y difiere con Cortés-Álvarez et al.<sup>31</sup> Esto podría deberse a que durante de la pandemia por COVID-19 los trabajadores de la salud tenían presión psicológica debido a la carga de trabajo y a la exposición por el riesgo de contagio, aunado a eso, el hecho de no contar con un departamento de apoyo en la salud mental puede desencadenarse el consumo de alcohol como una forma de afrontamiento.<sup>8,32</sup>

Se ha documentado que algunos factores relacionados a la ingesta de alcohol en esta población, son aspectos individuales que se generan a partir de altos niveles de exposición laboral, sobrecargas de tarea, entre otros factores, lo cual ha promovido que se presenten en mayor proporción problemas de salud mental.<sup>33,34</sup>

Asimismo, el confinamiento provocado por la pandemia desencadenó la presencia de

distintos estados emocionales como estrés, preocupación, ansiedad, entre otros. Por lo cual, el alcohol fue la sustancia psicoactiva de mayor ingesta en ambos sexos y tenía la finalidad de evitar problemas en casa y sobrellevar la pandemia.<sup>35</sup>

Dentro de las asociaciones observadas en el estudio, se identificó relación de forma negativa y significativa en la edad con el síndrome de Burnout y consumo de alcohol, lo que indica que, a menor edad, mayor es la presencia de síndrome de Burnout e ingesta alcohólica de los trabajadores de la salud. Estos resultados podrían ser respaldados debido a que las personas que inician con el consumo de alcohol durante la infancia o adolescencia muestran mayor probabilidad de generar abuso o dependencia en la edad adulta, llegando a producir daños en la salud al ser considerado como parte del proceso de adquisición en la madurez, esto se presenta debido a la alteración neurocognitiva, que en etapas posteriores de la vida pueden generar problemas conductuales, emocionales y sociales.<sup>1,36</sup>

## CONCLUSIÓN

El presente estudio aporta información sobre el impacto en la salud mental en los trabajadores del área sanitaria a través de los datos obtenidos en la investigación. Dichos hallazgos indican que se presenta una asociación entre el síndrome de Burnout y el consumo de alcohol en los trabajadores de la salud de tercer nivel de atención. Referente al sexo, en los últimos años se ha evidenciado que la ingesta de alcohol en población femenina ha ido en aumento, en parte por la influencia de los pares y medios de comunicación, con la finalidad de normalizar el consumo, teniendo mayores consecuencias negativas a la salud ya que requieren de mayor cantidad de alcohol para obtener efectos similares que los hombres.

Este trabajo planteó que los trabajadores de la salud han desarrollado síndrome de Burnout y recurren al consumo de sustancias, entre ellas el alcohol como una forma de afrontamiento. Por lo cual, se plantea la necesidad de realizar estrategias para la prevención y disminución del consumo de alcohol por parte de las organizaciones

correspondientes, así como un seguimiento de la salud mental para evitar el desarrollo de otras complicaciones.

En este sentido, es necesario realizar estudios en el contexto mexicano que indaguen la relación de distintos trastornos psicológicos con el consumo de alcohol con la finalidad de plantear mecanismos de apoyo encaminados al cuidado integral. Los cuales pudieron desencadenarse a partir de la pandemia por COVID-19, la cual dejó repercusiones en la salud mental de los trabajadores sanitarios debido a que, en este periodo, el alcohol fue la sustancia psicoactiva que reportó mayor ingesta en ambos sexos.

Esta pandemia generó consecuencias, siendo necesario realizar monitoreo en la salud pública con la finalidad de formular lineamientos de política pública que responda a poblaciones como el personal de salud. Esto debe ser a través de una interacción de carácter biológico, social y cultural, con la finalidad de generar impacto en situaciones de la vida cotidiana.

## REFERENCIAS

1. World Health Organization (WHO). Alcohol. Geneva; 2022. Available in: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
2. Pan American Health Organization (PAHO). Regional status report on alcohol and health in the Americas 2020. Washington; 2020. Available in: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52705>
3. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD). Informe sobre el consumo de drogas en las Américas. Washington; 2019. Disponible en: <https://www.oas.org/ext/DesktopModules/MVC/OASDnnModules/Views/Item/Download.aspx?type=1&id=650&lang=2>
4. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM); Instituto Nacional de Salud Pública (INSP); Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC); Secretaría de Salud (SS). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol. Ciudad de México. México; 2017. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/en>

- cuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758
5. Villarreal-Mata JL, Armendáriz-García NA, Sánchez-Gómez M, Alonso MM, López KS. Inteligencia emocional, satisfacción laboral y consumo de alcohol en personal de enfermería. *Horizonte Sanitario*, 2023; 22(2), 393-399. Disponible en: <https://revistahorizonte.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/5591/4253>
  6. Aldrete MG, Navarro C, González R, León SG, Hidalgo G. Estrés y salud en personal de enfermería de una unidad de tercer nivel de atención. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 2017; 18(1), 35-43. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsaltra/cst-2017/cst171d.pdf>
  7. Londoño J, Chica OP, Marín IC. Riesgo de depresión, alcoholismo, tabaquismo y consumo de sustancias psicoactivas en personal de enfermería, de dos instituciones hospitalarias del área metropolitana de la ciudad de Medellín. *Medicina UPB*, 2017; 36(1), 34-43. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1590/159051102005/>
  8. Vázquez-Puente EO, López-García KS, Guzmán-Facundo FR, Valladares-Trujillo R, Castillo-Méndez AP. Anxiety and depressive symptoms associated with alcohol consumption in health care workers. *Horizon Interdisciplinary Journal*, 2023; 1(3), 1-17. Available in: <https://horizon-journal.com/index.php/revista/article/view/14>
  9. Maslach C, Jackson SE, Leiter M. *The Maslach burnout inventory: Manual*. Palo alto, CA: Consulting Psychologists Press.
  10. Navinés R, Olivé V, Fonseca F, Martín-Santos R. Estrés laboral y burnout en los médicos residentes, antes y durante la pandemia por COVID-19: una puesta al día. *Medicina Clínica*, 2021; 157(3), 130-140. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775321002074?via%3Dihub>
  11. Vinueza AF, Aldaz NR, Mera CM, Tapia EC, Vinueza MF. Síndrome de burnout en personal sanitario ecuatoriano durante la pandemia de la COVID-19. *Correo Científico Médico*, 2021; 25(2). Disponible en: <https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3808/1932>
  12. Domínguez-Espinosa AC, Laborda F, Polo A, Polanco C. A mediation model of self-efficacy and depression between burnout and alcohol consumption among health workers during the COVID-19 pandemic. *Covid*, 2023; 3(4), 643-654. Available in: <https://www.mdpi.com/2673-8112/3/4/46>
  13. Tao R, Hsu M, Min K, Mo D, Geng F, Xia L, et al. Alcohol misuse, health-related behaviors, and burnout among clinical therapists in China during the early Covid-19 pandemic: A nationwide survey. *Frontiers*, 2023; 11, 1-9. Available in: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2023.1084259/full>
  14. Alexandrova-Karamanova A, Todorova I, Montgomery A, Panagopoulou E, Costa P, Baban A, et al. Burnout and health behaviors in health professionals from seven European countries. *Occupational and Environmental Health*, 2016; 89, 1059-1075. Available in: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00420-016-1143-5>
  15. Elashoff J. *nQuery Advisor Version 7.0 user's guide*. Los Ángeles, CA. Available in: <https://knowledgebase.statsols.com/s/article/nQuery-Manuals>
  16. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behaviour*, 1981; (2). Available in: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/job.4030020205>
  17. Moreno-Jiménez B, Meda-Lara RS, Morante-Benadero ME, Rodríguez-Muñoz A, Palomera-Chávez A. Validez factorial del inventario de burnout de psicólogos en una muestra de psicólogos mexicanos. *Latinoamericana de psicología*, 2006; 38(3), 445-456. Disponible en: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-05342006000300001](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342006000300001)
  18. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. *Audit: the alcohol use disorder identification test: guidelines for use in primary health care (2nd ed)*. World Health Organization. 2001. Available in: <https://iris.who.int/handle/10665/67205>
  19. De la Fuente JR, Kershenobich DI. El alcoholismo como problema médico. *Rev. Fac. Med. UNAM*, 1992; 35(2), 47-51. Disponible en: <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/view/74093>
  20. Secretaría de Gobernación (SEGOB). *Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud*. Diario Oficial de la Federación (DOF). México; 2014. Disponible en: [https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf)
  21. Álvarez L, Frías J, Fernández J, Díaz M. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascu-

- lares en trabajadores de un hospital terciario de Madrid. *Rev Asoc Esp Espec Med Trab*, 2020; 29(4), 274-288. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/medtra/v29n4/1132-6255-medtra-29-04-274.pdf>
22. Londoño J, Álvarez M. Consumo de sustancias psicoactivas en auxiliares de enfermería. *Cuidarte*, 2017; 8(2), 1591-1598. Disponible en: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/378>
  23. Thiebaud P-C, Martin C, Naouri D, Le Joncour A, Truchot J, Yordanov Y. Alcohol consumption among French physicians: A cross-sectional study. *Drug and alcohol dependence*, 2021; 218, 1-7. Available in: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0376871620305214>
  24. León-Seminario CA, Peña-Sánchez R. Consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de medicina en departamento de Lambayeque. *Cuerpo Médico HNAAA*, 2018; 11(1), 12-17. Disponible en: [https://docs.bvsa-lud.org/biblioref/2020/03/1051734/rcmv11-n1-2018\\_pag12-17.pdf](https://docs.bvsa-lud.org/biblioref/2020/03/1051734/rcmv11-n1-2018_pag12-17.pdf)
  25. Osorio AC, Alvarado AC, Rodríguez EB. Consumo de alcohol en profesionales de la salud en una institución prestadora de servicios de salud en Bogotá en el año 2019. *Rev. Científica de Enfermería*, 2020; 9(2). <https://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN/issue/view/11>
  26. Keraye I, Maleki N, Hassan N, Yunusa I. Trends in alcohol-related death by sex in US, 1999-2000. *JAMA*, 2023; 6(7), 1-14. Available in: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/issue/6/6>
  27. White A. Gender differences in the epidemiology of alcohol use and related harms in the United States. *Alcohol Research*, 2020; 40(2), 1-13. Available in: <https://arcr.niaaa.nih.gov/volume/40/2/gender-differences-epidemiology-alcohol-use-and-related-harms-united-states>
  28. Wijeratne C, Johnco C, Draper B, Earl J. Older physician's reporting of psychological distress, alcohol use, burnout and workplace stressors. *Geriatric psychiatry*, 2021; 29(5), 478-487. Available in: [https://www.ajgp-online.org/article/S1064-7481\(20\)30480-2/fulltext](https://www.ajgp-online.org/article/S1064-7481(20)30480-2/fulltext)
  29. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIH). Alcohol's effects on health. United States; 2023. Available in: <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/underage-drinking>
  30. Fischer A, Korsdal J, Henrik N, Christensen B, Vedsted P. Risky alcohol use in Danish physicians: associated with alexithymia and burnout?. *Drug and alcohol*, 2016; 160, 119-126. Available in: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0376871616000338?via%3Dihub>
  31. Cortés-Álvarez NY, Vuelvas-Olmos CR. COVID-19: Psychological effects and associated factor in Mexican nurses. *Disaster medicine and public health preparedness*, 2020; 1-7. Available in: <https://www.cambridge.org/core/journals/disaster-medicine-and-public-health-preparedness/article/covid-19-psychological-effects-and-associated-factors-in-mexican-nurses/BD91C9DC-11159C8C4AC3A88F0F79F517>
  32. Barello S, Palamenghi L, Graffigna G. Burnout and somatic symptoms among front line healthcare professionals at the peak of the Italian Covid-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 2020; 290, 1-4. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7255285/>
  33. García-Álvarez L, Fuente-Tomás L, García-Portilla MP, Sáiz PA, Moya C, Dal Santo F, et al. Early psychological impact of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) pandemic and lockdown in a large Spanish sample. *Journal of global health*, 2020; 10(2), 1-15. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33110588/>
  34. Silva-Gomes RN, Silva-Gomes VT. Covid-19 pandemic: Burnout syndrome in healthcare professionals working in field hospitals in Brazil. *Enfermería Clínica*, 2021; 31(2), 128-129. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7862880/>
  35. Secretaría de Salud (SS); Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC). Observatorio mexicano de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas; Informe sobre la situación de la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas en México 2021. Ciudad de México; 2021. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/648021/INFORME\\_PAIS\\_2021.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/648021/INFORME_PAIS_2021.pdf)
  36. Portela AL, Garcia LF, Goldim JR. Adolescencia vulnerable: factores biopsicosociales relacionados al uso de drogas. *Rev. Bioética*, 2015; 23(2), 316-324. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/LLkVPksnwdZLWZ-5FycrXz6r/?lang=pt>

## La Ciencia del Cuidado: Una visión a las necesidades de Enfermería

*The Science of Care: A vision of Nursing needs*

Sylvia Claudine Ramírez Sánchez\*, Rosalía Silva Maytorena\*\*, Pedro Moisés Noh Moo\*\*\*, Roberto Tirado Reyes\*\*\*\*



### RESUMEN

La Enfermería desempeña un papel crucial en el panorama global de la salud y se enfrenta constantemente a desafíos y avances. A pesar de su importancia evidente, aún necesita mayor reconocimiento y atención. En contraste con los estándares de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos), México enfrenta una notable escasez de personal de Enfermería, lo que perjudica la igualdad en el acceso a la atención médica y la calidad del servicio, especialmente en áreas remotas y desfavorecidas. La carga laboral excesiva es otro obstáculo que afecta la calidad y seguridad del cuidado, destacando la necesidad urgente de políticas que promuevan la inversión en la formación y contratación de enfermeras. El lema del Consejo Internacional de Enfermeras subraya la importancia económica y social de esta profesión, reconociendo su diversidad de especialidades y la necesidad continua de actualización profesional. La investigación en Enfermería, respaldada por enfoques basados en evidencia y prácticas avanzadas, es esencial para mejorar los estándares de atención y respaldar políticas sanitarias efectivas. La formación ética y completa es crucial para abordar los desafíos cambiantes en la práctica, como se evidenció durante la pandemia. La versatilidad de la Enfermería abarca desde la gestión hospitalaria hasta la investigación de enfermedades emergentes, resaltando su papel integral en el sistema de salud. Reflexionar sobre el futuro de esta profesión, manteniendo el enfoque en la ciencia del cuidado, es esencial para su desarrollo y relevancia continua.

**Palabras clave:** consejo internacional de enfermeras, enfermería.

### ABSTRACT

Nursing plays a crucial role in the global health landscape and is constantly confronted with challenges and advancements. Despite its evident importance, it still requires greater recognition and attention. In contrast to OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) standards, Mexico faces a notable shortage of nursing staff, which undermines equality in access to healthcare and service quality, especially in remote and disadvantaged areas. Excessive workload is another obstacle affecting the quality and safety of care, underscoring the urgent need for policies promoting investment in nurse education and recruitment. The International Council of Nurses'

\*Doctorando en Educación, Universidad del Pacífico Norte, Coordinadora de Programas de Enfermería en Investigación, IMSS, Coordinación de Investigación en Salud, División de Investigación Clínica. Grupo de Investigación

\*\*Doctorando del programa Doctorado en Educación y Estadística, Universidad Santander. Coordinadora de Cursos de Enfermería, Escuela de Enfermería IMSS Tijuana.

\*\*\*Doctorando en ciencias en Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. IMSS, UMF No. 12 de Carmen, Campeche. Profesor e investigador de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Carmen.

\*\*\*\*Doctor en Educación. Coordinador del programa de Maestría, Facultad de Enfermería Culiacán, Universidad Autónoma de Sinaloa. Enfermero en Medicina de Familia, IMSS.

Grupo de Investigación "La Ciencia del Cuidado"

**Citar como:**  
Ramírez Sánchez SC, Maytorena RS, Noh Moo PM, Tirado Reyes R  
La Ciencia del Cuidado: Una visión a las necesidades de Enfermería  
Rev CONAMED 2024; 29(1): 91-94.

**Conflicto de intereses:**  
"Los autores declaramos no tener intereses personales, comerciales, financieros o económicos directos o indirectos, ni conflictos de interés de cualquier índole que pudieran representar un sesgo para la información presentada en este artículo".

**Financiamiento:** no existió financiamiento.

motto emphasizes the economic and social significance of this profession, acknowledging its diversity of specialties and the ongoing need for professional development. Nursing research, supported by evidence-based approaches and advanced practices, is essential for enhancing care standards and supporting effective health policies. Ethical and comprehensive training is crucial for addressing evolving challenges in practice, as evidenced during the pandemic. The versatility of nursing spans from hospital management to emerging disease research, highlighting its integral role in the healthcare system. Reflecting on the future of this profession while maintaining a focus on the science of care is essential for its ongoing development and relevance.

**Keywords:** international council of nurses, nursing.

En los sistemas de salud a nivel mundial, el profesional de Enfermería desempeña una función primordial, dado que sus cuidados constituyen la piedra angular de la salud de muchos usuarios que demandan atención. La Enfermería, como disciplina ha enfrentado sus propios conflictos rompiendo paradigmas y pensando científicamente, se ha enfrentado con momentos históricos en los cuales su capacidad de adaptación, le ha permitido ejercer su liderazgo y pensamiento, dado que se encuentra inmersa en un progreso constante (Meleis, 2011).<sup>1,2</sup> Sin embargo, aún existen condiciones en las cuales se debe trabajar para lograr que la práctica profesional de las y los enfermeros sea reconocida, apoyada y se invierta en ella, a fin de empoderar al gremio.

En las cifras más recientes de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, (OCDE), el indicador de enfermeras es de 8.8 por cada 1,000 habitantes, mientras que México se encuentra por debajo del indicador establecido tan solo con 2.9 enfermeras laborando por cada 1,000 habitantes,<sup>3</sup> esta condición genera falta de justicia social en el acceso a la atención, al haber una escasez de enfermeras y enfermeros esto impacta en la atención de calidad y desde luego quienes se ven más afectados son las personas en áreas más remotas o de bajos recursos, pues tienen menor acceso a los servicios de salud. Asimismo hay mayor carga de trabajo

para el personal de Enfermería y esto afecta su capacidad para brindar una atención de calidad, además que puede generar el riesgo de errores por agotamiento profesional, por lo tanto, es importante abordar esta escasez a través de políticas y acciones que promueven una mayor inversión tanto en la educación como en la generación de empleo para enfermeros y enfermeras con mejores condiciones laborales a fin de retener a este personal de salud, ya que también se ha descrito que otros países requieren del recurso humano calificado que genera nuestro país.<sup>4</sup>

A principios del 2024, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE),<sup>5</sup> eligió el lema: "Nuestras enfermeras, nuestro futuro: El poder económico de los cuidados". Y no pudieron elegir un tema mejor, para crear la conciencia y demostrar que la inversión de manera estratégica puede aportar considerables beneficios tanto económicos como sociales al grupo de Enfermería. Las áreas donde se desempeñan estos profesionales son muy diversas; abarcan diferentes especialidades que van desde la atención primaria: es decir los cuidados a las familias e individuos inmersos en la comunidad o bien la Enfermería clínica donde el cuidado es directo con los pacientes primordialmente con las especialidades como: Geriátrica, Neonatología, Nefrología, Oncología, Pediatría, Cardiología, así como algunas subespecializaciones que permiten otorgar un cuidado aún más especializado. Y por lo cual las enfermeras deben capacitarse de manera continua a fin de mantenerse a la vanguardia del conocimiento.

Otra área de igual importancia es la investigación cuya función se ve reflejada en las anteriores con la Enfermería Basada en Evidencia (EBE), y la Enfermería de Práctica Avanzada (EPA),<sup>6</sup> ambas componentes clave de la evolución de la profesión de la Enfermería; y enfocadas en proveer una atención más efectiva segura y centrada en el paciente; y de la que se desprenden múltiples aristas que contribuyen al avance de la profesión permitiendo la construcción de una evidencia científica para el cuidado, generando el conocimiento que permite sustentar las acciones e intervenciones efectivas, eficientes y que mejoran la calidad de la atención de los usuarios, desarrollando nuevas técnicas e intervenciones, lo anterior

es de gran utilidad para la conformación de políticas en salud, por consiguiente los hallazgos en la investigación de Enfermería, pueden influir en dichas políticas ayudando a los tomadores de decisiones sobre la atención en salud y la asignación de financiamientos. , Pero no debemos olvidar la importancia de la educación y la capacitación, porque es muy importante invertir en ellas para garantizar que los recursos humanos que egresan de las escuelas y facultades tengan las competencias, habilidades y conocimientos necesarios para llevar a cabo la práctica de Enfermería con una conducta ética y apegada a los derechos humanos siendo incluyente, dado que en la actualidad el profesional de Enfermería debe tener la capacidad de poder impartir el cuidado a un individuo desde recién nacido hasta un paciente geriátrico e incluyendo a los pacientes con capacidades diferentes; la pasada pandemia dejó evidente que el profesional de Enfermería debe prepararse para atender este tipo de pacientes, para comprender sus necesidades y atenderlas de manera oportuna.<sup>9</sup>

Hoy en día, la Enfermería es de las profesiones más completas debido a que puede administrar un complejo hospitalario, brindar atención a un paciente en estado crítico, investigar sobre las enfermedades emergentes e impartir cátedra al equipo multidisciplinario de la salud. Sin embargo, es importante reflexionar sobre el futuro y la razón de ser de la Enfermería, las nuevas áreas donde se desarrollarán las intervenciones para beneficio de la población, desde luego sin perder de vista la ciencia del cuidado.

La importancia de desarrollar e implementar nuevas estrategias educativas se destaca debido a la necesidad de formar profesionales competentes con una visión holística y transcultural. Estas estrategias deben estar basadas en un enfoque interdisciplinario e integrador que responda a las demandas actuales generadas por los continuos cambios políticos, económicos, científicos, tecnológicos, sociales y culturales. Además, es crucial fortalecer el liderazgo de los profesionales de Enfermería en la planificación y toma de decisiones relacionadas con el diseño de políticas públicas de salud.

El papel educativo de la Enfermería a través de las instituciones de educación superior

es prioritario para la formación de estudiantes, tanto a nivel pregrado como posgrado, con un alto nivel de competencia. Invertir en la formación y capacitación de los profesionales de Enfermería representa una contribución significativa a la expansión rápida, rentable y de alta calidad de la cobertura sanitaria universal. Esto fortalece valores como la justicia social, solidaridad y unidad entre los diversos segmentos de la población en busca del bienestar biopsicosocial de la sociedad mexicana.

Dado que la Enfermería puede intervenir en todas las etapas del ciclo vital humano, se reconoce su importancia como pilar fundamental en la prestación de servicios de salud a individuos, familias y comunidades. Por lo tanto, se considera que la disciplina de Enfermería desempeña un papel crucial en el sistema de atención sanitaria, contribuyendo al bienestar integral de la sociedad, desde luego sin perder de vista la ciencia del cuidado.

Expresamos como integrantes del Grupo de Investigación “La Ciencia del Cuidado” que no contamos con financiamiento para el presente artículo, por lo cual no existe conflicto de intereses.

## REFERENCIAS

1. Román F. La enfermería: una reflexión sobre su futuro y su razón de ser. *Temperamentvm* [Internet]. 2020 [citado el: 2024 Feb 08] ; 16: e13196. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S169960112020000100020&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169960112020000100020&lng=es). Epub 06-Jun-2022.
2. Valencia- Contrera M. Modelos y teorías de enfermería y su aplicación en la Práctica e investigación. *HorizEnferm.*[Internet].2022 [citado el: 2024 Feb 26]; <https://orcid.org/0000-0002-4943-5924>
3. Health at a Glance 2021: OECD Indicators. <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance.htm>
4. Fernández-Sánchez H, Enríquez-Hernández CB, Zapíen Vázquez M de los Ángeles, Horcasitas-Tovar AG. Emigración de profesionales de enfermería en México. *Revista Cuidarte* [Internet]. 19 de febrero de 2021 [citado el: 8 de febrero de 2024];12(1). Disponible en: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/2008>
5. CIE. Anuncio del tema del Día Internacional de la Enfermera 2024 Nuestras enfermeras. Nuestro futuro. El poder económico de los cuidados [Internet]. CIE - Consejo Internacional

- de Enfermeras. 2024 [citado el: 08 feb 2024]. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/noticias/anuncio-del-tema-del-dia-internacional-de-la-enfermera-2024-nuestras-enfermeras-nuestro>
6. Silva Galleguillos Amalia, Beneit Montesinos Juan Vicente, Velasco Sanz Tamara Raquel, Rayón Valpuesta Esperanza. ENFERMERIA BASADA EN LA EVIDENCIA: REVISIÓN DE ALCANCE. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2021 [citado el: 2024 Feb 08] ; 27: 43. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532021000100307&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532021000100307&lng=es). Epub 28-Ene-2022. <http://dx.doi.org/10.29393/ce27-42ebae4004>
  7. Ramírez-Sánchez Sylvia Claudine, Pérez-Solís Olivia Milagros, Lozano-Rangel Olga. Perspectiva de la Investigación en Enfermería: El caso México. *Ene.* [Internet]. 2019 [citado el: 2024 Feb 08]; 13( 4 ): 1349. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988348X2019000400008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988348X2019000400008&lng=es). Epub 01-Jun-2020.
  8. Jiménez-Sánchez J. Reflexiones sobre la investigación de Enfermería en México. *Enferm. univ* [revista en la Internet]. 2014 Dic [citado el: 2024 Feb 08] ; 11( 4 ): 117-118. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632014000400001&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632014000400001&lng=es)
  9. Cruz Ortiz Maribel, Pérez Rodríguez M<sup>a</sup> del Carmen, Jenaro Río Cristina. Enfermería y discapacidad: una visión integradora. *Index Enferm* [Internet]. 2010 Sep [citado el: 2024 Feb 08]; 19( 2-3 ): 177-181. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113212962010000200023&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962010000200023&lng=es)

# REVISTA CONAMED

## Bibliotecas e Índices

**Biblioteca electrónica de la Universidad de Heidelberg, Alemania**

<https://ezb.uni-regensburg.de/ezeit/search.phtml?bibid=UBHE&colors=3&lang=de>

**Biblioteca de la Universidad de Bielefeld, Alemania**

<https://ub-bielefeld.digibib.net/eres>

**Biblioteca de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Artes, Hochschule Hannover (HSH), Alemania**

<https://www.hs-hannover.de/ueber-uns/organisation/bibliothek/literatursuche/elektronische-zeitschriften/?libconnect%5Bsubject%5D=23>

**Biblioteca del Instituto de Investigaciones Biomédicas, UNAM**

<http://www.revbiomedicas.unam.mx/>

**Biblioteca del Instituto de Biotecnología UNAM**

<http://www.biblioteca.ibt.unam.mx/revistas.php>

**Biblioteca de la Universidad de Regensburg, Alemania**

<https://ezb.uni-regensburg.de/>

**Biblat (Bibliografía Latinoamericana en revistas de investigación científica y social) UNAM**

<https://biblat.unam.mx>

**CROSSREF**

[https://search.crossref.org/?from\\_ui=&q=2007-932X&sort=year](https://search.crossref.org/?from_ui=&q=2007-932X&sort=year)

**Fundación Ginebrina para la Formación y la Investigación Médica, Suiza**

[https://www.gfmer.ch/Medical\\_journals/Revistas\\_medicas\\_acceso\\_libre.htm](https://www.gfmer.ch/Medical_journals/Revistas_medicas_acceso_libre.htm)

**Google Académico**

<https://scholar.google.es>

**Library of the Carinthia University of Applied Sciences (Austria)**

<https://ezb.uni-regensburg.de/ezeit/fl.phtml?bibid=FHTK&colors=7&lang=en>

**Max Planck Institute for Comparative Public Law and International Law**

<https://ezb.uni-regensburg.de/ezeit/index.phtml?bibid=MPIV&colors=7&lang=en>

**PERIODICA (Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias) UNAM**

<https://periodica.dgb.unam.mx>

**Research Institute of Molecular Pathology (IMP)/ Institute of Molecular Biotechnology (IMBA)**

**Electronic Journals Library, Viena, Austria**

<https://ezb.uniregensburg.de/ezeit/index.phtml?bibid=IMP&colors=7&lang=n>

**Scilit (scientific literature) base de datos de trabajos académicos**

[https://www.scilit.net/wcg/container\\_group/105018](https://www.scilit.net/wcg/container_group/105018)

**Virtuelle Bibliothek Universität des Saarlandes, German**

<https://ezb.uni-regensburg.de/ezeit/search.phtml?bibid=SULB&colors=7&lang=de>

**Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin WZB**

<https://www.wzb.eu/de/literatur-daten/bereiche/bibliothek>

# Modelo del Cuidado de ENFERMERÍA



Es una representación metodológica y estandarizada que sirve de guía para la aplicación de la práctica, con la implementación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

## Razonamiento clínico

De inicio a fin durante todo el proceso.



## FASES

### Valoración

Reúne datos objetivos y subjetivos.

1

FASE

### Diagnóstico

Implica juicio clínico, identifica problemas reales o potenciales.

2

FASE

### Planeación

Toma de decisiones y priorización de intervenciones.

3

FASE

### Ejecución

Intervenciones dependientes e independientes.

4

FASE

### Evaluación

Comprobación y medición de los resultados, establece nuevas metas.

5

FASE

El PAE es un proceso sistemático, continuo y ordenado, en donde el profesional de Enfermería recoge e interpreta la información sobre el estado de salud de la persona, familia o comunidad.



El paciente es considerado el eje central del cuidado desde un punto de vista holístico e integral, aplicable en los tres niveles de atención en salud.



Favorece la toma de decisiones durante la atención ambulatoria y hospitalaria, creando autonomía en Enfermería.



La taxonomía NANDA, NIC y NOC, está diseñada para estandarizar el lenguaje de Enfermería. Es una herramienta utilizada dentro de todo el proceso de atención y sirve de apoyo para la práctica profesional y la mejora constante de los cuidados otorgados.

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.



**CONAMED**  
COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

Av. Marina Nacional #60, Piso 14, Alc. Miguel Hidalgo, Colonia Tacuba, 11410,  
Ciudad de México  
Teléfono 5554207000  
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

**<http://www.conamed.gob.mx/gobmx/revista/revista.php>**



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

 **CONAMED**  
COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO