

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía  
Manuel Velasco Suárez



# Revista de Enfermería Neurológica

Volumen 13, No.1 enero - abril 2014



---

**Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía  
Manuel Velasco Suárez**

# ***Enfermería Neurológica***



**CONSEJO**

Dr. Julio Sotelo  
Presidente Emérito

**EDITOR**

MRN. Rocio Valdez Labastida

**FUNDADORA DE LA REVISTA**

Enf. Neurol. Hortensia Loza Vidal

**EDITORIA ADJUNTA**

MCE Angélica Guadalupe Dávalos Alcázar

**EDITORES ASOCIADOS**

Dra. Teresa Corona Vázquez  
Dr. Humberto Mateos Gómez

**CONSEJO EDITORIAL**

Miguel Ángel Celis López  
Dr. Nicasio Arriada Mendicoa  
Ma. Lucinda Aguirre Cruz

**DISEÑO Y FORMACIÓN EDITORIAL**

Graphimedic, S. A. de C. V.

**Comité Editorial**

Dora Lucía Gaviria Noreña  
(Colombia)

Isabel Silva Quiroga  
(Uruguay)

Klara Stensing  
(Suecia)

Sofía Cheverría Rivera  
(San Luis Potosí)

María Elsa Rodríguez Padilla  
(San Luis Potosí)

Alejandro Belmont Molina  
(INNN)

Mtra. Sylvia Claudine Ramírez Sánchez  
(IMSS, Siglo XXI)

Dra. Silvia Crespo Knopfler  
(Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, FESZ UNAM)

Dra. Susana González Velázquez  
(Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, FESZ UNAM)

MHEO Alejandra Ibarra Rangel  
(INNN)

MEE Ma. Guadalupe Nava Galán  
(INNN)

Lic. Enf. Irene Quiza Tomich  
(INNN)

MEE Araceli Sánchez Ramos  
(INNN)

MEE Sara Santiago García  
(INNN)

MEE Rosa A. Zárate Grajales  
(Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia ENEO-UNAM)

---

*La Revista de Enfermería Neurológica (México) 2014, presenta material científico que deriva de la investigación relacionada con las neurociencias en enfermería. Esta revista inicia en enero 2002. Los manuscritos para publicación, correspondencia relativa al material editorial y cartas al editor, se enviarán a la Subdirección de Enfermería a la MCE Angélica Guadalupe Dávalos Alcázar, en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, con domicilio en: Av. Insurgentes Sur # 3877, Col. La Fama. 14269 México, D.F. Tel. 56.06.38.22, exts. 1062, 1063, 2099 y 5031. Todos los artículos recibidos son propiedad de la Revista de Enfermería Neurológica no significa compromiso de ésta para con los productos o servicios descritos en el anuncio o cualquier información hecha por el anunciante con respecto a su producto. Queda prohibida su reproducción parcial o total, sin autorización del titular por escrito.*

*Todas las afirmaciones y opiniones expresadas en la revista son responsabilidad única y exclusiva de los autores, así como las fotografías que aparecen en cada uno de los artículos. Licitud de título 04-2004-051117043800-102, de control ante la Dirección General de Derechos de Autor, SEP coord.inv. enf@innn.edu.mx subdireccionenfermeriainnn@yahoo.com.mx rev.enf.neurol@gmail.com*

*Diseñada, producida e impresa en México por Graphimedic, S.A. de C.V. Tels.: 8589-8527 al 1. E-mail emyc@medigraphic.com*

*Indizada y compilada en  literatura biomédica [www.medigraphic.com/enfermerianeurolologica](http://www.medigraphic.com/enfermerianeurolologica)*

---

---

# REVISTA DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA  
MANUEL VELASCO SUÁREZ



## CONTENIDO

### Editorial

Enfermería Neurológica: un compromiso profesional e intelectual 4  
*Angélica Gpe. Dávalos Alcázar*

### Artículos originales

“Después del maltrato infantil... una vida continúa” 5  
Relatos de vida acerca de los cuidadores de crianza y las experiencias de acoger a un infante maltratado  
*Sara Santiago García*

El plan de alta de enfermería y su impacto en la disminución de reingresos hospitalarios 12  
*Eloísa Tixtha López, Adela Alba Leonle, Miguel Ángel Córdoba Ávila, Esther Mabuina Campos Castolo*

La importancia del lavado de manos por parte del personal a cargo del cuidado de los pacientes hospitalizados 19  
*Adela Alba Leonel, Guillermo Fajardo Ortiz, Joaquín Papaqui Hernández*

### Artículo de revisión

Precauciones del aislamiento de los pacientes con enfermedades transmisibles en una institución de tercer nivel 25  
*Gloria Ortiz López, Ricarda Miranda Tinoco, María Guadalupe Lara Martínez*

### Temas selectos

Clínica de heridas y estomas, una propuesta de enfermería especializada 31  
*María Teresa Arroyo Hernández*

La aplicación de la tecnología educativa en la formación del capital humano en enfermería 33  
*Angélica Guadalupe Dávalos Alcázar, Dolores García Salinas*

### Caso clínico

Aplicación de un Plan de Cuidados Enfermeros utilizando el modelo de Virginia Henderson (catorce necesidades) a una persona que presenta lesiones causadas por pénfigo vulgar 37  
*Laura Navarrete Cortéz, Sara Santiago García*

### Ensayo

Aspectos socioculturales que influyen en los accidentes laborales en los trabajadores de la salud 43  
*Araceli Sánchez Ramos*

---

---

# REVISTA DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA  
MANUEL VELASCO SUÁREZ



## CONTENTS

### Editorial

- Nursing, a professional commitment and intellectual 4  
*Angélica Gpe. Dávalos Alcázar*

### Original articles

- “After the child abuse... a life continues” 5  
Life stories about caregivers of aging and the experiences of hosting a infante mistreated  
*Sara Santiago García*
- The nursing discharge plan and its impact on the reduction of hospital readmissions 12  
*Eloísa Tixtha López, Adela Alba Leonle, Miguel Ángel Córdoba Ávila, Esther Mabuina Campos Castolo*
- The importance of hand washing by staff caring of hospitalized patients 19  
*Adela Alba Leonel, Guillermo Fajardo Ortiz, Joaquín Papaqui Hernández*

### Review

- Isolation precautions in patients with communicable diseases in a third-level institution 25  
*Gloria Ortiz López, Ricarda Miranda Tinoco, María Guadalupe Lara Martínez*

### Selected Topics

- Clininc of wounds and stomata, a proposal for specialized nursing 31  
*María Teresa Arroyo Hernández*
- The educational technology application in capital formation in nursing human 33  
*Angélica Guadalupe Dávalos Alcázar, Dolores García Salinas*

### Clinical case

- Implementation of a plan of care using the model of Virginia Henderson (fourteen needs), to a person who presents lesions caused by pemphigus vulgaris 37  
*Laura Navarrete Cortéz, Sara Santiago García*

### Assay

- Socio-cultural aspects that influence in occupational accidents in health care workers 43  
*Araceli Sánchez Ramos*

## Enfermería Neurológica: un compromiso profesional e intelectual

### Nursing, a professional commitment and intellectual

**E**n este año nuestra institución festeja su 50 aniversario de progreso y evolución, en los cuales se han plasmado los avances de las neurociencias. En este año también cumplimos doce años de editar la *Revista de Enfermería Neurológica*, así como el décimo aniversario de promover y congrega a investigadores en la reunión de investigación en enfermería. Al dar una mirada al pasado nos damos cuenta que lo que inició con una idea, poco a poco se ha ido conformando en un medio de comunicación y difusión entre profesionales de esta disciplina.

El llevar a cabo esta labor vislumbra un desafío a diario, pues el despertar la atención e interés del lector, el atraer su curiosidad como profesional enfermero, el conformar una idea principal y el establecer la logística de la creación de una revista en donde su contenido y su diseño, así como su formato es atractivo para adentrarte en ella.

Esta labor establece el compromiso profesional e intelectual que involucra a diferentes actores, entre ellos, el editor, mismo que cuenta con el apoyo del comité editorial que da forma y estructura a nuestra revista y, que a partir del profesional en el área de la salud interesado y comprometido tanto en compartir como en difundir sus ideas, preceptos, y nuevos conocimientos establece entre el editor e investigador un vínculo profesional que hace que se fortalezca el quehacer fundamental de la revista.

El hacer que ésta sea una publicación que se divulgue y cumpla su cometido como medio de difusión y transformación a profesionistas, estudiantes e interesados en el área ha sido, en la última década, el enfoque de las mujeres visionarias, entre las que se encuentran la enfermera neurológa, Hor-

tensia Loza Vidal, Fundadora de la *Revista de Enfermería Neurológica* y las editoras, que por diferentes etapas, dieron cimientos y directriz a lo que es hoy nuestra revista, entre ellas la Licenciada Nidia Coronado García, MEE. Araceli Sánchez Ramos y MEE. María Guadalupe Nava Galán, profesionistas comprometidas del devenir y porvenir de los avances de la *Revista de Enfermería Neurológica*.

Es a bien considerar que como toda publicación, ésta debe contar con elementos de innovación que impriman el interés del profesional, en donde el acervo cultural y el cúmulo de conocimientos aunado con la experiencia en el área de las neurociencias como en el cuidado especializado, den cauce a su realización, así como el motivar e incentivar a las nuevas generaciones de enfermeros e involucrar a profesionistas que día a día aportan grandes enseñanzas a la enfermería. Es aquí donde se centra la función especial de la revista, la cual es atraer al personal profesional que ya ejerce profesionalmente y que cuenta con un bagaje de conocimientos invaluable, aunado a ello su experiencia profesional y, donde como grupo investigador en enfermería, vislumbra la incorporación a mediano plazo. El saber que, si bien la investigación como la matemática es considerada como ciencia elitista, esta percepción debe ser modificada, inicialmente desde la perspectiva de la instrucción, la enseñanza y la inclusión, y en este punto al incluirte ya formas parte, fomentando una relación cordial y benéfica para incursionar a una de las funciones esenciales del profesional enfermero, que es la investigación en enfermería.

MCE. Angélica Gpe. Dávalos-Alcázar

---

Correspondencia: MCE. Angélica Gpe. Dávalos-Alcázar. E-mail: [angelicadavalos10@gmail.com](mailto:angelicadavalos10@gmail.com)

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

---

“Después del maltrato infantil... una vida continúa”.

## Relatos de vida acerca de los cuidadores de crianza y las experiencias de acoger a un infante maltratado

*Sara Santiago García\**

### RESUMEN

En el presente artículo doy a conocer la experiencia de cuáles son algunas de las situaciones vivenciales por las que atravesaron los cuidadores de crianza al aceptar cuidar a un niño que se encontró en situación de abandono y maltrato, producto de la investigación cualitativa que se llevó a cabo en el año 2010 en un estudio de casos. Para iniciar con este cometido iniciaré con una pregunta, a saber ¿cómo cuidan a un niño/niña lactante maltratado algunas personas que decidieron recibirlo en su núcleo familiar, después de que éste ha sido dado de alta de una institución de salud? El acercamiento sobre este tema es poco conocido en el ámbito social y de salud en México. Es por esta relación de saberes en los contextos social, salud, psico-emocional e histórico familiar del saber de la importancia, la pertinencia y la preocupación de conocer esta realidad infantil. Hasta en años recientes la disciplina de enfermería se incorporó y formó parte del trabajo interdisciplinario y multidisciplinario de investigación en salud en situaciones de maltrato infantil e inició por cuestionar y preocuparse por este tipo de situaciones, generando algunos puntos de importancia que deben ser tratados más ampliamente sobre las formas en que las familias acogedoras brindan protección temporal del los menores maltratados.

**Palabras clave:** Cuidadores de crianza, acogimiento infantil, maltrato infantil.

“After the child abuse... a life continues”.

## “Life stories about caregivers of aging, and the experiences of hosting a infante mistreated”

### ABSTRACT

In this article I shared the experience of what some of the experiential situations for which spanned foster carers, to take care of a child who is in a state of neglect and abuse. As a result of qualitative research that was carried out in 2010, in case studies. To start with this task shall begin with a question: How to care for an abused infant, some people decided to get it in your nuclear family, after the infant has been released from a health facility? The approach on this is little known in the social and health in Mexico. That's why logical relationship, the importance of knowledge, the pertinence and the concern of know the reality. Even in recent years the discipline of nursing, incorporates part in inter-and multidisciplinary research in health in situations of child abuse, and begins to question and worry about these types of situations, generating

---

\* *Doctorante del postgrado en Antropología Física, INAH, ENAH.*

*Correspondencia: Mtra. Sara Santiago García. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía  
«Manuel Velasco Suárez». E-mail: santiago90\_03@yahoo.com.mx*

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

---

some important points that must be treated more broadly about the ways that foster families provide temporary protection of abused children.

**Key words:** Foster carers, child care, child abuse.

## MARCO TEÓRICO

En nuestro país, hasta el siglo XX con la entrada de la Convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas, la niñez<sup>1</sup> (como concepto) apenas fue reconocida como una etapa con sus propias características y necesidades y, apenas, se reconoce al niño como una persona con derechos a la identidad, la dignidad y la libertad.<sup>2,\*</sup> De este modo, se inició el interés por su estudio en los ámbitos de diversas disciplinas, tales como las de las ciencias de la salud, la psicología, la pedagogía, jurídica, entre otras, las cuales han manifestado preocupación por la infancia,<sup>3,†</sup> que surgió a raíz de este grupo de población, pero sin que hubiera claridad en cuestión de sus derechos, así como la protección contra cualquier forma de violencia, lo que constituye uno de los lineamientos esenciales. Resultado de este reconocimiento, emergió la primera medida jurídica sobre los Derechos del Niño en 1924, cuando la Liga de las Naciones Unidas, predecesora de la actual Organización de las Naciones Unidas (ONU), dio a conocer la primera declaración de los derechos del niño y convocó a los países a determinar su afirmación.

Diversos estudios han hecho notar que el interés público hacia el maltrato infantil era muy escaso antes de 1960. Se reconocieron los derechos de la infancia en 1959, pero todavía se señalaba al niño como una persona en situación de inferioridad; no fue sino hasta 1989 cuando la propia Asamblea de Naciones Unidas señaló la obligatoriedad de la Convención de los Derechos del Niño.

Aunque con los antecedentes de los estudios de Caffey en 1946, de Silvermann en 1953 y de Wooley y Evans en 1955, no fue sino hasta 1962 cuando Kempe y sus colegas publicaron en *Journal of the American Medical Association* su trabajo acerca del síndrome del niño golpeado, cuando se

inició la preocupación moderna por el abuso y la negligencia hacia los niños, la cual ha crecido y se ha difundido entre todos los países durante las últimas cuatro décadas.<sup>1</sup>

Es por ello que la Convención de los Derechos de los Niños planteó como uno de sus principios el interés superior del niño, en el que supone que es responsabilidad de la familia y del Estado así como de la sociedad garantizar el pleno desarrollo de los derechos a la infancia, al desarrollo, la supervivencia, a la participación y a la protección con derechos sociales y civiles, tales como la identidad personal, la dignidad y la libertad.

Por tal razón, se dio lugar al surgimiento y consolidación de acuerdos sociales de las organizaciones, entre las que se encuentran la UNICEF y la Convención de los Derechos del Niño (UNICEF, 1998). En el año de 1989, se firmó en las Naciones Unidas, la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), la cual representa un avance en términos de contenido, de fuerza vinculante y de impacto cultural para la defensa de los derechos de las niñas, niños y los jóvenes en el mundo. La convención obliga a los Estados a promover, proteger y defender los derechos de la infancia. Aún mayores son los acuerdos en torno a la protección del desarrollo integral del niño o niña que se expresaron en la Convención sobre los Derechos del Niño (ONU, 1989), en la Cumbre Social de Copenhague (ONU, 1995) y en los Objetivos de Desarrollo para el Milenio (ONU, 2000).<sup>2</sup>

La preocupación de las autoridades en materia de salud y justicia, tanto internacionales como en el ámbito nacional, relacionadas con la protección infantil, fue asumida al mismo tiempo que estas autoridades reconocieron que el maltrato infantil es una problemática social y de salud que va en aumento.<sup>1-5</sup> En este sentido, se han buscado implementar acciones estratégicas para contener el problema en todo el mundo; esta postura es relativamente reciente e insuficiente, sin embargo, en décadas atrás ya se iniciaba la exploración de este fenómeno como una problemática mundial.<sup>3-8</sup>

Un hecho histórico relevante surgió como respuesta inicial en la protección infantil, a partir de la segunda mitad del siglo XX (1959), debido a una propuesta llamada Declaración de los Derechos de los Niños, ratificada en 1989 y aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas y en 1990, reconocida por el parlamento español. A partir de estas fechas es como se da a conocer y llama la atención la historia de la infancia: el reconocimiento de los niños y las niñas como sujetos de derecho, como personas con necesidades específicas de desarrollo.<sup>9-11</sup>

\* En 1989 La Convención sobre los Derechos del Niño: en el artículo 1° señala que se entiende por niño a "todo ser humano menor de dieciocho años de edad salvo que en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes su mayoría de edad".

† Declaración de los Derechos del Niño, Proclamada por la Asamblea General en su resolución 1386-XIV, de 20 de noviembre de 1959. Sin embargo, este texto no es de cumplimiento obligatorio para los Estados hasta 1989, cuando la Convención sobre los Derechos del Niño es adoptada por la Asamblea General de la ONU y abierta a la firma y ratificación por parte de los Estados.

En la siguiente investigación haré uso de un lenguaje inclusivo al referirme a niños y niñas, ya que puede hacerse pesada la lectura al incluir a los dos al mismo tiempo, de tal manera que utilizaré algunos otros términos como son infantes, infancia, alumnos, niñez, niños, o bien niñ@s, refiriéndome indistintamente a uno u otro género.

El fenómeno de maltrato infantil es considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un problema de salud pública mundial creciente, pues se estima que 40 millones de niños y niñas son víctimas de malos tratos y abandono alrededor del mundo; la mayoría de los menores se encuentran entre los 2 y 7 años de edad. Estas condiciones no sólo son sostenibles en los países subdesarrollados industrial y tecnológicamente, sino también en países avanzados que enfrentan tal situación de malos tratos.<sup>11-15</sup>

Por su parte la UNICEF reconoce que las cifras actuales sobre el maltrato infantil han sido difíciles de cuantificar, pues no sólo es el reflejo de la susceptibilidad pública y política, sino también de los datos, sobre violencia, tales como los de los homicidios infantiles, maltrato por utilización de las infancias en los grupos armados, en la explotación del trabajo infantil, los niños jornaleros, niños que no cuentan con una familia, niños en la calle y de la calle, etc. y ha sido difícil la manera más adecuada de reunirlos. Estas graves fallas no han permitido realizar un análisis preciso y efectivo de la situación de la niñez, por lo que son escasos los países que tienen sistemas de vigilancia epidemiológica operativos. Esto es una medida que funciona como dato primordial para la detección de maltrato infantil.<sup>11,12,15,16</sup>

En el año 2009 la UNICEF publicó un informe sobre la protección a la niñez en el que hace un balance con respecto a los países que conforman África occidental, central, oriental y meridional y así mismo, las regiones de África del norte y oriente donde los niños están expuestos a una serie de peligros contra los cuales tienen derecho a estar protegidos. Éstos son: el trabajo infantil, la explotación sexual, la trata de menores, los conflictos armados, la ablación o mutilación femenina, el matrimonio precoz, los niños privados del cuidado de sus padres –que en muchas ocasiones estos menores han perdido uno o ambos padres a causa del SIDA– y otras emergencias.<sup>11-13</sup>

Este informe refiere que los problemas que presenta Asia meridional, oriental y el pacífico son diferentes a otros continentes porque están relacionados con la ejecución de matrimonios entre personas adultas e infantes y estas incidencias son muy altas en comparación con el resto de poblaciones del mundo, aunada la deprovisación de registro natales de muchos niños de la región, la frecuencia de abuso sexual, la trata de infante y la explotación infantil en trabajos domésticos o serviles destinados a pagar las deudas de sus padres.<sup>12,13</sup>

A diferencia de la situación que enfrenta Europa central y la comunidad de los Estados Independientes del Este, los problemas están relacionados con la existencia y protección de una gran cantidad de niños que se encuentran bajo la tutela de una institución para su protección, de la trata de menores producto de la pobreza, la violencia doméstica y el alcoholismo de los padres; estos factores los impulsan a

abandonar su hogar, sumándose a su mayor preocupación: la inmigración infantil.<sup>11-13</sup>

Mientras que los problemas que aquejan a América Latina están relacionados con el maltrato infantil y están en contra de la violencia en las calles, de la protección de los diferentes sistemas que imparten justicia en los menores, de la protección contra el abuso sexual, de la explotación laboral infantil, de los registros de nacimientos, del maltrato infantil de los progenitores, del maltrato en las escuelas, etcétera.<sup>11-13</sup>

Por su parte en México se disponen de algunas cifras de las denuncias recibidas que fueron hechas en el censo nacional de población en el año 2000, donde se muestra una tendencia ascendente entre 1995 y 2004. El número de denuncias sobre el maltrato infantil fue de 38 mil 554, de las cuales, en el 59.2% se comprobó que la existencia de las lesiones físicas que presentaban los menores habían sido provocadas por maltrato.<sup>11-13</sup>

El acogimiento familiar es una de las maneras de ofrecer protección, considerada por la UNICEF (2008) como una de las medidas que consiste en salvaguardar a los niños y niñas de los peligros que amenazan su bienestar psíquico, físico y emocional, especialmente en situaciones de emergencia, de conflicto con la ley, de violencia, abuso, explotación, abandono y discriminación, lo que proporciona su plena participación en la vida familiar y supone que los acogedores del menor procurarán una vida beneficiosa que cubra sus necesidades físicas, biológicas, sociales, cognitivas, educacionales y espirituales.<sup>6</sup> Estos procesos de acogimiento nos hacen suponer que la situación del niño es delicada, en cuanto a los procesos por los cuales se hace entrega del menor a familiares directos como son los abuelos, los tíos o los primos paternos o maternos, porque se trata de cuidar de un menor durante el tiempo en que su familia no puede hacerse cargo de él. En la familia no existe una previa formación con respecto a la atención del cuidado de crianza por parte de los organismos que imparten la custodia en la que se involucren asuntos que demandan atención, principalmente de salud infantil y de un establecimiento jurídico más explícito.<sup>12-16</sup>

Por tanto, la familia acogedora constituye una red de apoyo social primaria que evita que el infante sea dispuesto en alojamientos, en centros de albergues y casas hogar disponibles de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF). Ésta es una solución de problemas a corto plazo o que surge como respuesta a una necesidad a largo plazo, dependiendo de la situación de los padres que se encuentran sometidos en un proceso jurídico; este hecho hace que los menores se encuentren en un tiempo, ya sea corto o largo de algunos meses e incluso, años al desamparo y con la necesidad de incorporarse a otro núcleo familiar.<sup>13-16</sup>

Por consiguiente, se atendió a lo que refieren los derechos de los niños, es decir, que todos los niños y niñas deberían tener la oportunidad de crecer dentro de una familia. Si ésta

fuera incapaz de hacerse cargo del niño o niña, las autoridades deberían adoptar medidas para abordar los motivos haciendo todo lo posible por mantener a la familia unida, debiendo considerar la separación como último recurso y como una separación temporal.<sup>14-16</sup>

## METODOLOGÍA

La investigación se desarrolló bajo la perspectiva de la investigación cualitativa con el diseño epistémico de la fenomenología interpretativa; se trató de un estudio de casos.<sup>17</sup> El objetivo planteado fue describir la experiencia de las personas al aceptar fungir como cuidador de crianza ante el acogimiento familiar del niño maltratado.

En cuanto a las técnicas para la recolección de la información fueron utilizadas la entrevista semiestructurada a través de una serie de preguntas abiertas, la entrevista semiestructurada en profundidad, la observación participante y las notas de campo, con apoyo de un dispositivo tecnológico como la audio-grabadora de voz en formato digital.

Para llegar a los informantes se requirió de tres porteros, dos médicos pediatras tratantes de los menores, que fueran integrantes del equipo interdisciplinario de la Clínica de Atención Integral del Niño Maltratado (CAINM) del Instituto Nacional de Pediatría donde se emplazó la investigación, además de una profesional de enfermería.

Para formar la muestra se requirió de la selección intencional de dos mujeres que tenían en acogimiento a un menor lactante cada quien; los menores habían sido tratados de lesiones provocadas por maltrato físico. También se seleccionaron cuatro profesionales de la salud que forman parte del equipo de la CAINM.

En los aspectos éticos se contempló que todos los nombres y lugares domiciliados de los entrevistados así como de los niños/niñas hubieran sido cambiados y que fueran ficticios. Se otorgó el consentimiento previamente informado de las participantes y su autorización para ser entrevistadas en el lugar elegido, así como el de la protección de identidades. Primera informante. Se trata de Rosy de edad de 32 años, que se encuentra en unión libre con su pareja, el señor Lalo; tienen dos hijas de seis y siete años respectivamente; es asistente dental. Estrellita es de dos años cuatro meses de edad (niña protegida), con un tiempo de acogimiento por más de un año. Segunda informante. Señora Alejandra de edad de 42 años, divorciada, labora como comerciante en un mercado ciudadano de la Ciudad de México y tiene una hija adolescente de 15 años de edad. El menor lactante es Miguelito quien tiene una edad de un año dos meses de edad (niño protegido).

Codificación y análisis de los datos. El código de identificación se integró siguiendo las aportaciones de Coffey y Atkinson (1996)<sup>18</sup> y Miles y Huberman (1994).<sup>19</sup>

Se codificaron más de seis categorías de análisis, haciendo un metaanálisis más adelante. Sólo quedaron tres categorías que incluyen los procesos de cómo cuidar a un menor maltratado.

## RESULTADOS

### Aceptación para fungir como cuidador de crianza

Con esta categoría me refiero a la acción aprobatoria del cuidador para hacerse cargo del menor, con un motivo personal, atendiendo a su racionalidad. Dentro de esta categoría se encuentran las siguientes subcategorías: la urgencia de ayuda al menor ante el desamparo, entendida como la necesidad de ayuda inmediata y el deber ante la vulnerabilidad entendida como el obediencia a una ley moral que obliga a hacer un acto correspondiendo con un acto positivo, lógico y humanitario de protección contra un daño físico o moral o contra el ser expuesto a una amenaza de pérdida de su familia, hogar, salud y estabilidad emocional del menor lactante.

La incertidumbre es referida como la inseguridad ante el desconocimiento de la condición futura de acoger a un menor, por causa de falta de información o de conductas humanas erróneas de las previsiones inciertas ante el cuidado de un menor lactante.

### Urgencia de ayuda al menor ante el desamparo

En el caso de Rosy y el señor Lalo, ellos narran varias experiencias, las cuales describe Rosy. Éstas formaron parte importante en la toma de decisión para querer cuidar a Estrellita; primeramente porque perciben que existe una necesidad real, además del peligro de que quedara sin ayuda Estrellita.

Ellos narran la urgencia de ayuda a Estrellita, ya que se encuentran –para la familia– ante la posibilidad de acogerla o no, con las consecuencias de quedarse con ella y asumir todas las responsabilidades propias que requiere un menor ante el cuidado; la otra opción es que la menor sea trasladada a un centro de albergue para menores como medida de protección mientras los padres resuelven su situación jurídica. Por ello, la pareja cree ser buenos candidatos para acoger a Estrellita; hacen conjeturas y un balance futuro real e imaginario acerca de ayudarla o dejarla en abandono familiar. Rosy narra que también había otros candidatos, como son los abuelos, familiares directos viables para quedarse con la menor por los lazos sanguíneos de parentesco, sin embargo, no fueron aceptados por las instituciones; la pareja se reconoce a sí misma como la mejor opción familiar e inician los trámites necesarios ante las instituciones jurídicas y de salud,

motivados por el interés de ayudar a la menor "...en estas condiciones nos la dieron, como de premura, nos dieron a Estrellita, nosotros queríamos ayudarla... ¡cuidándola!"

Otros familiares consanguíneos no respondieron ante el llamado de la institución a más de un mes que Estrellita había sido dada de alta del hospital; fue entonces cuando Rosy afectada emocionalmente, involucró sus sentimientos junto con el deber moral, tomando la decisión de acogerla y haciendo partícipe al señor Lalo sobre qué es lo que pueden ofrecer y sobre no arriesgar más la integridad de la menor en todos los sentidos; "además era una bebecita, ¿cómo dejarla así?". Mientras que lo sucedido con la señora Alejandra narra su experiencia ante el riesgo latente de que Miguel fuera colocado en un albergue por el abandono de familiares, frente al asumir la responsabilidad de cuidarlo y el prestar la ayuda que requería en ese momento. "Ale" aceptó el acogimiento ante la posibilidad de que el bebé de apenas dos meses de nacido fuera colocado en un centro para menores, "...no había otro recurso sino se lo llevaban al albergue, no había otro familiar que se comprometiera, sí hay familiares, pero no se comprometen con ayudarlo..."

Ale se vio requerida por sus valores de la responsabilidad y el deber moral; su decisión fue tomada con base en los lazos consanguíneos que los une, tomando en cuenta los sentimientos afectivos y de solidaridad ante el sufrimiento de Miguel. Ale es quien tomó la decisión de acoger a Miguel prestando su ayuda y anteponiendo sus propios compromisos: "Lo que pasa de que... como decían que el bebé tenía que irse a un albergue, por no tener alguien que se hiciera responsable o compromiso, alguien que pudiera cuidarlo, es lo que yo temí que se lo fueran a llevar a un albergue o a un hogar para niños o una casa hogar para niños, entonces yo me decidí a tenerlo, ayudarlo y yo como tía, fue ayudarlo".

### **El deber de proteger al menor ante la vulnerabilidad**

El relato indica que Estrellita se encontraba en una situación vulnerable en su condición de ser un bebé de menos de dos meses de nacida; en su condición de tener una familia biológica desintegrada por la violencia y en condición de encontrarse en recuperación de su salud, lesionada por el traumatismo craneo-encefálico provocado por alguno de sus padres y de encontrarse en un proceso legal. Esta condición desfavorable y de extrema vulnerabilidad afectó a Rosy para tomar la decisión de proteger a la menor; en contra de sus desavenencias, esta aceptación es justificada por Rosy ante el deber moral de respuesta urgente, haciendo a un lado todas las responsabilidades que debería asumir voluntariamente. Para Alejandra, el factor que tomó en cuenta para aceptar acoger al menor fue que el niño se encontraba recuperándose en su estado de salud y luchando también por su vida: "...el

bebé estaba mal, muy mal, tenía una lesión en su pulmoncito y se quedo quince días internado, íbamos todos los días a verlo, la verdad es que yo me sentía mal, porque pensaba que mis problemas eran pequeños a lo que estaba viviendo mi hermana..."

Había perdido también la relación con su familia, y se encontraba en una situación desfavorecida, las autoridades habían señalado las rutas para continuar su vida de Miguel: o su mamá conseguía un familiar cercano a ella para que lo acogiera o lo protegerían en un centro infantil de la procuraduría del Distrito Federal como son los hogares casa-cuna "...¿yo cómo negarme a ayudarla, bueno a ella y al bebé?, porque era un bebecito, recién nacido" "esa vulnerabilidad la que me permitió acercarme al pequeño..."

### **Incertidumbre**

Durante el momento de tomar la decisión de la familia de Rosy, el señor Lalo narra acerca de lo difícil que va a hacer, de cómo adaptarse a un bebé dentro de su familia: "¡era muy difícil! nosotros también estábamos consientes de que sabíamos que era muy difícil, de que iba a ser difícil tenerla con nuestra familia, por que los bebés requieren más cuidados..."

Esta incertidumbre también es sobre cómo asumir la responsabilidad del cuidado, de cómo tratarla y cómo integrarla a su familia. Al principio fue puesto en tela de juicio, pero la decisión fue tomada por Rosy al ser valorados los aspectos de parentesco y de deber moral, tratando de situar a su esposo a una realidad de urgencia de toma de decisión. "mi esposo, él se encontraba indeciso al principio y yo le dije ¡Es una bebé! y él ¿Qué vamos hacer con una bebé? y pues así, sí fue difícil". La incertidumbre de acoger a Miguel se percibió con la hija adolescente (Amita), ella acepta gustosamente porque se trata de un bebé de un mes quince días de nacido, sin embargo, no fue lo que (Amita) esperaba, ella quizá había pensado que se trataba de un bebé aparentemente normal, que no iba a ser tan fácil consolar su llanto; el resultado es que Miguel al parecer necesitaba de más ayuda de la que podrían brindarle ambas en ese momento. "Entonces, mi hija aceptó, que lleváramos a la casa a Miguelito, al principio ella estaba emocionada, porque le gustan los bebés, pero la sorpresa que nos dio fue grande, porque Miguelito no era un bebé tranquilo, sino todo lo contrario, el bebé desde que me lo dieron fue muy latoso, lloraba y lloraba y yo no sabía por qué".

### **DISCUSIÓN**

La urgencia de ayuda inmediata al menor fue referida con respecto a las decisiones que tomaron los cuidadores al

principio; éstas se encuentran relacionadas con base en la valoración atendiendo la necesidad de seguridad del lactante y contemplando el futuro del niño y el temor ante sus creencias y conocimientos acerca de historias que han publicado en periódicos y medios como la radio y televisión; así como de las desavenencias de albergues para niños, en la Ciudad de México.

En las dos familias cuidadoras la información que recogen desde su entorno y la representación mental, en un primer momento, es la necesidad de ayuda a los menores; éstos al verse ante la separación de su familia biológica y ante el posible traslado a una institución pública, como son los albergues y los hogares de casa cuna, dónde, por fuentes de diversa índole y de diversa comunicación conocen y desconocen las historias que perciben el futuro del menor con el temor al peligro real o imaginario de que les suceda algo. Las familias temen por la seguridad de los menores y perciben a los menores indefensos que requieren de ayuda inmediata por su condición de ser bebés, en este momento sus lazos sanguíneos hacen un compromiso moral de soporte y auxilio, tanto para las madres como para el menor como víctima de daño.

En ambos casos, las familias que aceptan acoger a los menores para solidarizarse con el sufrimiento de ellos, por tratarse de niños con maltrato y por el desamparo de su familia biológica –que en ese éstos momento estaban atravesando–, sumándosele un factor importante, a saber, que ambas familias tomaron en cuenta que se trataba de un bebé y la incertidumbre de cómo asumir la responsabilidad del cuidado, de cómo tratarlo y de cómo integrarlo a su familia, al principio fue puesto en tela de juicio. La decisión fue tomada al ser valorados los aspectos de parentesco, de ayuda al menor ante su vulnerabilidad y de sus madres biológicas, poniéndose en la condición de haber sido víctimas de maltrato.

Las cuidadoras se sobrepusieron a sus intereses particulares y tomaron la decisión con la incertidumbre de qué va a pasar más adelante; tanto en el caso de Rosy junto con su pareja, como en el caso de Ale con su hija.

En la información dada por el personal profesional de salud, las autoridades toman en cuenta los acogimientos de los niños maltratados, primero por el interés que tenga la familia en ayudar al menor y después por el lazo consanguíneo, sin importar ninguna otra condición económica, espacio, tiempo, etcétera. Los acogimientos se llevan a cabo cuando un familiar consanguíneo es propuesto por los padres biológicos; así las autoridades establecen el vínculo de tutores y dan en guarda y custodia a los menores. En la institución de salud hacen las entrevistas psicológicas para elegir a la familia acogedora.

¿Fungir como cuidador de crianza es una experiencia?, ¿y si así lo fuera cuáles son sus consecuencias, tanto para los

padres acogedores, para los hijos biológicos y aún más para las infancias acogidas?

## CONCLUSIÓN

Las practicas de cómo aceptar el cuidar a un menor maltratado, en estos casos, se ven más bien desde una connotación altruista; convencional en los aspectos morales de deber, aunque sólo tengan conocimientos de sus propias experiencias y del cuidado de sus hijos para ejercer una responsabilidad de cuidado de otro menor que requiere, además, de otro tipo de atención a su salud y bienestar.

La aceptación entonces está estrechamente relacionada para proporcionar ayuda al menor, careciendo de formación e información que continúe el mejoramiento de la salud física y psíquica del menor.

Los relatos indican que existe un vacío informativo por parte de las autoridades acerca de la orientación que se les pueda brindar a los padres sustitutos, así como de la formación para ser cuidadores de crianza, limitando sólo por sus creencias. Éstas asumirlas como mejor les parezca, sin embargo, lo que se propone para la disciplina de enfermería es que se implemente un programa educativo que lleve a cabo esta formación para padres sustitutos; también se requiere de la información oportuna para guiar los cuidados que se dan a los menores, así como orientar y clarificar los objetivos del acogimiento familiar y que la familia acogedora visualice al menor como un sujeto de derecho y no como una víctima. El sistema de protección infantil, como son los acogimientos, responden al derecho fundamental de todos los niños; ellos son sujetos de crecimiento y desarrollo en un contexto de una familia.

## RECOMENDACIONES

La familia cuidadora, por consiguiente, debiera contar con una formación para ser cuidadores de crianza, sin embargo, ésta se encuentra limitada sólo por sus creencias sociales y culturales. La familia las asume conforme a sus experiencias previas con sus hijos biológicos, o bien, como mejor les parezca, sin embargo, lo que se propone la disciplina de enfermería es formar, fomentar e informar en una guía que acompañe al cuidador en información acerca de la orientación por parte de las autoridades que se les pueda brindar a los padres sustitutos. La enfermería debe implementar un programa educativo que lleve a cabo esta formación para padres sustitutos, también requiere de la información oportuna para guiar los cuidados que se dan a los menores, así mismo orientar y clarificar de los objetivos del acogimiento familiar y que la familia acogedora visualice al menor como sujeto de derecho y no como una víctima.

**AGRADECIMIENTOS**

Mi agradecimiento a las personas adultas que desinteresadamente compartieron sus relatos de su cotidianidad; a los niños, interés de esta investigación, al equipo del CAINM-Instituto Nacional de Pediatría, a la enfermera Ma. Isabel Melquiades y al Dr. Arturo Abdalá.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Gelles RJ. Child abuse an overview. In: Clark RE, Freeman-Clark J, Adamec C. The encyclopedia of child abuse. 2nd edition. Nueva Cork (NY): Facts On File; 2001.
- Vargas Romero C, Pérez García JM. Informe: La violencia contra niños, niñas y adolescentes en México. Miradas regionales. Ensayo temático la Infancia cuenta en México coordinación. México: Red por los Derechos de la Infancia en México. Derechos Infancia México A.C.; 2010: p. 11.
- Abdalá LA. Acta Pediátrica de México. 2008; 29 (5).
- Abdalá LA. Maltrato en niños y adolescentes. México: Editores de Textos Mexicanos; 2004: p. 54.
- Arcos E, Uarac M, Molina I. Impacto de la violencia domestica en la salud infantil. Rev Med Chile. 2003; 131: 1454-1462.
- Loredo Abdalá A, Perea MA. La atención integral y la prevención del maltrato infantil en México. Acta Pediatr Mex. 2005; 26 (3): 137-140.
- Posadas- Díaz A. Crianza humanizada: una estrategia para prevenir el maltrato infantil. Acta Pediátrica de México. 2008; 29(5): 295-305.
- Para la Vida, un documento producido conjuntamente por UNICEF, OMS, UNESCO, FNUAP, PNUD, ONUSIDA, PMA y el Banco Mundial. 2010. Disponible en: [www.factsforlifeglobal.org](http://www.factsforlifeglobal.org).
- UNICEF. Progreso para la infancia: un balance sobre la protección de la niñez. Número 8. 2009. Disponible en: [http://www.unicef.org/spanish/publications/files/Progress\\_for\\_ChildrenNo.8\\_SP\\_081309.pdf](http://www.unicef.org/spanish/publications/files/Progress_for_ChildrenNo.8_SP_081309.pdf)
- UNICEF. Protección infantil contra el abuso y la violencia [internet]. Disponible en: [http://www.unicef.org/spanish/protection/index\\_violence.html](http://www.unicef.org/spanish/protection/index_violence.html).
- Azaola E. Informe nacional sobre violencia y salud. Violencia en el ciclo de la vida. Capítulo II: Maltrato, abuso y negligencia contra menores de edad. Secretaría de Salud. México, DF: Informe Nacional sobre Violencia y Salud, SSA; 2006: 20-21.
- Protección contra el maltrato, la explotación y la violencia. Fuente de las cifras de esta página: Base mundial de datos de UNICEF, 2007, con base en la Encuesta de Indicadores Múltiples por 6 Progreso para la infancia Conglomerados, las Encuestas de Demografía y Salud y otras encuestas nacionales realizadas en 29 países, 2005-2006. Disponible en: [http://www.unicef.org/spanish/progressforchildren/2007n6/index\\_41849.htm](http://www.unicef.org/spanish/progressforchildren/2007n6/index_41849.htm).
- INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Artículo Estadísticas a propósito del día del niño. INEGI. 2006 [acceso 30 abril]. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2006/ni%C3%B1o06.pdf>.
- UNICEF. Mejorar la protección de los niños privados del cuidado de sus padres: el acogimiento por familiares: Un tema para las reglas Internacionales. UNICEF; 2004 [acceso 8 de abril del 2007]. Disponible en: [www.unicef.org](http://www.unicef.org).
- Ley para la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Nueva Ley Capítulo séptimo: El derecho de vivir en familia. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, Secretaría General, Secretaría de Servicios Parlamentaria, Centro de Documentación, Información y Análisis. DOF. 29-05-2000.
- Ruíz CR. La violencia y los derechos humanos. México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 2002: 180.
- Muñoz Serván P, Muñoz Serván I. Modelos de intervención cualitativa en educación social y Animación sociocultural. Aplicaciones prácticas en los estudio de caso intervención en la familia. En: Pérez Serrano G. Madrid: Ed. Narcea; 2011: 221-252.
- Coffey A, Atkinson P. Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación. Medellín Colombia: Editorial Universidad de Antioquia; 1996: 31-39.
- Huberman AM, Miles MB. Data management and analysis methods. In: Denzin NK, Lincoln YS. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks, CA: Sage; 1994: pp. 428-444.

## El plan de alta de enfermería y su impacto en la disminución de reingresos hospitalarios

*Eloísa Tixtha López,\* Adela Alba Leonel,\*\* Miguel Ángel Córdoba Ávila,\*\*\* Esther Mahuina Campos Castolo\*\*\*\**

### RESUMEN

En 1984 surgió el plan de alta en enfermería en Estados Unidos. Éste fue incluido dentro del sistema Medicare con el propósito de reducir los costos del sistema de salud, por lo que este se extendió rápidamente a Europa y América Latina. En México existen pocos estudios sobre el plan de alta en enfermería, por lo que es necesario evaluar la trascendencia y el impacto de su aplicación. **Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal, descriptivo y cuantitativo en un hospital de tercer nivel. La población de estudio fueron las enfermeras con licenciatura del turno matutino. El instrumento de recolección estuvo dividido en cuatro apartados (datos generales, elaboración y contenido del plan, así como el impacto de su aplicabilidad). **Resultados:** Las recomendaciones del plan de alta se centran en: los medicamentos, los signos y síntomas de alarma, los cuidados en el hogar y las medidas higiénico-dietéticas con 81%. Los profesionales de enfermería lo aplican de forma oral y escrita en 79%. Más de 50% no registra esta actividad en el expediente clínico. Su aplicación contribuye con el derecho que tienen los pacientes de estar informados, además del impacto en los reingresos hospitalarios. **Conclusiones:** La aplicación del plan de alta en enfermería es una de las formas para fomentar la reintegración del paciente a la sociedad, ya que nos proporciona una visión completa, rápida y veraz del estado de salud del paciente.

**Palabras clave:** Plan de alta de enfermería, aplicación, impacto, cuidados, disminución de reingresos hospitalarios, quejas y complicaciones.

## The nursing discharge plan and its impact on the reduction of hospital readmissions

### ABSTRACT

**Introduction:** In 1984, there is the nursing discharge plan in the U.S. and this is included in the Medicare system, in order to reduce costs in the health system, so this quickly spread to Europe and Latin America. In Mexico there are few studies on the Nursing discharge plan, so it is necessary to evaluate the significance and impact of the implementation. **Material and methods:** We conducted a cross-sectional, descriptive, quantitative, in a tertiary hospital. The study population consisted of nurses with bachelor's morning shift. The survey instrument was divided into four sections (general information, preparation and content of the plan and the impact of its applicability). **Results:** The plan's recommendations focus on high:

---

\* *Licenciada en Enfermería y Obstetricia, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM.*  
\*\* *Maestro en Ciencias Sociomédicas con énfasis en Epidemiología. Profesor de Carrera Asociado "C",  
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM.*  
\*\*\* *Gestor de Calidad. Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.*  
\*\*\*\* *Departamento de Investigación. Comisión Nacional de Arbitraje Médico.*

*Correspondencia: M en C. Adela Alba Leonel. Camino Viejo a Xochimilco y Viaducto. Tlalpan s/n,  
San Lorenzo Huipulco, Delegación Tlalpan, México, D.F. Tel.: 55 56 23 32, ext. 269  
E-mail: adelaalbaleonel@yahoo.com.mx*

---

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

---

the drugs, warning signs and symptoms, home care and lifestyle modifications with 81% nurses apply it in oral and written form by 79%. More than 50% does not record this activity in the clinical record. Their application contributes to the right of patients to be informed, and the impact on hospital readmissions. **Conclusions:** The application of the nursing discharge plan is one way to promote the reintegration of the patient into society, as it gives us a complete, fast and accurate health status of the patient.

**Key words:** Nursing discharge plan, implementation, impact, care, decreased hospital readmissions, complaints and complications.

## INTRODUCCIÓN

En 1984 surgió el plan de alta en enfermería en Estados Unidos; éste fue incluido dentro del sistema Medicare con el propósito de reducir los costos del sistema de salud, por lo que éste se extendió rápidamente a Europa y América Latina<sup>1,2</sup> por ser considerado una herramienta de gran utilidad, planificando la educación sanitaria con el único fin de incorporar al paciente en su recuperación y bienestar al egreso hospitalario.

El plan de alta en enfermería es considerado un documento de vital importancia que garantiza la continuidad de los cuidados a todos los niveles asistenciales, integrando al paciente y/o el cuidador como el eje principal del mismo.<sup>3</sup> Según L. Carpenito,<sup>4,5</sup> el plan del alta de enfermería es un proceso sistemático de valoración, preparación y coordinación que facilita la administración de los cuidados para la salud y asistencia social antes y después del alta del paciente. Sin embargo, para que éste logre su objetivo se requiere tanto de una acción coordinada y de colaboración entre los profesionales de la salud dentro del campo asistencial, como de la población en general.

La aplicación de este plan favorece la atención primaria, ya que permite dar continuidad a los cuidados del paciente, evita complicaciones, reingresos y quejas; ello hace que se disminuya el costo de la atención hospitalaria. El profesional de enfermería emite recomendaciones y proporciona orientación dentro del plan de alta con el fin de reincorporar al paciente a la sociedad, por lo que todo plan siempre debe brindar información de acuerdo con las necesidades del paciente en función de su diagnóstico. Asimismo, los pacientes deben recordar lo que les han enseñado y lo que han aprendido en el hospital para llevarlo a cabo en su domicilio. Debido a la gran cantidad de información que tienen que asimilar al momento del egreso es recomendable dar siempre el informe por escrito para utilizarlo como guía para el autocuidado.

El plan de alta de enfermería es considerado tan importante como el alta médica, según investigaciones realizadas en España.<sup>1,2</sup> Este plan tiene una importante relevancia social, pues ha sido considerado como documento legal incluido en los registros clínicos de enfermería y, por ende, forma parte del expediente clínico. Cabe señalar que este plan

se entrega por escrito y es totalmente independiente de la receta médica.

Derivado de su gran importancia se han realizado estudios en hospitales universitarios en los que se trata de comparar y evaluar tanto los planes antiguos de este plan como los nuevos, con el propósito de unificar criterios. En el 2003, el Hospital Universitario de Alicante, España, evaluó el diseño de nuevos formatos para documentar el plan de alta en enfermería con base en el modelo de las catorce necesidades de Virginia Henderson; este hospital encontró un aumento del porcentaje de cumplimiento de este plan de 70 a 85%. Por su lado, el Hospital Universitario de Valencia,<sup>6</sup> evaluó el grado de satisfacción del informe de alta para unificar los criterios e integrar la información de este plan en un solo contexto, cabe destacar que el grado de cumplimiento de este plan es de 81% en este hospital. En relación con su impacto, Alonso<sup>7</sup> menciona que las medidas que han demostrado evitar los reingresos hospitalarios son la aplicación del plan de alta, la educación al paciente, el seguimiento del mismo y la prevención de iatrogenias durante el ingreso previo.

Por lo anterior, una intervención del plan del alta mejora el estado de salud y permite la continuidad de los cuidados, disminuyendo así los reingresos por la misma causa en personas mayores de 65 años. Él enfatiza que la tasa de reingresos hospitalarios es más alta en los ancianos frágiles y que la insuficiencia cardíaca es uno de los problemas médicos con índice de reingresos más altos, coincidiendo con otras investigaciones, donde se establece que particularmente el anciano frágil y la insuficiencia cardíaca son uno de los problemas médicos con índices más altos de reingresos. Bajo esta premisa, Cano y colaboradores<sup>8</sup> reportaron que el aplicar el plan de alta de enfermería en adultos mayores disminuye hasta 29.9% el número de reingresos hospitalarios, haciendo hincapié en la educación para la salud.

Lina Pinzón<sup>5</sup> propone que la información requerida por la persona enferma debe responder adecuadamente a las necesidades generadas por su enfermedad, para que se prevengan recaídas, complicaciones o aparición de nuevas enfermedades, facilitando así, la práctica del autocuidado que derive de una vida sana y plena.

El plan de alta le permite al familiar o al cuidador conocer las recomendaciones individualizadas respecto al estado

de salud del paciente al egreso, por lo que la comunicación enfermera-paciente y/o familia debe ser efectiva para lograr la aplicación correcta del plan de alta. Éste se debe planear desde el primer contacto con el paciente y debe concluir cuando éste sea dado de alta.

Las recomendaciones se deben proporcionar de forma oral y escrita verificando que hayan sido comprendidas en su totalidad, una vez que se haya firmado la salida por parte del médico. Cardozo<sup>9</sup> refiere que la integración de la información al alta hospitalaria es el resultado de una buena comunicación entre los diferentes niveles de atención y propiciará un cuidado holístico a consecuencia de una comunicación efectiva del equipo multidisciplinario.

En México, existen pocos estudios sobre el plan de alta, de su aplicabilidad y cumplimentación. Con base en el diseño y validación del plan de alta en el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez",<sup>10</sup> se identificaron algunas necesidades de información al egreso, tales como la dieta, el tratamiento farmacológico, entre otros con el fin de unificar los criterios en la elaboración de este plan para pacientes con afecciones cardiovasculares. Aun cuando el plan de alta en enfermería forma parte de la formación profesional de la enfermería, no existe un documento formal y estandarizado del plan de alta en enfermería para que se pueda evaluar su impacto y trascendencia.

Este plan coadyuva al derecho que tienen los pacientes de estar informados tal como se menciona en la carta de los derechos generales de los pacientes<sup>11</sup> y de acuerdo a la Ley General de Salud en su Artículo 51 Bis 1,<sup>12</sup> lo que implica, entre otros aspectos, garantizar un trato digno a los usuarios, proporcionarles información completa y una atención oportuna, evitando incurrir en implicaciones legales por omisión. Por lo anterior, es necesario evaluar la trascendencia y el impacto de la aplicación del plan de alta de enfermería, ya que éste tiene una participación crucial en la prevención de quejas, reingresos y complicaciones en los pacientes cuando egresan de la unidad hospitalaria.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal en un hospital de tercer nivel. Se consideró como universo de estudio a las 138 enfermeras del turno matutino del Hospital de la Mujer; la población de estudio estuvo conformada por las licenciadas (os) en enfermería, de las(os) cuales sólo 29 cumplieron con los criterios de inclusión, a saber, tener nivel licenciatura o una especialidad con licenciatura y que estuvieran en contacto directo con el paciente. Cabe señalar que se incluyeron a los jefes de servicio, ya que éstos participan en el proceso de alta del paciente, aun cuando realizan funciones administrativas. Se tomó como criterios de exclusión a las enfermeras generales y supervisoras, ya que éstas se en-

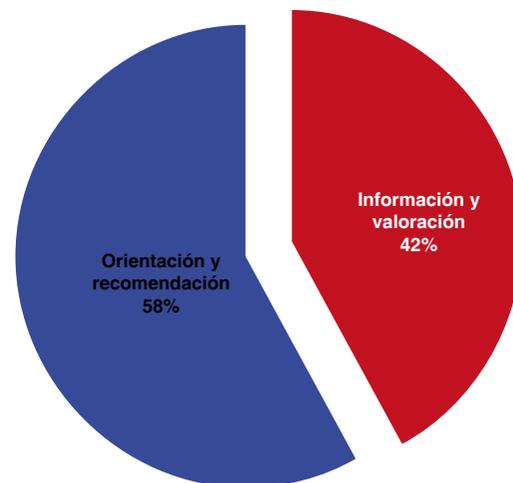
cuentran en el área administrativa y por ende no están en contacto con los pacientes. Otro de los criterios de exclusión fue los pasantes y estudiantes de enfermería.

El instrumento de recolección de información es una encuesta de opinión con 14 ítems, de los cuales 13 son de opción múltiple y una pregunta abierta. Se dividió en cuatro apartados en función de su aplicabilidad. La primera parte corresponde a datos generales como: edad, sexo, servicio y nivel de estudio. En el segundo apartado se evaluó la elaboración y aplicación del plan de alta contemplando el concepto de plan y en qué forma expresa las recomendaciones y si éstas son documentadas en el expediente clínico. La tercera parte se refiere al contenido del plan como las orientaciones acerca de los medicamentos, signos y síntomas de alarma, entre otras. Por último, se valoró la opinión del personal de enfermería sobre su impacto, las acciones que se deben implementar para incluirlo como documento legal y su pertinencia en el expediente clínico. Se obtuvo una tasa de respuesta de 100%. Los reactivos se validaron mediante el consenso de expertos y la validación estadística de fiabilidad mostró un  $\alpha$  de Cronbach = 0.359, Spearman-Brown = 0.069, Guttman = 0.067 y Lambda = 0.619.

## RESULTADOS

Nuestra población de estudio se comportó de la siguiente manera: 90% del personal de enfermería del turno matutino tienen el grado de licenciatura y 10% tiene además una especialidad; en cuanto al género, 99% corresponden al sexo femenino y el promedio de edad es de 36 años con un rango de 39 a 50 años de edad.

En lo que respecta al concepto del plan de alta, más de 50% lo define como orientación y recomendación al egreso hospitalario (*Figura 1*).

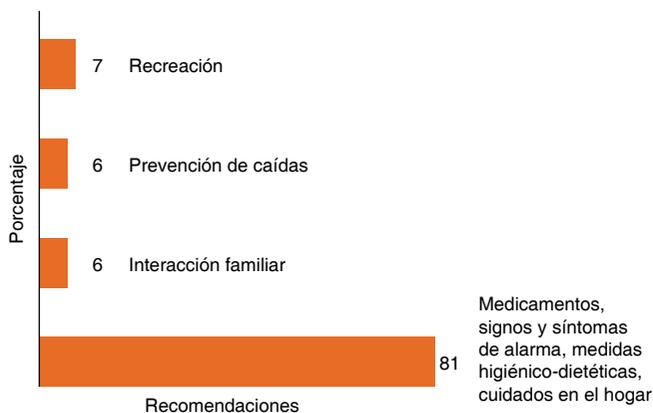


Fuente: Instrumento de Recolección de Información, 2012

**Figura 1.** Conceptualización del plan de alta del personal de enfermería del Hospital de la Mujer, 2012.

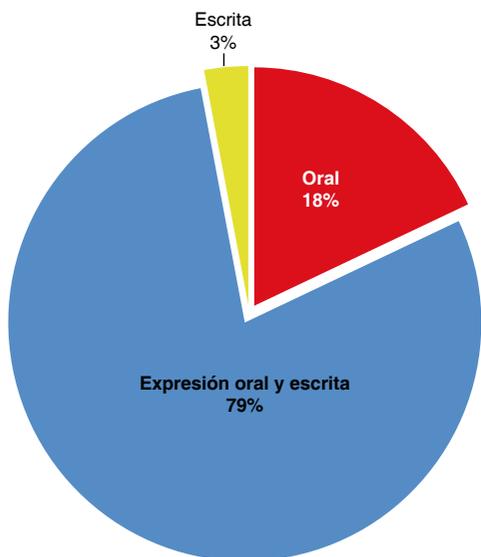
Ochenta y uno por ciento de las recomendaciones están enfocadas en los medicamentos, signos y síntomas de alarma, así como los cuidados en el hogar y las medidas higiénico-dietéticas (Figura 2).

Para reforzar esta información es fundamental entregarla de forma escrita, de tal forma que el paciente pueda remitirse a ella cuantas veces sea necesario, además de usarla como guía para su autocuidado. De acuerdo con nuestros datos, la principal forma de recomendación que hace el profesional de enfermería es la expresión oral y escrita con 79% del total (Figura 3). Es importante señalar que debemos involucrar a la familia cuando se efectúan las recomendaciones al paciente, ya que al momento del egreso requiere de una fuente de apoyo para recibir la información. A pesar de ello, se tiene que



Fuente: Instrumento de Recolección de Información, 2012

**Figura 2.** Recomendaciones más frecuentes del personal de enfermería del Hospital de la Mujer en las pacientes al egreso, 2012.



Fuente: Instrumento de Recolección de Información, 2012

**Figura 3.** Forma en la que realiza la recomendación el personal de enfermería del Hospital de la Mujer, 2012.

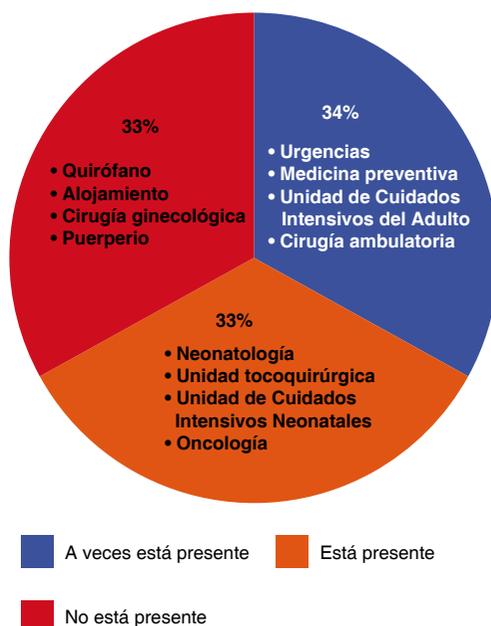
tomar en cuenta que en algunos servicios, la presencia del familiar en ocasiones no es recomendable, por las condiciones de alto riesgo que se pudiesen presentar en el paciente (Figura 4).

La comunicación enfermera-paciente es fundamental, ya que permite la interacción individual. Setenta por ciento de las enfermeras aclara las dudas del paciente cuando ellas efectúan las recomendaciones al momento de su egreso y verifican que la información haya sido captada correctamente. Esto aporta nuevos conocimientos y actitudes al paciente y/o familiar sobre su estado de salud.

A pesar de ello, más de 50% de los profesionales de enfermería no documenta el plan de alta en el expediente clínico en el apartado de enfermería (Figura 5).

Cincuenta y seis por ciento del personal de enfermería sugiere que es necesario implementar el plan de alta en las instituciones como documento legal, por lo que es necesario hacer una mayor difusión de aquél y hacer más investigación al respecto. Treinta y seis por ciento considera necesario realizar guías o formatos donde se incluyan nemotecnias del plan de alta (Figura 6).

Al preguntarle al personal de enfermería cuál sería el impacto que tiene la aplicación del plan de alta, 90% de los profesionales percibe que se disminuiría el número de quejas, reingresos hospitalarios y sobre todo de complicaciones (Figura 7).



Fuente: Instrumento de Recolección de Información, 2012

**Figura 4.** Presencia del familiar al momento de la recomendación que da el personal de enfermería del Hospital de la Mujer, 2012.

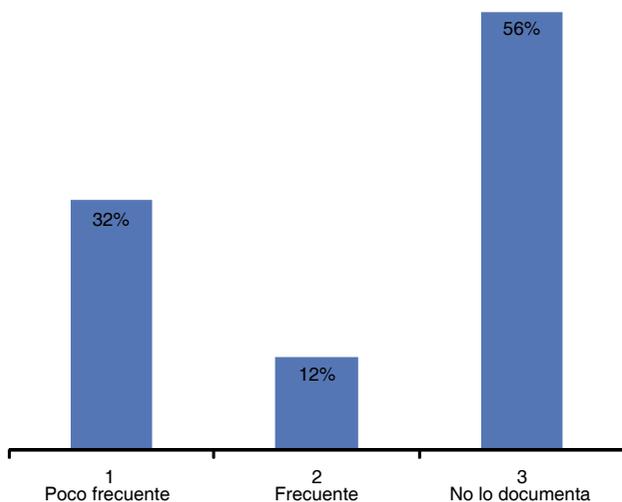
### DISCUSIÓN

Como se demuestra en otros trabajos, más de 50% define al plan de alta en términos generales como orientación y recomendación al egreso hospitalario; de acuerdo con L. Carpenito,<sup>4</sup> este plan constituye un proceso sistemático de valoración, preparación y coordinación que facilita la administración de los cuidados para la salud y la asistencia social antes y después del alta. Podemos observar que existe cierta igualdad en relación con la orientación y recomendación otorgadas al egreso y que éstas se planean desde el ingreso del paciente a la unidad y finalizan cuando el mismo egresa. La información se verifica para aclarar las dudas del paciente cuando se efectúan las recomendaciones en 70%;

tal como lo plantea Lina Pinzón<sup>5</sup> en función de que toda recomendación debe cumplir con ciertos criterios, tales como que sea dada de forma oral y escrita y además debe ser clara y lo más comprensible; se debe verificar que ésta haya sido entendida en su totalidad; de esta forma se garantiza su correcta aplicación por parte del paciente y/o el familiar promoviendo su autocuidado. Tal como se plantea en “El código de ética de enfermería para las y los enfermeros en México”<sup>13</sup> en su capítulo II, artículo 7 establece que el profesional de enfermería “Fomentará una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona”.

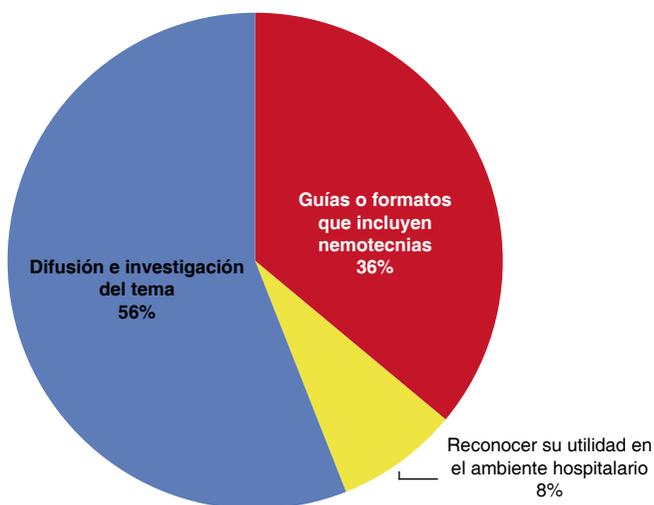
Asimismo, con la aplicación de este plan el profesional de enfermería da un cumplimiento disciplinar a nivel internacional como se establece en Código Deontológico de Enfermería en España<sup>14</sup> en su capítulo II, artículos 10 y 11, donde se establece que “es responsabilidad de la enfermera(o) mantener informado al enfermo, tanto en el ejercicio libre de su profesión como cuando éste se ejerce en las instituciones sanitarias, empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo”, asimismo, “la enfermera/o deberá informar verazmente al paciente, dentro del límite de sus atribuciones. Cuando el contenido de esa información exceda del nivel de su competencia, se remitirá al miembro del equipo de salud más adecuado”.

La presencia del familiar en el egreso del paciente tiene un papel importante, ya que éste apoya al paciente disminuyendo su estado de ansiedad, al continuar solo con sus cuidados en el hogar. Según Pérez<sup>15</sup> el objetivo de participar en el proceso de informar es establecer una relación de confianza o una relación



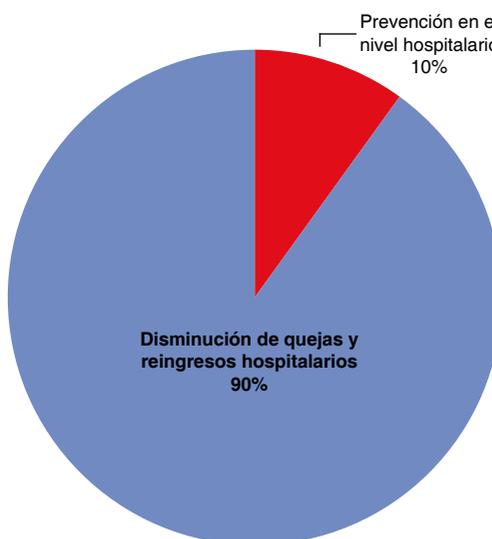
Fuente: Instrumento de Recolección de Información, 2012

**Figura 5.** Frecuencia de documentación del plan de alta del personal de enfermería del Hospital de la Mujer, 2012.



Fuente: Instrumento de Recolección de Información, 2012

**Figura 6.** Percepción del personal de enfermería en las acciones para implementar como documento legal el plan de alta en las instituciones, 2012.



Fuente: Instrumento de Recolección de Información, 2012

**Figura 7.** Percepción del personal de enfermería del Hospital de la Mujer acerca del impacto de la elaboración del plan de alta, 2012.

terapéutica para mejorar la atención a los familiares, siendo por tanto un deber de enfermería llevar a cabo este proceso. Puntunet<sup>10</sup> identificó mediante una entrevista dirigida a los pacientes del Instituto Nacional de Cardiología algunas necesidades de información que se requieren al momento del egreso, tal como la información con respecto a la dieta con 73%, tratamiento farmacológico 70% y problema de salud actual con 60%; de acuerdo con esta información el paciente puede continuar con su rehabilitación en el hogar. Estas recomendaciones son muy similares a nuestro estudio, ya que 81% están enfocadas a los medicamentos, signos y síntomas de alarma, cuidados en el hogar y medidas higiénico-dietéticas.

El registro de enfermería constituye la principal fuente de información, ya que nos brinda una visión completa y global del cuidado del paciente, para la continuidad de los cuidados, evitando duplicidad de los mismos, mejorando así la comunicación. En nuestro estudio 70% realizó las recomendaciones de forma oral y escrita, sin embargo, 50% no lo documentó en el expediente clínico. Aun cuando 90% del personal encuestado es de nivel de licenciatura y 10% con especialidad.

El plan de alta en España es considerado como un documento legal, sin embargo, se realizó un estudio de investigación con el propósito de conocer si éste se registraba dentro del expediente clínico y, de acuerdo con los datos de Talamante,<sup>6</sup> se menciona que sólo 81% del personal de enfermería sí lo registra en el expediente clínico y éste lo utilizan para dar continuidad a los cuidados del paciente y mejorar la comunicación entre los profesiones de salud.

Asimismo en México, todo registro debe ser legible, evitando el uso de abreviaturas y términos que no sean reconocidos, tal como se establece en la NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico (antes denominada NOM-168-SSA1-1998). El registro se debe realizar adecuadamente, para demostrar la legalidad de los actos realizados: legalmente lo que no se escribe no se hizo.<sup>16</sup> De este modo se evita que el personal de enfermería caiga en desviaciones que incurren en una falta penal como la omisión, tal como se establece en la reglamentación del artículo 5º Constitucional de la Ley General de Profesiones, en su artículo 71 establece que “los profesionales serán civilmente responsables de las controversias que cometan en el desempeño de su trabajo”. Así como en el artículo 33, “está obligado a poner sus conocimientos científicos y recursos al servicio de su cliente”.<sup>17</sup>

Para implementar el plan de alta en las instituciones como documento legal en nuestro país, el personal de enfermería del Hospital de la Mujer considera que es necesario hacer una mayor difusión de éste, así como hacer más investigación al respecto y aplicarlo de acuerdo con los diferentes

niveles de atención. Su aplicación según Puntunet<sup>10</sup> implica un cambio en el actuar del profesional de enfermería, pues cambia la concepción que la persona tiene sobre la profesión al descubrir que ella brinda cuidados de forma integral y autónoma.

Noventa por ciento de los enfermeros en nuestro estudio, perciben que el plan de alta tendría un impacto en la disminución de quejas y reingresos hospitalarios, tal como lo plantea Cano,<sup>8</sup> donde evidencian que, mediante la educación para la salud y el seguimiento vía telefónica, disminuye en 29.9% los reingresos tras la implementación planificada del alta en pacientes mayores de 65 años. De igual forma Alonzo<sup>7</sup> ha demostrado que la aplicación del plan de alta entre otras medidas disminuye el número de reingresos, por lo que, una intervención individualizada dentro del plan del alta, mejora el estado de salud y permite la continuidad de los cuidados, disminuyendo así los reingresos por la misma causa en personas mayores de 65 años.

Si se disminuyen los reingresos, se aumenta la calidad de vida, garantizando así su pronta recuperación y reintegración a la sociedad y, por ende, se disminuyen el número de quejas, por lo que el plan de alta lo debemos considerar como una herramienta fundamental para brindar cuidados de enfermería. Para lograr esto, es necesario que todo el personal de enfermería aplique el plan de alta.

## CONCLUSIONES

La aplicación del plan de alta en enfermería es una de las formas para fomentar el autocuidado y la reintegración del paciente a la sociedad, ya que nos proporciona una visión completa, rápida y veraz del estado de salud del paciente, así como de los cuidados enfermeros que requiere.

Por lo que es necesario que tanto las escuelas y facultades de enfermería incluyan al plan de alta de enfermería dentro de los programas de estudio, ya que éste es una herramienta fundamental para dar continuidad a los cuidados de enfermería y así, evitar en la medida de lo posible los reingresos hospitalarios, disminución de quejas y complicaciones. Es por esto que este plan se debe proporcionar de forma oral y escrita al paciente y/o a su familia cuando egrese y éste debe ser lo más claro y entendible posible.

## AGRADECIMIENTOS

A la jefatura de Investigación del Hospital de la Mujer por el apoyo en la recolección de información. Asimismo a todo el personal de enfermería de esa unidad hospitalaria, ya que sin su colaboración no hubiera sido posible realizar esta investigación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Santamaría-Fernández MB, Duque-López EA. Eficacia de la planificación del alta de enfermería en pacientes mayores de 65 años con patología cardíaca [internet]. Madrid, España: Fundación Hospital Alcorcon; 2007 [Acceso 20-01-2013]. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/qcvc/llave/c112e/santamariam.php>
2. Navarro-Arnedo JM, Orgiler-Uranga PE, De Haro-Marín S. Nuevo informe de alta de enfermería de cuidados intensivos: grado de satisfacción y cumplimentación de los colectivos implicados. *Rev Enferm Colón*. 2006; 16(4): 190-197.
3. Ube-Pérez JM, Urzanqui-Rodríguez M, Concepción-Rodríguez H, Blasco-Ríos M, Ascarza-Rubio S, Musitu-Pérez V. Evaluación de la relevancia del informe de enfermería al alta hospitalaria por el usuario interno y externo. *Rev Nure Investigación*. 2006; (24): 1-23.
4. Carpenito-Lynda J. *Diagnósticos de Enfermería*. 3a ed. Madrid, España: Interamericana Mc-Graw Hill; 2000: 170-172.
5. Pinzón-Salazar L. El plan de alta: una herramienta para el cuidado integral y la recuperación de la persona enferma. [Acceso 21-02-2013]. Disponible en: <http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/dolados/revis.php>
6. Talamante-Sierra C, Sayas-Chulia V, Famoso-Poveda MJ, Muñoz-Izquierdo A, Peiro- Andres A et al. Continuidad de cuidados: Alta en enfermería. *Rev Enferm Cardiol*. 2007; 41: 35-40.
7. Alonso-Martínez JL, Llorente-Diez B, Echegaray-Agara M, Urbietta-Echezarreta MA, González-Arencibia C. Reingreso Hospitalario en Medicina Interna. *Rev An Med. Interna*. 2001; (18): 28-34.
8. Cano-Arana A, Martín-Arribas MC, Martínez-Piedrola M, García-Talles C, Hernández-Pascual M et al. Eficacia de la planificación del alta de enfermería para disminuir los reingresos en mayores de 65 años. *Atención primaria*[Inertnet]. [Acceso 26-03- 2013]. Disponible en: [http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ArticleURL&\\_udi=B94RY](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B94RY)
9. Cardozo-Gonzales RI, Scatena-Villa TC, Nunes-Alves L, Laecher-Caliri MH, Midori-Sasaki C. Gerenciamiento de caso de enfermería en el proceso de alta hospitalaria del paciente con lesión medular. *Rev Mex Enfer Cardiol*. 2000; 8: 7-13.
10. Puntunet BM, López FL, Domínguez BA, Cadena EJC, Ruiz AC, Teniza ND. Diseño y validación de un formato general para documentar el plan de alta en la persona con alteración. *Rev Mex Enfer Cardiol*. 2010; (18): 19-24.
11. Carta de los derechos generales de las pacientes y los pacientes 2001 [internet]. [Acceso 30-01-2013] Disponible en [https://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/derechos\\_pacientes.pdf](https://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/derechos_pacientes.pdf)
12. Secretaría de Salud. *Ley General de Salud en México* [internet]. México: Secretaría de salud; 2006 [Acceso 10 enero 2013] Disponible en <https://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-indice.htm>
13. Secretaría de Salud. *Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México* [Internet]. México: SSA; 2001. [Acceso 20-02- 2013]. Disponible en: <https://www.ssa.gob.mx/código/enfermería>. México \_pdf
14. Organización Colegial de Enfermería. *Código Deontológico de la Enfermería Española* [Internet]. España: Universidad de Navarra; 2003 [Acceso 25-01-2013]. Disponible en: <https://www.unav.es/cdb/esotcodigoenf.html>
15. Pérez-Fernández MC, Navarro-Infante FR, Dulce-García MA, Gallardo-Jiménez N, Fernández-Fernández A. Comunicación: una necesidad para el paciente-familia. Una competencia de Enfermería. *Revista Página-senferurg.com*. 2009; (13): 15-20.
16. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-Del Expediente Clínico. México: Diario Oficial de la Federación 2012. [Acceso 02-03-2013]. Disponible en: [https://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/norma\\_oficial.pdf](https://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/norma_oficial.pdf).
17. Cordova-Ávila MA. *Legislación en los servicios de enfermería* [Internet]. México: SSA; 2009. [Acceso 22-02-2013]. Disponible en <https://www.smme.org.mx/documentacion/LegislacionEnfermeria.pdf>

## La importancia del lavado de manos por parte del personal a cargo del cuidado de los pacientes hospitalizados

*Adela Alba-Leonel,\* Guillermo Fajardo-Ortiz,\*\* Joaquín Papaqui-Hernández\*\*\**

### RESUMEN

El lavado de manos con agua y jabón es una de las maneras más efectivas y económicas para prevenir las enfermedades infecciosas, nosocomiales y mejorar la seguridad del paciente. La prevalencia de morbilidad por gastroenteritis e infecciones respiratorias en los niños son la principal causa de demanda en la consulta externa y de hospitalización; éstas enfermedades se pueden prevenir con tan solo lavarse las manos con agua y jabón. Así mismo Serguey Kolesnikov reportaron que las epidemias descendieron notablemente tras la aparición del jabón. En mayo de 2007, la Organización Mundial de la Salud publicó el documento “Nueve soluciones para la seguridad del paciente”, con el propósito de reducir los daños relacionados con la atención sanitaria que afectan a millones de pacientes en todo el mundo. Dentro de las “Nueve soluciones para la seguridad del paciente” se planteó como novena solución, mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas en la atención de la salud. Por su lado, la Organización Mundial de la Salud calculó, que si médicos y enfermeras se lavaran las manos regularmente durante su jornada de trabajo, se evitarían en todo el mundo 1.4 millones de casos de infecciones adquiridas en hospitales y otros centros sanitarios por día, por lo que es necesario seguir exhortando a la población, así como al personal de salud, a conocer la técnica del lavado de manos, porque con esta labor conjunta se podría prevenir muchas enfermedades, infecciones y salvar muchas vidas.

**Palabras clave:** Lavado de manos, salva vidas, infecciones nosocomiales, seguridad del paciente, enfermedades infecciosas.

## The importance of hand washing by staff caring for hospitalized patients

### ABSTRACT

Handwashing with soap is one of the most effective and economical ways to prevent infectious diseases, nosocomial and improve patient safety. The prevalence of morbidity from gastroenteritis and respiratory infections in children are the main cause of action in the outpatient and inpatient; these can be prevented by simply washing hands with soap and water. Also Sergei Kolesnikov, epidemics reported significantly decreased after the appearance of soap. In May 2007, the World Health Organization published “Nine solutions for patient safety,” in order to reduce the harm associated with healthcare, affecting millions of patients worldwide. Among the “Nine solutions for patient safety” was raised as the ninth solution: Improving hand hygiene to prevent infections associated in health care. Furthermore, the World Health Organization cal ass, that if

---

\* *Maestra en Ciencias en Epidemiología. Profesor de Carrera Asociado “C”, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM.*

\*\* *Médico Cirujano, Master of Hospital Administration, Maestría en Ciencias Administrativas y Doctor en Historia.*

*Profesor Titular “C”, Facultad de Medicina, UNAM.*

\*\*\* *Ingeniero en Informática, Área de Integración de Información, División de Información en Salud, Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.*

*Correspondencia: M. en C. Adela Alba-Leonel, Antiguo camino a Xochimilco y Viaducto Tlalpan, Col. San Lorenzo Huipulco, 14370, Tlalpan, México, D.F.*

*Tel: 55 56 23 32 Ext. 269. E-mail: adelaalbaleonel@yahoo.com.mx*

---

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

---

doctors and nurses to wash their hands regularly throughout their work day low, would be avoided worldwide, 1.4 million cases of hospital-acquired infections and other healthcare per day. We need to continue urging the population and health personnel, to know the art of hand washing, because this joint work could prevent many diseases, infections and save lives.

**Key words:** Hand washing, saves lives, nosocomial infections, patient safety, infectious diseases.

## LA IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS EN SALUD

El lavado de manos con agua y jabón es una de las maneras más efectivas y económicas para prevenir enfermedades infecciosas, las cuales son la principal causa de mortalidad infantil. Con esta medida se podría reducir a casi la mitad de las muertes<sup>1,2</sup> y evitar una cuarta parte de defunciones por infecciones respiratorias agudas.<sup>3</sup> Así mismo las enfermedades diarreicas en México ocupan uno de los primeros lugares como causa de morbilidad en población menor de cinco años de edad, generando el 20% de la demanda de consulta en los servicios de salud y el 10% de las hospitalizaciones pediátricas.

Así mismo, esta medida sigue siendo la más importante para prevenir las infecciones nosocomiales, aun cuando ésta no ha sido suficientemente reconocida para dar atención en salud.<sup>4</sup> Lavarse las manos puede ser la clave de supervivencia de millones de personas, especialmente para los grupos de edad más vulnerables, como los grupos de las edades extremas de la vida.

### LAVADO DE MANOS

Existen pocas publicaciones basadas en la evidencia con estudios aleatorizados y estandarizados que demuestran que la higiene en los servicios de salud disminuye el riesgo de adquirir infecciones nosocomiales, no obstante, existen múltiples evidencias que demuestran que el uso correcto de medidas higiénicas disminuyen la morbilidad y mortalidad por infecciones nosocomiales desde el siglo XIX. Un ejemplo de ello es Ignaz Semmelweis (1818-1865) quien se preocupó por la alta tasa de mortalidad entre las parturientas por fiebre puerperal. Sus reportes llegaron a registrar hasta un 90% de la mortalidad, por lo que el médico húngaro decidió averiguar cuál era la causa.<sup>5,6</sup>

Semmelweis encontró que en el hospital vienés donde trabajaba, la maternidad estaba dividida en dos pabellones, los cuales estaban a cargo de dos médicos diferentes. En el primer pabellón, las mujeres embarazadas eran asistidas por médicos y estudiantes de medicina, mientras que en el segundo, los partos eran atendidos por las tradicionales matronas. Semmelweis observó que la tasa de mortalidad era muy baja en el segundo pabellón; intrigado, comenzó a observar cómo era la atención en este último pabellón.

Aunado a la trágica muerte de uno de sus amigos y colega, Jakob, que se había cortado en el momento de realizar una autopsia a una de las mujeres con fiebre puerperal, y debido al contagio, poco tiempo después falleció por una patología similar a la de las parturientas.

Aun cuando faltaban algunos años para que se hablara de gérmenes y contagios, Semmelweis estableció como una de las prácticas esenciales de la medicina moderna, la esterilización. Esta medida fue el resultado de su investigación del porqué habían diferencias en las tasas de mortandad en los dos pabellones, donde logró comprobar que las muertes aumentaban en el segundo pabellón cuando los estudiantes eran quienes brindaban la atención.

Semmelweis descubrió horrorizado que tanto él, como los médicos y estudiantes habían sido los responsables de tantas muertes, ya que los médicos no limpiaban el instrumental después de tratar a cada paciente y tampoco se lavaban las manos, a diferencia de la práctica ancestral de las matronas, que era mucho más higiénica, lo que evitaba que las madres no sucumbieran a las infecciones del postparto. El doctor Klein, jefe de Semmelweis, no daba crédito a la teoría de Semmelweis, por lo que las muertes siguieron sucediendo. Desesperado ante esta situación, instaló lavabos y obligó, tanto a los estudiantes como a los médicos a lavarse las manos, así como a esterilizar el instrumental que utilizaban en cada intervención o procedimiento, con esta intervención, se redujo la mortalidad de las parturientas en los años siguientes, demostrando que la higiene ayudaba a salvar vidas. Semmelweis regresó a Hungría donde siguió con sus prácticas de higiene médica, las cuales pronto se hicieron populares por todo el país, mientras que en el resto de Europa se ignoraba su descubrimiento. La instauración del lavado de manos con una solución de cloruro de calcio, redujo las muertes hasta en un 12%.

Posteriormente en 1879, Louis Pasteur (1822-1895) identificó a la bacteria estreptococo como la causa de la sepsis puerperal. A partir de entonces, se instruyó hacia una mejora en la higiene hospitalaria y un mejor control de las infecciones, gracias a esta acción se han salvado millones de vidas.<sup>7</sup> En 1878, Robert Koch (1843-1910) demostró el origen microbiano de las infecciones en heridas accidentales y quirúrgicas. Esta aportación permitió que los cirujanos se concentraran en evitar la entrada de gérmenes tanto en heridas quirúrgicas o accidentales y no tanto en la desinfección de una herida contaminada.

Por otro lado, Florence Nightingale (1820-1910) afirmó que hay cinco puntos esenciales para asegurar la salubridad de las viviendas, éstos son: aire puro, agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz. Su teoría se centró más en el ambiente y a un entorno saludable, como un aspecto necesario para aplicar los cuidados adecuados de enfermería. En 1855, se logró reducir la mortalidad por infecciones de 42 al 2%.

### ENFERMEDADES ASOCIADAS CON LA FALTA DE HIGIENE DE LAS MANOS

Diariamente mueren 5 mil niños a causa de la diarrea, llamada “enfermedad de las manos sucias”, mayoritariamente en África y Asia. Cada año, más de 3.5 millones de niños no llegan a celebrar su quinto cumpleaños debido a enfermedades como la diarrea y a la neumonía.<sup>8-11</sup> Al respecto, se puede afirmar que podrían evitarse la mitad de estas muertes si los niños se lavaran las manos con jabón antes de comer y después de ir del baño.<sup>12</sup>

En México y en países en vías de desarrollo, la prevalencia de morbilidad por gastroenteritis e infecciones respiratorias en los niños es la principal causa de demanda en la consulta externa, así como de hospitalización; estas enfermedades se pueden prevenir con tan sólo lavarse las manos con agua y jabón,<sup>13,14</sup> así como el uso de geles desinfectantes. Esta medida podría salvar más vidas que cualquier vacuna, reducir la mortalidad por diarreas en un 50%<sup>1</sup> y un 25% de las muertes por infecciones respiratorias agudas.<sup>3,15</sup>

A nivel mundial se ha reportado que más de 1.4 millones de personas han contraído una infección en el hospital, por lo que se insiste que el lavado de manos con agua y jabón es el método más eficaz y más barato para prevenir muchas enfermedades infecciosas.<sup>16,17</sup> Serguey Kolesnikov miembro de la Academia de Ciencias Médicas de Rusia, en el 2010 reportó que las epidemias descendieron notablemente tras la aparición del jabón, el cual apareció relativamente hace poco, pero parece que lo usamos durante siglos. Anteriormente se empleaban soluciones alcalinas y agua pura; durante los siglos XIV-XVI se reportó la existencia de varias epidemias donde el agua se consideraba como portadora de infección, por eso gran parte de las personas no se lavaban con agua. Guillermo IV y otros soberanos no se bañaban y prohibían hacerlo a los cortesanos por la misma razón. Sin embargo, en los siglos XVI y XVII apareció el jabón y muchos problemas desaparecieron porque es un antiséptico alcalino, no importando si le añaden o no sustancias antimicrobianas. Éste penetra profundamente en los poros de la piel, donde “anidan” los microbios y protege la superficie de la piel. Pese a la evidente utilidad del lavado de manos, las personas se olvidan frecuentemente de esta simple medida.

Los sociólogos ingleses reportaron que tan sólo un tercio de los hombres están acostumbrados a lavarse las manos después de ir al baño. Los galenos británicos esclarecieron que la mayoría de los adultos aplican las reglas de higiene, sólo a la vista de otras personas o cuando sienten que están siendo observadas.

Todos conocemos la exhortación de “lávense las manos antes de comer” desde la infancia y sin embargo hasta la fecha siguen existiendo “enfermedades de las manos sucias”. Por eso consideramos que no está de más recordar la utilidad del agua pura y del jabón, así como la importancia que tuvo su descubrimiento y su uso en la historia de la medicina y su aplicación por el profesional de salud. Por esto es necesario difundir a la población este método simple y eficaz para mantener su salud, de sus familiares y salvar vidas.

Por lo anterior, es necesario de nueva cuenta exhortar a la población así como al personal de salud a conocer la técnica del lavado de manos, porque juntos podemos prevenir muchas enfermedades y muertes innecesarias.

El personal de salud debe tomar en cuenta los cinco momentos en el que se debe llevar a cabo la higiene de manos:

1. Antes del contacto directo con el paciente.
2. Antes de realizar una tarea aséptica o manipular un dispositivo invasivo, no obstante del uso de guantes.
3. Después del riesgo de exposición a fluidos o secreciones corporales.
4. Después del contacto con el paciente.
5. Después del contacto con el entorno del paciente y el medio asistencial.

De esta manera, la higiene de las manos cumple con dos propósitos fundamentales: el de proteger al paciente y al trabajador de salud. Es por estas razones que se debe hacer en dos momentos: antes y después de la atención. La indicación de antes, está presente en los momentos uno y dos, esto es cuando hay un riesgo de transmisión de microorganismos al paciente, por lo que se protege específicamente al paciente. La indicación de después, se debe dar en los momentos tres, cuatro y cinco, ya que es cuando hay riesgo de transmisión de microorganismos al trabajador de la salud o al medio asistencial; con esta medida se protege tanto al trabajador como el ambiente hospitalario.

Las IH existen desde que fundaron los hospitales y se presentan en todos los centros de salud del mundo, independientemente de la complejidad, infraestructura de desarrollo y nivel socio-económico cultural. Estas pueden afectar a las personas que asisten a los establecimientos de salud, independientemente del motivo por el cual acudieron inicialmente, sin embargo, los pacientes son la población más vulnerable a las IH, ya que son sometidos a diversas

técnicas de diagnóstico y tratamiento, posteriormente le sigue el personal de salud por los riesgos de trabajo. Se ha reportado que existe desde un 3 hasta un 17% de la población que requiere de ser hospitalizado, lo cual aumenta su vulnerabilidad de presentar IH. Si analizamos el impacto que tienen, podemos observar que la prevalencia de morbilidad fluctúa entre un 5 y 15% de los pacientes hospitalizados, teniendo un peso en la mortalidad hospitalaria cercana al 1% como causa directa y como causa contribuyente, entre un 4 y un 5%.

En Estados Unidos ocurren aproximadamente 2,000,000 infecciones hospitalarias anuales, lo que involucra de un 5 hasta 10% de los pacientes hospitalizados, provocando aproximadamente 90,000 muertes y un costo que oscila entre los 4,5 y 7 billones de dólares anuales. Por ello, se confirma que las IH son un problema de salud pública en los hospitales, ya que significan un alto costo social y económico, lo que ocasiona efectos colaterales como la disminución de posibilidades en el uso de camas para pacientes con otras patologías; por lo que la vigilancia epidemiológica es necesaria y fundamental, en la prevención y control de las IH y de disminuir la morbilidad y mortalidad por IH, así como la reducción de costos. Las IH, afectan a 1 de cada 10 pacientes que han sido internados en un hospital, por lo que siempre se han presentado temores de internar a un paciente por cualquier evento.

De acuerdo con el primer estudio sistemático,<sup>18</sup> se reportó que en 35 hospitales agudos de nueve provincias, uno de cada diez pacientes hospitalizados desarrolla una infección causada por algún microorganismo que habita en las manos, en las superficies de la habitación o en los dispositivos de asistencia, los cuales modifican el estado de salud de forma rápida y, lo hacen principalmente aunado a otras enfermedades, como son la neumonía, seguida de las infecciones urinarias, del sitio donde se realizó el acto quirúrgico, la sangre o en los tejidos blandos, o bien, cuando se utilizan respiradores y/o catéteres urinarios, y/o catéteres intravasculares o por el simple hecho de ingresar al servicio de terapia intensiva.

Durlach analizó la información de 4,249 pacientes internados, de los cuales el 11.3% desarrolló una infección producida por una bacteria adquirida en el hospital, lo que provocó complicaciones diferentes a la causa original de ingreso del paciente al hospital. Al revisar a los 1,229 pacientes que habían ingresado al quirófano, se comprobó que el 10.2% había desarrollado una infección en el sitio de la cirugía.

En Argentina, las tres infecciones hospitalarias más comunes triplican las cifras de la encuesta que se realizó en el 2006 sobre la prevalencia de infecciones nosocomiales en cuatro países, tomando como parámetro la prevalencia de

7.6%, del Centro de Vigilancia de Infecciones Asociadas con la Atención de la Salud de Irlanda del Norte, del Grupo de Investigación Interdisciplinaria en Epidemiología Crítica de la Universidad de Cardiff y de los departamentos de Servicios Sociales y de Salud Pública y de Control y Prevención de las Infecciones del Reino Unido.

Jonathan Edwards, de la Red Nacional de Seguridad en el Cuidado de la Salud de los Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades de los Estados Unidos comentó que quizás no es posible que podamos evitarlas en un 100% las IH, pero lo más importante es convencer de implementar las mejores prácticas clínicas para reducir su incidencia de las IH.

La principal causa de las IH es el *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (SARM)<sup>19</sup> que causa el 10% de las infecciones nosocomiales registradas; su principal vía de acceso al organismo es el lugar de la cirugía, el uso de catéteres intravenosos y respiradores en las unidades de terapia intensiva, así como en algunas especialidades quirúrgicas, por lo que los profesionales de salud deben plantearse como objetivo principal disminuir los factores de riesgo de las infecciones nosocomiales como son: los procedimientos realizados con instrumentos, el uso de nutrición parenteral, catéteres intravasculares y los respiradores mecánicos. Esto se puede evitar siguiendo las guías de buenas prácticas clínicas, donde también se indica que se debe realizar el lavado de manos antes y después de atender a un paciente, el uso correcto de los antibióticos, la higiene del ambiente y la desinfección de los equipos de asistencia.<sup>16</sup>

#### RECOMENDACIONES PARA EL LAVADO DE MANOS CON AGUA Y JABÓN

Se recomienda el lavado de manos con agua y jabón:<sup>20</sup>

- Cuando las manos estén visiblemente sucias o contaminadas con material como sangre u otros fluidos corporales lavarse las manos con jabón o gel antimicrobiano/no antimicrobiano y agua.
- Antes de comer y después de usar los sanitarios, lavarse las manos con un jabón o gel antimicrobiano/no antimicrobiano y agua.
- Lavarse las manos con un jabón o gel antimicrobiano y agua, si se sospecha o se prueba la exposición a *Bacillus anthracis*. La acción física de lavar y enjuagar las manos bajo tales circunstancias es recomendada porque todos los antisépticos tienen pobre actividad contra las esporas.

Se recomienda la fricción de manos con una solución alcohólica:

- Si las manos no están visiblemente sucias, usar una solución alcohólica o gel-alcohol para la descontaminación rutinaria ante las siguientes situaciones clínicas:
  - a. Tener contacto directo con los pacientes.
  - b. Antes de colocarse guantes estériles, cuando se va a insertar un catéter vascular central.
  - c. Antes de colocar un catéter urinario, vascular periférico o realización de otro procedimiento invasivo que no requiera un procedimiento quirúrgico.
  - d. Después del contacto con la piel intacta de pacientes (por ejemplo, cuando se toma el pulso, presión arterial y cuando se acondiciona a los pacientes).
  - e. Después del contacto con fluidos corporales o excreciones, membranas mucosas, piel no intacta y curación de heridas si éstas no quedan visiblemente sucias.
  - f. Si se mueve desde un sitio corporal contaminado a un sitio corporal limpio durante los cuidados de un paciente.
  - g. Después del contacto con objetos inanimados (incluye equipo médico) en la proximidad inmediata del paciente.
  - h. Después de retirarse los guantes.

### VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN MÉXICO

La Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria es la instancia responsable de asesorar a la dirección médica y áreas del sistema hospitalario sobre el análisis de los perfiles y tendencias epidemiológicas de las enfermedades infecciosas. Esta unidad debe estar conformada por un Comité multidisciplinario; sus actividades están basadas en las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud, así como en políticas y procedimientos locales, nacionales e internacionales y, al mismo tiempo, implementa acciones para prevenir infecciones en pacientes, familiares, visitantes durante el tiempo de hospitalización y del personal de salud.

### CONSIDERACIONES

De acuerdo con los cambios de conducta que se han generado en el siglo XX, se ha creado –o bien– se ha provocado una falsa imagen de seguridad al utilizar antimicrobianos para combatir infecciones –o bien– utilizarlos como medida profiláctica, lo que ha motivado la disminución de las prácticas de limpieza y desinfección, las cuales son las que evitan las infecciones intrahospitalarias; con ello se ha incrementado la resistencia y multiresistencia de los microorganismos ante los antibióticos.

Derivado de lo anterior en mayo de 2007, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzo “Nueve soluciones para la seguridad del paciente” con el propósito de reducir los daños relacionados con la atención sanitaria que pagan millones de pacientes en todo el mundo. Estas soluciones fueron planteadas por el Centro Colaborador de la OMS sobre la seguridad del paciente.

En estos últimos cinco años, se ha estimado que uno de cada diez pacientes hospitalizados sufren daños derivados de la atención recibida en países desarrollados y se estima que la cifra es probablemente mucho mayor en países en vías de desarrollo, por lo que es necesario conocer cómo podemos evitar daños innecesarios a los pacientes durante su tratamiento y cuidados en la atención. Cabe mencionar que estas nueve soluciones se basan en intervenciones y acciones que han reducido los problemas relacionados con la seguridad del paciente en algunos países, por lo que su difusión es ahora de manera accesible, para que todos los Estados miembros de la OMS puedan usarlas o reformular los procedimientos de asistencia y cuidado al enfermo, con la finalidad de dar mayor seguridad al paciente.<sup>21</sup>

La Dra. Margaret Chan “reconoció que los fallos de la atención sanitaria afectan a uno de cada diez enfermos en todo el mundo por lo que la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente y el Centro Colaborador han combinado nueve soluciones eficaces para reducir esos errores”. Así mismo el Dr. Liam Donaldson, presidente de la alianza ha manifestado que “en todo el mundo, los sistemas de salud reconocen hoy día que la seguridad del paciente es una cuestión prioritaria”.

Dennis S. O’Leary, Presidente de *The Joint Commission* ha señalado que “estas soluciones ofrecen a los estados miembros de la OMS un nuevo e importante recurso para ayudar a sus hospitales a evitar muertes y lesiones prevenibles” por lo que “todos los países afrontan hoy tanto la oportunidad como el reto de traducir esas soluciones en acciones concretas que efectivamente salven vidas”.

Dentro de las “Nueve soluciones para la seguridad del paciente” se planteó como la novena solución mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas en la atención de salud.

La OMS en 2007, calculo que si médicos y enfermeras se lavaran las manos regularmente durante su jornada de trabajo, se evitarían cada día en todo el mundo 1.4 millones de casos de infecciones adquiridas en hospitales y otros centros sanitarios. En los países desarrollados, se infectan durante su estadía entre el 5 y 10% de los pacientes hospitalizados, mientras que en algunos países no desarrollados las cifras ascienden hasta un 25%.<sup>22</sup> Asimismo en el 2008, la ONU así como la UNICEF declararon el 15 de octubre como “Día Mundial del Lavado de Manos”

con el eslogan de “¡Las manos limpias salvan vidas! Por muy banal que parezca este proceder, es capaz de salvar a diario miles de niños”.

Por esto es necesario seguir exhortando a la población así como al personal de salud a conocer la técnica del lavado de manos, porque juntos podemos prevenir muchas enfermedades, infecciones y salvar muchas vidas.

## REFERENCIAS

1. Lorna F, Kaufmann RB, Kay D, Enanoria W, Haller L, Colford JMC. Water, sanitation and hygiene interventions to reduce diarrhea in less developed countries: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*. 2005; 5(1): 42-52.
2. Also CV, Cairncross S. Effect of washing hands with soap on diarrhea risk in the community: A systematic review. *The Lancet Infectious Diseases*. 2003; 3: 275-281.
3. Well Fact Sheet [Internet]. [access January 10, 2013]. Available in: <http://www.Iboro.ac.uk/well/resources/fact-sheets/factsheets-htm/Handwashing.htm>
4. Larson EL, Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology 1992-1993, 1994 APIC Guidelines Committee. APIC guideline for handwashing and hand antisepsis in health care settings. *Am J Infect Control*. 1995; 23: 251-269.
5. Medicina de la primera mitad del siglo XIX [Internet]. [access November 15, 2012]. Available in: <http://escuela.med.puc.cl/publ/historiamedicina/SigloXIXIgnazSemmelweis.html>
6. Wiese ER. Semmelweis. *Ann Med Hist*. 1930; 2: 80-88.
7. World Alliance for Patient Safety, Global Patient Safety Challenge 2005/2006. Clean care is safer care. WHO Guidelines for Hand Hygiene in Health Care Geneva: WHO [access November, 18, 2012]. Available in: [http://www.who.int/patientsafety/events/05/en/GPSC\\_Exec\\_Summary\\_04052005\\_DEF.pdf](http://www.who.int/patientsafety/events/05/en/GPSC_Exec_Summary_04052005_DEF.pdf)
8. Pittet D. Clean hands reduce the burden of disease. *The Lancet*. 2005; 366: 185-187.
9. Luby SP, Agboatwalla M, Painter J, Altaf A, Billhimer W, Hoekstra RM. Effect of intensive handwashing promotion on childhood diarrhea in high-risk communities in Pakistan: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2004; 291: 2547-2554.
10. Luby SP, Agboatwalla M, Feikin DR et al. Effect of handwashing on child health: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2005; 366: 225-233.
11. Sauver J, Khurana M, Kao A, Foxman B. Hygienic practices and acute respiratory illness in family and group day care homes. *Public Health Reports*. 1998; 544-545.
12. UNICEF. El estado mundial de la Infancia. UNICEF; 2008.
13. Curtis V, Cairncross S. Effect of washing hands with soap on diarrhoea risk in the community: A systematic review. *Lancet Infect Dis*. 2003; 3(5): 275-281.
14. Shahid NS, Greenough WB 3rd, Samadi AR, Huq MI, Rahman N. Hand washing with soap reduces diarrhea and spread of bacterial pathogens in a Bangladesh village. *J Diarrhoeal Dis Res*. 1996; 14(2): 85-9
15. Ryan MA, Christian RS, Wohlrahe J. Handwashing and respiratory illness among young adults in military training. *Am J Prev Med*. 2001; 21: 79-83.
16. Luby S, Agboatwalla M, Raza A et al. A low-cost intervention for cleaner drinking water in Karachi, Pakistan. *Int J Infect Dis*. 2001; 5: 144-150.
17. Pittet D, Sax H, Hugonnet S, Harbarth S. Cost implications of successful hand hygiene promotion. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2004; 25: 264-266.
18. Czubaj F. En 35 hospitales del país las infecciones hospitalarias afectan a 1 de cada 10 internados. 2011 [acceso 7 de enero de 2013]. Disponible en: <https://www.intramed.net>.
19. Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, Mourouga P, Sauvan V, Touveneau S, Pernege TV. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *The Lancet*. 2000; 356: 1307-1312.
20. Boyce JM, Pittet D. Guideline for hand hygiene in health-care settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2002; 51: 1-44.
21. OMS. Nueve soluciones para la seguridad del paciente a fin de salvar vidas y evitar daños. [acceso el 14 de noviembre de 2012.]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/index.html>
22. La OMS y su iniciativa Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. *Arch Argent Pediatr*. 2009; 107(5): 385-386.

## Precauciones del aislamiento de los pacientes con enfermedades transmisibles en una institución de tercer nivel

*Gloria Ortiz-López,\* Ricarda Miranda-Tinoco,\* María Guadalupe Lara-Martínez\*\**

### RESUMEN

El concepto de aislamiento para personas con enfermedades transmisibles fue aplicado desde tiempos bíblicos, una muestra de ello son las colonias de leprosos.<sup>1</sup> Durante la guerra de Crimea, Florence Nightingal concluyó en la necesidad de dividir las salas comunes en cubículos y enfatizó la importancia de la asepsia y del mantener los ambientes limpios, cambiando así el concepto de la transmisión de las infecciones.<sup>2</sup> Con estos ejemplos, podemos ver a través de la historia como los conceptos y procedimientos se van mejorando y avanzando con el propósito de controlar las infecciones. En 1996, el Comité Asesor de Prácticas sobre el Control de Infecciones Hospitalarias (HICPAC) publicó la Guía para las Precauciones de Aislamiento en los Hospitales, definiendo con ello las precauciones estándar y las precauciones basadas en la transmisión.<sup>3</sup> El objetivo de este trabajo fue hacer una revisión bibliográfica de los diferentes artículos científicos sobre las precauciones del manejo de pacientes con enfermedades transmisibles en una institución de tercer nivel para comprobar si existe o no una estandarización en las recomendaciones y en los procedimientos de enfermería en la práctica diaria. Se enfocó en las precauciones del aislamiento de los pacientes con enfermedades transmisibles mediante la revisión exhaustiva de diversas fuentes bibliográficas y mediante de fuentes electrónicas. Como resultado de dicha revisión comprobamos que sí existe una estandarización en las recomendaciones para el aislamiento del enfermo infeccioso, sin embargo, con la revisión de los manuales de diferentes instituciones observamos que hace falta ser más específico en los procedimientos, uso y manejo del material requerido para cumplir con las recomendaciones para el aislamiento, ya que un número importante de estos manuales no cuenta con estos datos, así como la disponibilidad y difusión de éstos.

**Palabras clave:** Transmisión, infección, precauciones, aislamiento.

## Isolation precautions in patients with communicable diseases in a third-level institution

### ABSTRACT

The concept of isolation for people with contagious diseases, was applied since biblical times, a sample are leper colonies, during the Crimean ar Florence Nightingale concludes the need to divide the communal rooms in cubicles and emphasizes the importance of asepsis and maintain clean environments, so changing the concept of the transmission of infections. With these examples we can see through the history as the concepts and procedures are getting better and advancing in order to control infections. In 1996, the Advisory Committee for Practice on Control of Hospital Infections (HICPAC) published the Guidelines for Isolation Precautions in Hospitals defining for it the standard precautions and precautions based on transmission. The objective of this study was to review the literature of different scientific articles about precautions for handling patients with contagious diseases in a third level institution, to verify whether or not standardization exists in the

---

\* *Enfermera General. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía MVS. Adscrita al Servicio de Neuroinfectología*

\*\* *Enfermera General, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía MVS. Adscrita al Servicio de Neurocirugía*

*Correspondencia: Enfermera Gral. Gloria Ortiz López. Tel: 57583042, cel: 5551820856. E-mail: ortizgloria52@hotmail.com*

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

recommendations and procedures in nursing daily practice. It focused on isolation precautions for patients with contagious diseases through an exhaustive review of various literature sources through electronic sources. As a result of that review we check that there is standardization in the recommendations for isolation of infectious patient. However, with the revision of textbooks from different institutions, we see that need to be more specific in the procedures, use and handling of material required to comply with the recommendations for isolation because a significant number of these manuals do not have these data. Well as availability and dissemination of these.

**Key words:** Transmission, infection, precautions, insulation.

## INTRODUCCIÓN

Existen recomendaciones universales para el aislamiento de pacientes hospitalizados con enfermedades transmisibles, sin embargo, en la práctica diaria se ha observado que existen discrepancias en el personal de salud al aplicar los procedimientos para cumplir estas recomendaciones, lo que podría influir en el índice de infecciones nosocomiales y en los accidentes laborales.

A través de la historia los conceptos y procedimientos para el aislamiento de los pacientes con enfermedades transmisibles se han ido modificando con la finalidad de reducir el índice de infecciones nosocomiales, sin embargo, a partir de la experiencia en la práctica diaria se han detectado diferencias en la aplicación de los procedimientos de aislamientos. Por lo anterior, el objetivo de esta revisión bibliográfica fue hacer un análisis sobre las precauciones para el manejo de pacientes con enfermedades transmisibles en una institución de tercer nivel, basadas en las normatividad oficial vigente. El objetivo específico fue el análisis de artículos y manuales sobre precauciones de aislamiento para concluir si existe o no una estandarización en los procedimientos de enfermería durante la práctica diaria, ante la observación de discrepancias en el manejo del material requerido para la aplicación de dichas precauciones en las personas con enfermedades transmisibles, lo cual podría influir en el índice de infecciones nosocomiales.

## METODOLOGÍA

Se realizó una revisión exhaustiva de doce artículos científicos y diez manuales de procedimientos de diferentes instituciones de salud que pudieran dar un sustento teórico a nuestro análisis.

1. Manual de Aislamiento Intrahospitalarios MINSAs – Lima Perú; 2003, p.14. Disponible en: [http://www.dge.gob.pe/influenza/AH1N1/doctec/manual\\_aislamiento\\_hosp.pdf](http://www.dge.gob.pe/influenza/AH1N1/doctec/manual_aislamiento_hosp.pdf) revisado febrero 2014.
2. *ibid.*
3. Rubio T, García de Jalón J, Sanjuan F, Erdozain M.A, Sainz de Murrieta J.I, Escobar E, Control de infección. Precauciones estándar. Política de aislamientos, ANALES Sistema Sanitario de Navarra 2000;23, Suplemento 2, p 112. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/86314857/Control-de-Infeccion-Precauciones-Estandar-Policas-de-Aislamientos> revisado febrero 2014.

Con el apoyo de medios electrónicos también se consultaron las páginas oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Comisión Permanente de Enfermería (CPE), así como la Ley General de Salud, las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud y dos libros de legislación. Se dio una mayor importancia a las fuentes nacionales dado que nos permiten obtener un panorama de lo existente en nuestro país. Se descartaron todos los documentos y artículos que no tuvieran validación teórica. Se estableció la diferencia entre las precauciones que se deberán adoptar con los pacientes en general y las precauciones relacionadas con el aislamiento y las precauciones basadas en la transmisión, lo que nos llevó a la conclusión y propuesta de una mejora.

## MARCO TEÓRICO

El concepto de aislamiento para personas con enfermedades transmisibles fue aplicado desde tiempos bíblicos, como en las colonias de leproso. <sup>4</sup> Antes de 1850, las infecciones cruzadas eran comunes y responsables de una alta mortalidad; durante la guerra de Crimea, Florence Nightingal concluyó en la necesidad de dividir a las salas comunes en cubículos y enfatizó la importancia de la asepsia y de mantener los ambientes limpios, cambiando así el concepto de la transmisión de las infecciones. <sup>5</sup>

A inicios de 1889, los hospitales empezaron a usar ambientes de aislamiento individual y agregaron medidas como la utilización de utensilios individuales y el uso de desinfectantes. Grancher en París, Francia, promovió la teoría de la transmisión de enfermedades por contacto, más que por aire, de muchas enfermedades, lo que permitió que pacientes con enfermedades contagiosas fueran internados en salas comunes pero con el uso de separadores de ambiente (biombos). <sup>6</sup> Esto sirvió para que el personal médico recordara usar guantes y lavarse las manos.

En 1910 surgen las “barreras de enfermería” que establecían un estricto uso de medidas diversas para prevenir la adqui-

4. Manual de Aislamiento Intrahospitalarios MINSAs, op. cit.
5. Rubio T, García de Jalón J, Sanjuan F, Erdozain M.A, Sainz de Murrieta J.I, Escobar E, op. cit.
6. Manual de Aislamiento Intrahospitalarios MINSAs, op. cit., p. 15.

sición de infecciones dentro de los hospitales, tales como el lavado de manos con soluciones antisépticas después del contacto y desinfección de materiales contaminados.<sup>7</sup>

El Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) inició el desarrollo de las primeras recomendaciones sobre aislamiento en 1967 y las publicó en 1970.<sup>8</sup> En 1985 y 1986, publicó las recomendaciones para prevenir la infección por VIH en el medio laboral: “Las precauciones universales” (sangre y fluidos corporales), siendo usadas como base de algunas guías publicadas por la OMS con el propósito de adecuarlas a países con menos recursos.<sup>9</sup> En 1996, el Comité Asesor de Prácticas sobre el Control de Infecciones Hospitalarias (HICPAC) publicó la “Guía para las Precauciones de Aislamiento en las instituciones de hospitalización”, fusionando las principales características de las precauciones universales y el aislamiento de sustancias corporales –en lo que ahora conocemos como precauciones estándar– para ser utilizadas con todos los pacientes en todo momento e incluyó tres categorías de precauciones basadas en la transmisión (aérea, por gotas y de contacto).<sup>10</sup>

Ahora bien, las personas con enfermedades transmisibles son valoradas para mantenerse en aislamiento; este concepto consiste en la separación de personas infectadas de los huéspedes susceptibles durante el periodo de transmisibilidad de la enfermedad en lugares y bajo condiciones tales que eviten o limiten la transmisión del agente infeccioso, es decir, que en todo paciente que se sospeche o documente un proceso infeccioso con riesgo de transmisión es recomendable una habitación individual con un lavabo de manos, jabón y toallas desechables dentro de la habitación.<sup>11</sup>

La Organización Mundial de la Salud documenta que las infecciones nosocomiales son una importante causa de morbilidad y mortalidad, por lo que la prevención y control de éstas están basadas principalmente en todas aquellas medidas que impiden que el agente infeccioso entre en contacto con el huésped susceptible.<sup>12</sup>

## PRECAUCIONES ESTÁNDAR

Son un conjunto de técnicas para el manejo de líquidos y fluidos o tejidos de todos los pacientes por parte del personal de salud que se fundamentan en el concepto de que todos

deben ser considerados como potencialmente infectantes por el virus de la inmunodeficiencia humana u otros agentes infecciosos transmitidos por sangre y fluidos corporales. Éstas se aplican a todos los pacientes que reciben una atención hospitalaria, sin importar su diagnóstico o estado presumible de infección.<sup>13</sup>

- Lavado de manos. Tiene como objetivo eliminar los microorganismos patógenos de la piel, siendo la medida más sencilla y menos costosa demostrada para la prevención de infecciones nosocomiales.<sup>14</sup>
- Uso de cubrebocas. La técnica de colocación de cubrebocas es la acción que se realiza para cubrir la nariz y la boca con una mascarilla para disminuir el riesgo de transmitir microorganismos patógenos al aire, proteger al paciente de infecciones por gotas y prevenir las infecciones adquiridas por la vía aérea.<sup>15</sup>
- Uso de bata. Es el procedimiento que se realiza para la colocación de una bata como barrera de protección para evitar la contaminación de superficies limpias con superficies contaminadas y para proteger la ropa que está en contacto con un paciente infectado o proteger a un paciente con inmunosupresión.<sup>16</sup>
- Uso de guantes. Se utiliza principalmente para reducir los riesgos de colonización transitoria de gérmenes del personal y de éstos a los pacientes; los guantes deben estar limpios y ser desechables. Éstos se usarán cuando exista la posibilidad de contacto con sangre, fluidos orgánicos, secreciones, membranas mucosas, piel no intacta o después de tener contacto con material contaminado; deberán cambiarse los guantes entre los procedimientos en un mismo paciente y entre un paciente y otro.<sup>17</sup>
- Uso de protección ocular. Se utilizará en caso de riesgo de salpicaduras a los ojos; se recomienda para la protección de mucosa conjuntival, durante los procedimientos que puedan ocasionar salpicaduras de sangre o fluidos corporales.

## PRECAUCIONES BASADAS EN LA TRANSMISIÓN

La transmisión de infecciones requiere de tres elementos: una fuente de microorganismos que infecten, un huésped

7. Rubio T, García de Jalón J, Sanjuan F, Erdozain M.A, Sainz de Murrieta J.I, Escobar E., op.cit., p. 109.  
8. Ponce de León R. Baridó M, Rangel F, Soto JL, Wey B S, Zaidi J. Manual de prevención y control de infecciones hospitalarias. Washington DC: OPS;1995:56.  
9. Manual de Aislamiento Intrahospitalarios MINSAs, op. cit., p. 17.  
10. Rubio T, García de Jalón J, Sanjuan F, Erdozain M.A, Sainz de Murrieta J.I, Escobar E, Control, op. cit., p. 112.  
11. Ponce de León R. op. cit., p. 49.  
12. Ponce de León R. op. cit., p. 450.

13. Espinosa de los Monteros M, Solache Alcaraz G, Alamillo García R. Manual de aplicación de precauciones de aislamiento, departamento de epidemiología, Hospital General de México 2012: p. 12 disponible en [http://201.161.5.235/pdf/pci/manual\\_precauciones\\_aislamiento.pdf](http://201.161.5.235/pdf/pci/manual_precauciones_aislamiento.pdf) revisado febrero 2014.  
14. Ponce de León R., op. cit., p. 52.  
15. Programa de prevención de educación sobre medidas de prevención y control de infecciones nosocomiales para personal de salud, familiares y visitantes, Instituto Nacional de Pediatría, México D.F, 2010: p. 12. Disponible en: [http://www.pediatría.gob.mx/pci\\_progra.pdf](http://www.pediatría.gob.mx/pci_progra.pdf) revisado febrero 2014.  
16. *ibid.*  
17. Ponce de León R., op. cit., p. 53.

susceptible y un medio de transmisión. Las fuentes humanas de los microorganismos infectantes pueden ser los pacientes, el personal de salud o en ocasiones, los visitantes y objetos inanimados del ambiente que se han contaminado, incluyendo el equipo.

Éstas son precauciones diseñadas sólo para el cuidado de pacientes específicos que se sabe o sospecha que están infectados o colonizados con patógenos importantes epidemiológicamente que pueden ser transmitidos.<sup>18</sup>

Hay tres tipos de precauciones según su transmisión: precauciones por transmisión aérea, precauciones por transmisión por gotas y precauciones por transmisión por contacto. Éstas pueden combinarse en enfermedades que tienen múltiples vías de transmisión. Cuando se utilizan, ya sean solas o en combinación, deben utilizarse además de las precauciones estándar.

- Precauciones por transmisión aérea. Se utilizan para pacientes confirmados o con sospecha de infección de microorganismos transmitidos por núcleos de gotas transportadas por el aire (< 5 µm), que pueden dispersarse por corrientes de aire a gran distancia y / o permanecer en suspensión largos periodos de tiempo.<sup>19</sup>

Se debe colocar al paciente en una habitación individual que tenga presión aérea negativa en relación con las áreas circundantes y una adecuada salida de aire al exterior o filtrado de alta eficiencia del aire de la habitación. Si esto no es posible, se debe mantener la puerta de la habitación cerrada y al paciente dentro de ella. Cuando no se disponga de un cuarto privado, se debe colocar en un cuarto con otro(s) paciente(s) que tenga(n) infección activa por el mismo microorganismo, pero no con otra infección. Utilizar protección respiratoria con cubrebocas de alta eficiencia (respirador N95). Limitar el movimiento y transporte del paciente desde su cuarto al exterior; si esto no es posible colocarle un cubrebocas.<sup>20</sup>

- Precauciones para transmisión por gotas. Deberán instalarse en pacientes con infecciones por microorganismos transmitidos por gotas (> 5 mc) y que se generan al estornudar, toser, hablar o durante la realización de los procedimientos. Instalar al paciente en un cuarto privado. Si no hay un cuarto privado se hará en cuarto doble

con otro paciente del mismo padecimiento, si no hay riesgo de otra infección. Si lo anterior no es posible, se debe mantener una distancia mínima de un metro entre el paciente infectado y otros pacientes o visitantes, así como usar cubrebocas cuando se trabaje muy cerca del paciente (menos de un metro). Se debe limitar el transporte del paciente a lo esencial y en caso de traslado, colocarle cubrebocas, guantes y bata. Éstas se usan si hay riesgo de salpicadura de secreciones respiratorias; los artículos contaminados deben ser desinfectados y/o esterilizados.<sup>21</sup>

- Precauciones para la transmisión por contacto. Se usarán para pacientes específicos con sospecha o diagnóstico de infección o colonización con microorganismos epidemiológicamente importantes, transmitidos por contacto directo con el paciente (contacto con las manos o de piel-a-piel que ocurre cuando la atención del paciente requiere tocar su piel seca) o contacto indirecto con superficies ambientales o artículos del paciente, así como su ropa de cama.<sup>22</sup>

Deberán usarse guantes al entrar al cuarto (los guantes limpios no estériles son adecuados), cambiarse los guantes durante la actividad con el paciente después de tener contacto con el material infectante que pudiera contener concentraciones elevadas de microorganismos (materia fecal, drenaje de heridas), quitárselos antes de salir del cuarto y lavarse las manos inmediatamente, asegurándose que después de esto no se toque ninguna superficie o artículo potencialmente contaminado para evitar así, el transporte del microorganismo fuera del cuarto hacia otras áreas o pacientes.<sup>23</sup>

Si es inminente el contacto del paciente con la ropa del profesional de salud, se debe colocar una bata limpia no estéril antes de ingresar a la habitación. Asegurarse que su ropa no entre en contacto con las áreas de riesgo después de retirar la bata; depositar la ropa utilizada en una bolsa preparada antes de salir de la habitación y, en la medida de lo posible, el equipo de trabajo rutinario y otros objetos como el estetoscopio, esfigmomanómetro, termómetro y los utensilios de eliminación deben ser para uso exclusivo del paciente.<sup>24</sup>

Es muy clara la necesidad de considerar a todos los pacientes como potencialmente infectantes, pero la

18. Fariñas Álvarez C, Teira Cobo R, Rodríguez Cundín P, Infección asociada a cuidados sanitarios (infección nosocomial), Cantabria. España. *Medicine*. 2010;10(49), p.3298. Disponible en: [http://uiip.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/pdf/Inf\\_urinaria\\_sanitarios\\_Medicine2010.pdf](http://uiip.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/pdf/Inf_urinaria_sanitarios_Medicine2010.pdf) revisado febrero de 2014.

19. Ponce de León R., op. cit., p. 52.

20. Ibid.

21. Cifuentes Díaz M. Norma de precauciones basadas en la Transmisión (Norma de aislamiento), Hospital clínico Universidad de Chile, 2012 Versión 1: p. 6. Disponible en: <http://www.diresacusco.gob.pe/inteligencia/epidemiologia/guias/guia%20aislamiento%20hospitalario.pdf> revisado febrero 2014.

22. Fariñas Álvarez C, Teira Cobo R, Rodríguez Cundín P., op. cit. p 3229.

23. Espinosa de los Monteros M, Solache Alcaraz G, Alamillo García R, op. cit., p. 19-21.

24. Ibid.

utilidad de las precauciones universales se limita a los patógenos transmitidos por sangre. Entonces es cuando se decide realizar una combinación del aislamiento para sustancias corporales y precauciones universales, resultando las “Precauciones estándar”, diseñadas para reducir el riesgo de transmisión de patógenos transmitidos por sangre y también por otros patógenos. Este tipo de recomendaciones deberán ser utilizadas en todos los pacientes hospitalizados.<sup>25</sup>

Dado que el CDC considera que es muy difícil que estas recomendaciones satisfagan las características de los más de 6,000 hospitales norteamericanos y más difícil aún, que lo hagan para los más de 15,000 hospitales latinoamericanos, se recomienda que los hospitales revisen las guías y las adapten de acuerdo con su infraestructura y recursos existentes de una manera práctica y prudente.<sup>26</sup>

### CONCLUSIONES

Como resultado de la revisión de diferentes artículos, se ha verificado la importancia de las precauciones de aislamiento en pacientes con enfermedades transmisibles, en una institución de tercer nivel y se ha comprobado que sí existe una estandarización en las normas recomendadas para el aislamiento del enfermo infeccioso. Sin embargo, con la revisión de los manuales de diferentes instituciones pudimos darnos cuenta que hace falta ser más específico en el uso y manejo del material requerido para cumplir con las recomendaciones para el aislamiento, ya que un número importante de estos manuales no cuenta con estos datos.

Las precauciones estándar están diseñadas para reducir el riesgo de transmisión de microorganismos tanto de fuentes conocidas como desconocidas de infección entre los pacientes y los trabajadores dentro de los hospitales. El lavado de manos y la práctica de las precauciones estándar protegen de los agentes infecciosos a los pacientes, al personal de la salud y a todo aquel individuo que tenga contacto con el medio hospitalario, por tanto, deben ser base de toda terapéutica intrahospitalaria.

Debido a que los recursos siempre serán limitados, es necesario planear cuidadosamente un sistema que permita asegurar el abastecimiento del personal, los materiales y los equipos esenciales. Aunado a una difusión detallada de los lineamientos para adoptar dichas precauciones por medio de manuales específicos. El éxito de esta implementación depende de una organización correcta de los

conocimientos, creatividad, disposición y difusión en el equipo de salud.

### LECTURAS RECOMENDADAS

- Álvarez Tuñón Z et al. Guía de aislamiento para pacientes con infecciones transmisibles edición resumida [Internet]. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios Hospital Valle del Nalón Asturias; 2007 [acceso febrero de 2014]: 40. Disponible en: <http://www.hca.es/huca/web/contenidos/servicios/dirmedica/almacen/preventiva/Gu%C3%ADa%20aislamiento%20Resumida.pdf>
- Biblioteca virtual de la OPS. Biblioteca virtual en salud/descriptores de la ciencia de la salud, ID: 029750 [Internet]. [Acceso 14 de febrero 2014]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/029750>.
- Cuervo Polanco MP. Técnicas para el aislamiento hospitalario. Guías para el manejo de urgencias. Bogotá Colombia: 1426-432. [acceso febrero de 2014]. Disponible en: [http://www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/Enfermeria/Tecnicas\\_para\\_el\\_aislamiento\\_hospitalario.pdf](http://www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/Enfermeria/Tecnicas_para_el_aislamiento_hospitalario.pdf)
- Chi J. El control de las enfermedades transmisibles. Informe Oficial de la Asociación Estadounidense en Salud Pública OPS. Publicación Científica y Técnica No. 581. 17ª ed. Washington, D.C.; 2001 [acceso febrero 2014]: 673. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/739/9275315817.pdf?sequence=1>
- Damián Yáñez L. Manual de procedimientos técnicos del departamento de enfermería. México: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Ismael Cosío Villegas: 2009 [acceso febrero 2014]: 378. Disponible en: [http://www.iner.salud.gob.mx/descargas/manuales/manuales\\_procedimiento/dirmedica/enfermeriatec.pdf](http://www.iner.salud.gob.mx/descargas/manuales/manuales_procedimiento/dirmedica/enfermeriatec.pdf)
- Enzo Latorre A. Recomendaciones y actualización de la normativa de aislamiento de pacientes del programa de infecciones intrahospitalarias República de Chile. Circular 46. Ministerio de Salud. División de Salud de las personas, programa de Infecciones Intrahospitalarias. 1998 [acceso febrero 2014]: 9. Disponible en: [http://info.seremisaludatacama.cl/documents/Autorizacion\\_Sanitaria/Tramites%20Sanitarios/Unidad%20de%20Profesiones%20M%C3%A9dicas/Normas%20y%20Reglamentos%20A.S/Profesiones%20M%C3%A9dicas/Infecciones%20Asociadas%20a%20Atenci%C3%B3n%20de%20Salud%20-%20IAAS/CIRCULAR%2046%20Actualizaci%C3%B3n%20Aislamiento%20MINSAL.pdf](http://info.seremisaludatacama.cl/documents/Autorizacion_Sanitaria/Tramites%20Sanitarios/Unidad%20de%20Profesiones%20M%C3%A9dicas/Normas%20y%20Reglamentos%20A.S/Profesiones%20M%C3%A9dicas/Infecciones%20Asociadas%20a%20Atenci%C3%B3n%20de%20Salud%20-%20IAAS/CIRCULAR%2046%20Actualizaci%C3%B3n%20Aislamiento%20MINSAL.pdf)
- Gómez F, Ochoa Linares M, Gonzáles Zarate. Guía de precauciones de aislamiento hospitalario Cusco. 2006 [acceso febrero 2014]: 23. Disponible en: <http://www.diresacusco.gob.pe/.../guias/GUIA%20AISLAMIENTO%20HO>
- Guirao-Goris JA, Olmedo Salas A, Ferrer Ferrandis E. El artículo de revisión. Revista Iberoamericana de Enfermería comunitaria. 2008 [acceso febrero 2014]; 1: 25. Disponible en: <http://revista.enfermeriacomunitaria.org/articuloCompleto.php?id=7>
- Hernández Valdez E, Acosta González M, Nadal Tur B, Pijuan Pérez M, Fon Abreu Y, Armas Rojas N. Intervención educativa para incrementar los conocimientos sobre bioseguridad en el personal de enfermería de una institución hospitalaria [internet]. Revista Cubana Enfermera. 2006; 22 (2). ISSN 1561-2961. Disponible en [http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22\\_2\\_06/enf08206.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_2_06/enf08206.htm) revisado febrero 2014.
- Infecciones hospitalarias, legislación en América Latina. Documento técnico- HDM/CD/hq/500-07. Disponible en: [http://www.org/hq/index.php?option=com\\_joomlabook&jtemid=260&jang=es](http://www.org/hq/index.php?option=com_joomlabook&jtemid=260&jang=es)
- Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos. Última modificación, enero 2014. Disponible en: <http://www.gparlamentario.org/.../Ley%20General%20de%20Salud.pdf>.
- Ade y Torrent MP, Bolis M. Infecciones hospitalarias, legislación en América Latina. Documento técnico- HDM/CD/hq/500-07. Washington D.C.: OPS: 2007 [acceso febrero 2014]. Disponible en: [http://www.org/hq/index.php?option=com\\_joomlabook&jtemid=260&jang=es](http://www.org/hq/index.php?option=com_joomlabook&jtemid=260&jang=es)
- Políticas para el aislamiento para pacientes con enfermedades transmisibles, Departamento de infectología, Comité de infecciones intrahospita-

25. Ponce de León R., op. cit., p. 55.

26. Ponce de León R., op. cit., p. 51.

- talarias. México D.F.: Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía MVS; 2013: 14.
- Políticas de Precauciones en el personal de salud y visitantes del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía MVS, Departamento de infectología, Comité de infecciones intrahospitalarias. México D.F.: Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía MVS; 2013: 5.
  - Precauciones y aislamientos ante patología infecciosa. Servicio de M. Preventiva del Hospital Ramón y Cajal de Madrid. 2002. disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/HSReyesAranda/es/calidad/precauciones-aislamientos-patologia-infecciosa>
  - Requisitos de Uniformidad para Manuscritos Presentados a Revistas Biomédicas (Estilo Vancouver)
  - Rodríguez MI, Espinoza E, Menjívar EV, Lineamientos para el control de infecciones de atención sanitaria. El Salvador: Editorial del Ministerio de Salud Pública; 2010 [acceso febrero 2014]. Disponible en: [http://www.paho.org/els/index.php?option=com\\_docman&tash=doc\\_dowland&gid=890&itemid=99999999-969K](http://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&tash=doc_dowland&gid=890&itemid=99999999-969K).

## Clínica de heridas y estomas, una propuesta de enfermería especializada

### Clinic of wounds, and stomata, a proposal for specialized nursing

María Teresa Arroyo Hernández\*

Las lesiones de la integridad de la piel, las úlceras por presión (UPP) en pacientes hospitalizados representa un problema importante debido a su prevalencia, a la vez que afecta la calidad de vida del paciente, e implican consecuencias socioeconómicas para la persona, familia e instituciones de salud, ya que aumenta la morbilidad, su prevención y manejo competen en gran parte al profesional de enfermería.

En México, el avance tecnológico en el cuidado de las heridas tiene su despunte hasta el final de los ochenta y principios de los noventa, en forma incipiente y aislada se inicia en algunas unidades hospitalarias. La incorporación de la terapia húmeda avanzada en nuestro país cuenta con la suficiente tecnología en hidrocoloides y alginatos, después paulatinamente se van incorporando nuevos productos para el cuidado de las heridas dentro de los que se destacan en la actualidad como los hidrocelulares, hidrofibras, hidrogeles, colagenasas, apósitos de plata, apósitos con yodo, hidrociurugía y cierre asistido al vacío, equipo electromédico para brindar un cuidado avanzado en heridas agudas y crónicas; sin embargo, son un mínimo los profesionales de la salud que cuentan con el aval académico y sustentan la práctica profesional en la educación para el cuidado, tratamiento y seguimiento para la atención de la persona con heridas y ostomías.

La Política de Estado de Salud<sup>§</sup> incide sobre los determinantes de la salud y adapta los servicios de atención médica a las nuevas necesidades. Promueve altos niveles de calidad, seguridad, eficacia y eficiencia. Prioriza las acciones de promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el control de los riesgos sanitarios. Para lograr reducir el impacto que tienen las enfermedades neurológicas y las lesiones

sobre los individuos, sus familias y la propia sociedad. La Norma Oficial Mexicana NOM-151-SSA-1996, que establece las especificaciones sanitarias (colostomía, ileostomía y drenaje).

La Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, normas y procedimientos en infecciones de herida quirúrgica, neumonías y bacteriemias deberán ser objeto de atención.<sup>¶</sup> El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN), es una institución única en su género en México y en América Latina. Especializado en las enfermedades neurológicas, neuroquirúrgicas y neuropsiquiátricas con un alto grado importante de discapacidad y repercusión socio-laboral y familiar, debido a la diversidad de los procesos musculoesqueléticos, metabólicos, endocrinos y cardiovasculares, que conllevan la presencia de las heridas crónicas de múltiples causas (quirúrgicas y úlceras por presión), además de disfunción gastrointestinal y urinaria (estomas e incontinencia), siendo un problema importante para los servicios de la salud.

Es por ello que surge la propuesta de la creación e implementación de la Clínica de Heridas y Ostomías en el Instituto, el cual ofrezca cuidado de calidad en forma integral y especializada, con la finalidad de mejorar la prevención, y tratamiento como la rehabilitación a la persona con enfermedad neurológica secundaria a complicaciones crónico-degenerativas en el manejo de las heridas y ostomías.

§ [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5120943&fecha=20/11/2009](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5120943&fecha=20/11/2009) revisado marzo 06 2014

¶ [http://iner.salud.gob.mx/descargas/juridico-normasmexicanas/NOM-045-...\\_2009.pdf](http://iner.salud.gob.mx/descargas/juridico-normasmexicanas/NOM-045-..._2009.pdf). revisado 06 Marzo 2014.

\* *Maestra en heridas, ostomías y quemaduras.*

*Correspondencia: Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, adscrita al Servicio de Quirófanos  
E-mail: aseret15delfin@yahoo.com.mx*

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

Dando directriz a planes y programas educativos dirigidos al personal de salud que fundamenten un sistema de consultoría, brindado por enfermeras especializadas en el área de heridas y ostomías. Así como la realización de visitas en los servicios de hospitalización.

La incidencia de los pacientes con diferentes patologías neurológicas debido al daño neurológico que se presentan tienen mayor riesgo de presentar heridas (úlceras por presión y dehiscencias de heridas quirúrgicas) como causa secundaria a su enfermedad se les realiza una ostomía para resolver diferentes problemas gastrointestinales y respiratorios, realizando (traqueostomía y gastrostomía), pacientes con lesión de neurona motora inferior, tumores que comprometan la médula espinal, y que presentan (incontinencia urinaria o disfunción de piso pélvico).

Actualmente se tiene la necesidad de contar con evidencia científica documentada acerca de las curaciones que se realizan en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, ya que los pacientes con heridas y ostomías, necesitan ayuda en el proceso de la cicatrización y ésta se puede proporcionar con material de curación de alta tecnología, ofreciendo la terapia húmeda mediante procesos seguros e innovadores. El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía cuenta con algunos apósitos para la terapia húmeda (hidrocoloides), debido a la limitación de productos es necesario contar con toda la gama de apósitos para emplearlos de acuerdo a las necesidades de cada herida, y de esta forma ayudar en el proceso de cicatrización.

También es importante resaltar, que no se cuenta con un instrumento específico para reportar la valoración, evaluación, tratamiento y seguimiento del paciente con heridas y ostomías, el cual se puede anexar al expediente clínico, para favorecer la comunicación con el personal interdisciplinario. Por tal motivo se propone a la Subdirección de Enfermería la implementación de la Clínica de Heridas y Ostomías en el Instituto, asumiendo el compromiso de brindar una

atención de calidad a la persona, conformada por un equipo interdisciplinario altamente calificado y especializado en el manejo y cuidado de las heridas y ostomías. Con el fin de que la persona pueda reintegrarse a sus actividades cotidianas con una mejor calidad de vida, así disminuyendo el uso de recursos médico-quirúrgicos, de enfermería, material para curación y medicamentos, la estancia hospitalaria prolongada, como gasto público en salud.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Disponible: [http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/REVIS-TA\\_OCT-DIC](http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/REVIS-TA_OCT-DIC)
2. Disponible [http://iner.salud.gob.mx/descargas/juridico-normasmexicanas/NOM-045-...\\_2009.pdf](http://iner.salud.gob.mx/descargas/juridico-normasmexicanas/NOM-045-..._2009.pdf)
3. Aburto T. (2008) Gestión clínica y administrativa en la implementación de la curación avanzada de heridas en Chile. 1er. Congreso Latinoamericano sobre Úlceras por presión y Heridas.
4. Teresa Segovia Gómez. Cómo dar vida a una Unidad de Heridas. VIII Simposio Nacional. H. Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda.
5. [www.bostonmeddevice.com](http://www.bostonmeddevice.com)
6. Hernández HA. Gestión de la calidad, Implantación de Sistemas de Calidad.
7. Correa RJM. Manejo integral del paciente ostomizados. Editorial Alfil, México 2005.
8. *Advances in Wound Care*. 1999; 12 (4).
9. *ob cit.*
10. *Clinical guide the wound care*. 2a. ed. Springhouse, PA: Spinghouse Corporation; 1997.
11. OSTOMY, *Wound management* 1996; 3 (1 y 2).
12. Gallart E, Fuentelsaz C, Vivas GI. *Enfermería clínica*. 2001.
13. Garnacho, Font L, Arán R. Prevención y tratamiento de úlceras por presión.
14. Doyma E, Alfaro R. Aplicación del proceso de enfermería. Guía práctica.
15. Monterrubio y col. Hospital 12 de Octubre Madrid. 2º Premio Convatec 1997. Tratamiento de las úlceras por presión, US Departamento of Health and Human.
16. Bluestein D, Javaheri A. Pressure ulcers: prevention, evaluation, and management. USA. National Library of Medicine. *Am Fam Physician*. 200; 78 (10): 1186-1194, [Pub Med-Cross Ref].
17. Soldevilla AJJ. Escala de Norton para evaluar Úlceras por presión. *Bol Inf Farmacoter Navarra*. 1999; 7 (2): 9-13.
18. Carrascal GMI et al. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. *Bol Farmacote A P Zamora (Bol)*. 1997; II: 1-4.

## La aplicación de la tecnología educativa en la formación del capital humano en enfermería

Angélica Guadalupe Dávalos-Alcázar,\* Dolores García-Salinas\*\*

### RESUMEN

La aplicación de la tecnología educativa en los procesos de enseñanza y aprendizaje genera y propicia, tanto en el docente como en el alumno de enfermería, los elementos que guiarán la aplicación de técnicas y procedimientos que generen un aprendizaje significativo y sustentable a nivel áulico y que se proyecten en el desarrollo personal y profesional del enfermero en formación. Así mismo, la competencia del docente retomará los elementos tecnológicos que sustenten, guíen y fundamenten la instrucción a partir del plan de clase.

**Palabras clave:** Tecnología educativa, capital humano, enfermería.

## The educational technology application in capital formation in nursing human

### ABSTRACT

The application of educational technology in teaching learning processes, generates and promotes in the teacher and nursing students, the elements that will guide the proceed in the application of techniques and procedures which generate a significant and sustainable learning courtly level, that is projected in personal and professional development of nurses in training. Also teacher capacity to regain the technological elements that support, guide and substantiate the instruction from the lesson plan.

**Key words:** Educational technology, human capital, nursing.

La evolución profesional del enfermero inició a finales de la década de los sesenta por parte de la Universidad Nacional Autónoma de México, la cual estableció la instrucción de la carrera de enfermería a nivel licenciatura. Actualmente, con la apertura de diferentes especialidades a nivel posgrado, así como con la oportuna formación a nivel maestría y doctorado se ha dado una estabilidad y proyección al profesionista enfermero, misma que ha tomado auge y reconocimiento hasta los inicios de este siglo con la incursión de

nuevas políticas en materia de educación y del sector salud en México, incluyendo el desarrollo de estrategias para analizar las características de la atención, del ambiente organizacional y de la capacidad de los gestores para identificar el número y tipo de profesionales que contribuyen a mejorar las condiciones de salud de la población para brindar mejores coberturas y mayor calidad en la prestación de los servicios de salud. Una de las primeras incursiones y avances en pleno siglo XXI es la importancia de que el profesional de enfermería

---

\* Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía MVS, Adscrita a la Subdirección de Enfermería.

\*\* Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía MVS, Adscrita a la Subdirección de Enfermería.

Correspondencia: MCE. Angélica Guadalupe Dávalos Alcázar. Instituto Nacional de Neurología MVS, Adscrita a la Subdirección de Enfermería. E-mail: angelicadavalos10@gmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

salga del rubro de oficios, retomando su carácter universitario y con ello, las obligaciones, responsabilidades y, por ende, el reconocimiento económico equiparable con la importancia de la profesión como cualquier otro profesionalista, lo que da no sólo ventajas a la profesión, sino también enmarca la responsabilidad y deber social, moral y profesional en relación con la actualización continua de las competencias profesionales de la disciplina; en sí, se trata de contar con los elementos de actualidad y vanguardia en diversos avances de técnicas procedimentales, así como en todo rubro que no esté únicamente relacionado con las áreas de la salud.

La relevancia del uso de las ciencias en educación como es el caso de la tecnología educativa,<sup>1</sup> mencionada por Gagne en 1968,<sup>2</sup> es un conjunto de técnicas sistemáticas que están acompañadas de conocimientos prácticos y que sirven para diseñar, medir y manejar sistemas educacionales; sí bien, en décadas anteriores la misma ha oscilado entre estas dos visiones o perspectivas: de entre ellas, una es la representada por la equiparación de tecnología educativa (TE) a los medios y recursos instructivos fundamentalmente audiovisuales.

Se debe entender la tecnología educativa como un campo de estudio caracterizado por el diseñar y controlar científicamente los procesos de enseñanza. Actualmente su apoyatura teórica tiene una base multidisciplinar en la que entran en juego los espacios epistemológicos de diverso tipo como la teoría curricular, los estudios culturales o sociología de la cultura y la comunicación, centrándose en el estudio de las interrelaciones entre la tecnología, la cultura y la educación en el área de la formación de recursos humanos<sup>3</sup> responsables del cuidado. Esto da pauta al conocimiento del impacto social que tiene el profesionista de enfermería.<sup>4</sup>

Malvárez refiere que ésta, al ser una profesión del campo de las ciencias sociales, cuyo objeto de estudio e intervención es el cuidado humano en cuanto implicado en la constitución, vivencia, desarrollo, protección y recuperación de la salud tiene como beneficiarios al sujeto humano como ser cultural, a la familia, a los grupos, a las comunidades y a la sociedad como unidades de cuidado; todo ello, vinculado al conjunto de métodos, técnicas y recursos utilizados para alcanzar un

determinado resultado de aprendizaje, cualquiera que sea, siendo así, una tecnología.<sup>5</sup> Lo anterior dicho, sin embargo, va de la mano con el método discursivo, la clase teórica, los libros de textos y el pizarrón que constituyen los medios de la tecnología educativa para impartir la enseñanza.

En los últimos años, tanto la profesión de enfermería como el sistema educativo en México, a nivel mundial han tenido diversas aportaciones históricas; principalmente, en el auge en la década de los ochenta, la enfermería teorizó en el aspecto de la educación propiamente, tomando como base la difusión de los paradigmas de filósofos, teóricos y modelistas representantes de esta profesión: desde Florence Nightingale, Orem hasta Henderson entre otras, así como el nacimiento y difusión de nuevos teóricos en educación, mismos que brindan una nueva perspectiva a la enseñanza y al aprendizaje.

En este proceso se vinculan los aspectos que dan forma y cause a la formación de los nuevos recursos humanos y que se transformarán en capital humano en las diferentes áreas del conocimiento a partir de las necesidades sociales, políticas, económicas y de educación; estos mismos teóricos son parte estructural del sistema de salud en nuestro país.

Hay que considerar que la población de nuestra nación, epidemiológicamente, ocupa el primer lugar de morbilidad de enfermedades que se consideran prevenibles, tal como el caso de la obesidad infantil y con ello, que hay un incremento en la morbilidad de casos de patologías tan relevantes como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial sistémica, el síndrome metabólico, etcétera, donde el gran gasto social repercute y merma de manera considerable en los recursos y alcances asignados al rubro de salud en México.<sup>6</sup>

Es por ello que se vislumbra la necesidad de acrecentar, formar y reforzar el equipo multidisciplinario mediante la formación de nuevos recursos en el área de la salud, tanto de médicos, enfermeros, nutriólogos, odontólogos entre otros, así como la necesidad de establecer la actualización de planes y programas de las diferentes carreras, visualizando que éstos sean acordes a las necesidades del país. Propiamente en la carrera de enfermería se tiene una gran apertura de los diferentes niveles de atención, desde el primer contacto del educando con el plan de estudios enfermero. Asimismo está vinculada con la creciente necesidad de profesionistas en esta área tanto a nivel nacional como internacional.

1. Area M. Manual electrónico. Introducción a la tecnología educativa; España: 2009 [acceso 24 febrero 2014]: p.3. Disponible en: <https://manarea.webs.ull.es/wp-content/uploads/2010/06/ebookte.pdf>

2. ibídem.

3. Nigenda G, Magaña V, Ortega A. Recursos humanos para la salud en el contexto de la reforma sanitaria en México: Formación profesional y mercado laboral Gac Méx Méx. 2013; 149 (5): 555-561. Disponible en: [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_revista=48&id\\_seccion=1897&id\\_ejemplar=9748&id\\_articulo=100052](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=48&id_seccion=1897&id_ejemplar=9748&id_articulo=100052)

4. Malvárez S. Recursos humanos de enfermería: desafíos para la próxima década. 2006; 3 (2): 9-11. Disponible en <http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2006/pdf/RFCMVol3-2-2006.pdf>

5. Rodríguez N, Carrillo G, De Almeida S. Tecnología educacional en enfermería: marco conceptual y experiencias de los centros latinoamericanos Educ Méd Salud. 1979; 13 (4).

6. Villa A, Escobedo M, Méndez-Sánchez N. Estimación y proyección de la prevalencia de obesidad en México a través de la mortalidad por enfermedades asociadas. Gac Méd Méx. 2004; 140( Supp 2): 21-25. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2004/gms042c.pdf>

En México la cobertura de enfermería es de 2.11 enfermeras por cada 1,000 habitantes, sin embargo, en el interior del país se observan diferencias de hasta tres veces para este indicador;<sup>7</sup> por ello, las instituciones tanto públicas, como privadas ha iniciado la apertura de nuevos centros educativos donde se impartirá dicha área del conocimiento para cubrir y satisfacer la demanda de enfermeros en el país; así, se ha dado inicio a la evaluación de diversos planes y programas, tanto de instituciones públicas como privadas, de trayectoria reconocida y situadas en el centro del país principalmente para que de ellas emane el diseño de nuevos planes curriculares a partir de un previo análisis factorial. Ahora bien, en el área de enfermería específicamente, se ha avanzado a nivel teórico, fundamentando el proceder de este profesional mediante la implementación y divulgación de metodologías tales como el proceso de atención enfermero, mismo que conlleva los planes de cuidado y a través del que se fundamenta teóricamente el quehacer enfermero con la idea de unificar la enfermería a nivel mundial a partir de los alcances de las nuevas tecnológicas en informática e ingeniería que permitan el acceso a páginas destinadas a la ciencia de enfermería, debido al progreso y acceso a internet que distribuye y difunde, al momento, los conocimientos y avances en todas las áreas del conocimiento; de ahí la importancia de la actualización de enfermería en el conocimiento y manejo de dicha tecnología.

La tecnología educativa –en el rubro de las ciencias de enfermería–, tal como un profesionista aplicado y dedicado al área docente, pretende que se vinculen sus propias experiencias en el área y que éstas se den a conocer a partir de sus recursos y de los lineamientos que brindan los planes y programas de las diferentes entidades educativas.

El contar actualmente con recursos tecnológicos vanguardistas en donde podemos saber a través del acceso a internet, la información sobre aspectos epidemiológicos, sociales y contextuales que afectan a una población determinada, así como las aportaciones más relevantes en los diversos avances en el área técnica, científica o tecnológica de los procesos de salud y los avances procedimentales y disciplinares, como son los planes de cuidados especializados que sirven únicamente de guía, conlleva a considerar cómo el profesionista debe de actuar.<sup>8</sup>

Es aquí donde el avance tecnología impera y contribuye significativamente, pues si nos ocupamos de las dos principales

corrientes del aprendizaje, por una parte está el conductismo,<sup>9</sup> en donde observaremos, como docentes, la conducta del alumno a razón del estímulo previo y su respuesta ello y, por otra parte, desde el aspecto del cognoscitivismo<sup>10</sup> en donde a raíz de sus procesos mentales del individuo se nos proporcionarán las herramientas para saber cómo es su conocimiento y cómo lo lleva a cabo.

Es imperante que el docente, en ésta como en cualquier área, fundamente sus trabajo en las diferentes aportaciones teóricas en el área del aprendizaje, iniciando por conocer a su grupo a razón de características como podrían ser el grupo de edad de sus alumnos, el nivel educativo, la procedencia y el contexto social; con ello podría conocer qué teoría a partir de su planeación puede emplear o de cuál puede apoyarse para realizar un aprendizaje colaborativo<sup>11</sup> y significativo. Si retomamos a Ausubel con su teoría del aprendizaje social en los alumnos de enfermería, debemos conocer el porqué estudian la carrera, si fue elección o no, si fueron excluidos de otras universidades o escuelas y si alguien de su entorno familiar contribuyó a su decisión. Este tipo de cuestionamientos dan al docente información significativa para saber cómo abordar al alumno; con ello se desarrollará su formación académica y el inicio del aprendizaje de nuevos conocimientos y, posiblemente, si no fuera de su elección la carrera, enamorarse de ella al conocerle.

Ausubel establece que el aprendizaje significativo<sup>12,13</sup> es la esencia del porqué se estudia esta área del conocimiento, qué la fundamenta, qué lo crea, a quién va dirigido y qué posibilidades sociales, económicas u otras puede lograr.

El docente en enfermería al tener los conocimientos de la teoría del aprendizaje de Ausubel se le permiten dos situaciones: la primera, recrear hasta el día de hoy cómo es la enfermería, con sus errores, sus desventajas y sus opresiones, y la segunda, de igual forma recrear, pero vislumbrar las nuevas posibilidades del profesional en esta área. Es importante considerar que Ausubel determina que el objetivo primordial de la instrucción debe ser tornarla de forma individualizada, lo cual, a partir de sus potencialidades y

7. Zarza Arizmendi et al. Cobertura de atención de enfermería y su impacto en la mortalidad en México. REU. 2007; 7 (3). Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/25004/23513>

8. Villar Peña, Alfaro Meza, Martínez Dehesa, Cárdenas Jiménez. Tendencias en la formación y desarrollo de los profesionales de la Enfermería Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. 2007; 4 (2): 44-48. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/30294/28140>

9. Salcedo-Álvarez, Alba-Leonel, Zarza-Arizmendi. Enfoque constructivista en el aprendizaje de la asignatura de metodología de la investigación en la ENEO. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM 2010; 7 (2): 21. Disponible en: <file:///K:/RECURSOS%20HUMANOS/26693-51650-1-PB.pdf>

10. Ertmer PA, Newby TJ. Conductismo, cognitivismo y constructivismo: una comparación de los aspectos críticos desde la perspectiva del diseño de instrucción. Performance Improvement Quarterly. 1993; 6 (4): 50-72.

11. Salcedo-Álvarez, Alba-Leonel, Zarza-Arizmendi. Enfoque constructivista en el aprendizaje de la asignatura de metodología de la investigación en la ENEO. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM 2010; 7 (2): 21. Disponible en: <file:///K:/RECURSOS%20HUMANOS/26693-51650-1-PB.pdf>

12. Ibidem.

13. Ausubel DP, Novak JD, Hanesian H. Psicología educativa: un punto de vista cognitivo. México: Editorial Trillas; 1983.

animado a aprender a el alumno, facilitará la individualización de la instrucción.

Al tener la responsabilidad como docente de vincular los conocimientos teóricos con la práctica clínica y el bagaje cultural del profesional enfermero, se permite al profesor recrear escenarios en donde el futuro profesionista avalará los conocimientos a nivel áulico y donde pondrá de manifiesto el proceder práctico que garantizará el desempeño clínico de la disciplina, con el apoyo de medios como la importancia del uso académico del internet, la portación de videoconferencias, videos, películas etcétera.

Esto hace posible recrear escenarios específicos en el cuidado, por lo que Ausubel lo llamó la transferencia del aprendizaje, en donde depende de la facilidad que proporciona la integración del nuevo material con relación a lo ya aprendido, la cual, con sus propiedades organizativas facilita la aplicación del nuevo conocimiento a nuevas situaciones.<sup>14,15</sup> Por ejemplo, la utilización de los llamados simuladores, conocidos como androides robotizados y/o mecanizados los

cuales están programados para “simular” diversos procesos de salud y enfermedad en la persona como puede ser un trabajo de parto y los procesos biológicos propiamente, tales como la función eléctrica del corazón por monitorización previamente aplicada en los programadores que son de vital ayuda en el proceso de enseñanza-aprendizaje de los diferentes planes programáticos.

Es aquí donde el alumno recrea situaciones específicas de atención en un plano áulico y donde el satisfacer sus dudas y ampliar sus conocimientos queda plasmado. Esto está aunado con el aporte del docente en cuanto a su experiencia profesional y técnica en las diversas funciones y actividades del profesional, ya sea de tipo asistencial, administrativo o bien, él en aspecto de investigación en enfermería. A ello Ausubel lo llama aprendizaje significativo, es decir, dejar huella de lo aprendido en general y, de esto, saber qué es importante para su diario acontecer en beneficio personal y de la persona que cuidemos.

14. Area M. Manual electrónico. Introducción a la tecnología educativa; España: 2009 [acceso 24 febrero 2014]; p.3. Disponible en: <https://manarea.webs.ull.es/wp-content/uploads/2010/06/ebookte.pdf>

15. Araujo J, Chadwick C. Tecnología Educativa, Teorías de Instrucción. 2a Ed. Barcelona, España: Paidós educación; 1993.

## Aplicación de un Plan de Cuidados Enfermeros utilizando el modelo de Virginia Henderson (catorce necesidades) a una persona que presenta lesiones causadas por pénfigo vulgar

*Laura Navarrete Cortés,\* Sara Santiago García \*\**

### RESUMEN

Presentamos un caso clínico cuyo interés es mostrar el Plan de Atención de Cuidados Enfermeros (PLACE). La metodología guiada está basada en la taxonomía NANDA, NOC y NIC, la cual utiliza el modelo de Virginia Henderson de las catorce necesidades, esto con la finalidad de difundir la labor diaria del profesional de enfermería. En el PLACE planteamos la posibilidad también, de referirse a éste, como tratamiento enfermero en un futuro más próximo, cuyos objetivos son aplicar los conocimientos científicos fundamentados, razonados y planeados, a fin de resolver necesidades de salud centrados en la persona desde su padecimiento hasta su rehabilitación, orientados con su método principal: el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), el cual permite aplicar cuidados a personas sanas o enfermas, pudiéndose aplicar desde una clínica de heridas y ostomías hasta para la gran diversidad de personas en distintas edades que se encuentren en servicios de hospitalización, clínica o a domicilio, así como en aquellas que presenten diferentes necesidades de atención en su salud. El caso clínico difundido es de una mujer con diagnóstico médico de pénfigo vulgar, que presenta lesiones epidérmicas en una gran superficie corporal y úlceras por presión de IV grado a nivel sacro, la cual es intervenida interdisciplinariamente en una Clínica de Heridas y Ostomías (CHO). De acuerdo con lo antes mencionado, haremos énfasis en el tratamiento de enfermería.

**Palabras clave:** Cuidado enfermero-tratamiento enfermero, plan de cuidados enfermero, modelo teórico.

## Implementation of a plan of care using the model of Virginia Henderson (fourteen needs), to a person who presents lesions caused by pemphigus vulgaris

### ABSTRACT

We present a clinical case where the interest is to show a Plan of Nursing Care (PLACE) with a guided methodology based on the taxonomy NANDA, NIC and NOC using the Virginia Henderson model of the fourteen needs, with the purpose of disseminating the daily work of the nursing professional; for the purpose of disseminating the daily work of the nursing professional; in the place we have the possibility also to refer to this as treatment nurse in a near future; whose objectives are to apply sound scientific knowledge, reasoned and planned, in order to resolve health needs focusing on the person from their disease, and follow him to his rehabilitation, oriented with its main method: The process of Nursing Care (PAE), that allows you to apply care to people healthy or diseased, which could be applied from a clinic of wounds and ostomies, to the

---

\* *Licenciada en Enfermería, Unidad de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI Instituto Mexicano del Seguro Social.*  
\*\* *Maestra en Enfermería. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez".*

*Correspondencia: Lic. Laura Navarrete Cortés*  
*E-mail: laura286\_1@hotmail.com; santiago90\_03@yahoo.com.mx*

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

---

great diversity people in different ages, who are in hospitalization services, clinic or home, as well as in those who present different care needs in their health. He clinical case spread, is a female person with a medical diagnosis of pemphigus vulgaris, which presents epidermal injury in a large body surface area and pressure ulcers of level IV degree to sacrum, which is operated in an interdisciplinary way in a clinic of wounds and Ostomies (CHO). According to the described we will place emphasis on the treatment of nursing.

**Key words:** Care nurse-treatment nurse, plan of nursing care, theoretical model.

## JUSTIFICACIÓN

Actualmente existe una gran variedad de información acerca de cómo realizar un Proceso de Atención de Enfermería o realizar un Plan de Atención de Cuidados Enfermeros (PLACES), sin embargo, aún quedan desfasadas las intervenciones de enfermería con la utilización de dichas metodologías, aunado a los vacíos dentro de la evidencia cotidiana en la aplicación de ambos planes. El presente trabajo lo realizamos con el objetivo principal de compartir evidencia de nuestra labor en la profesión.

## OBJETIVO

El presente trabajo tiene por objetivo configurar un PLACE individualizado donde se demuestre una guía metodológica acerca de las intervenciones de enfermería, esto con la finalidad de aumentar la calidad y garantía del cuidado enfermero a una persona que se encuentra padeciendo lesiones dérmicas de pénfigo vulgar.

## MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1977 definió al Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como “un sistema de intervenciones propias de Enfermería sobre la salud de los individuos, las familias, las comunidades, o ambos”.<sup>1</sup> Para la Mtra. Alfaro-Lefevre, la forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.<sup>2</sup> ¿Para qué se aplica? Este proceso proporciona las bases para habilidades de pensamiento crítico, con un razonamiento clínico requerido para actuar en forma segura y efectiva, además con juicio clínico.<sup>2,3</sup>

Mientras que para Griffith-Kenney y Christensen el Plan de Cuidados Enfermeros (PLACE) “es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente-cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello”.<sup>4</sup>

En los lineamientos generales para la elaboración del PLACE, se mencionan los diferentes tipos. A saber:<sup>5</sup>

Cuadro I.

Necesidad alterada	Diagnóstico enfermero
1. Respirar normalmente.	No aplica
2. Comer y beber adecuadamente.	No aplica
3. Eliminar por todas las vías corporales.	No aplica
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.	Diagnóstico deterioro de la movilidad física
5. Dormir y descansar.	No aplica
6. Escoger la ropa adecuada. Vestirse y desvestirse.	No aplica
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales adecuando la ropa y modificando el ambiente.	No aplica
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.	Diagnóstico deterioro de la integridad cutánea Diagnóstico deterioro de la integridad tisular
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.	Diagnóstico riesgo de infección. Diagnóstico dolor agudo
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.	Diagnóstico disposición para mejorar el rol parenteral
11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.	No aplica
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.	No aplica
13. Participar en actividades recreativas.	No aplica
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles.	No aplica

Nota: Solamente se tomaron en cuenta los diagnósticos que tenían que ver con las lesiones dérmicas de la paciente.

1. Individualizado. Permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente en concreto. Éste se tarda más tiempo en elaborar.
2. Estandarizado. Protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad.
3. Estandarizado con modificaciones. Permite la individualización al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
4. Computarizado. Requieren la captura previa en un sistema informático de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización de un paciente concreto.

El modelo de Virginia Henderson se incluye en la escuela de necesidades. Virginia afirma que el cuidado se centra en la independencia de la persona para satisfacción de sus necesidades fundamentales.

**Las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson se clasifican a continuación:**

1. Respirar.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminación de los desechos del organismo.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Dormir y descansar.
6. Vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene corporal.
9. Evitar los peligros del entorno.
10. Comunicarse.
11. Creencias y religión.
12. Trabajar.
13. Recreación y ocio.
14. Aprender.

Estas 14 necesidades humanas básicas son las que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.<sup>7</sup> Los elementos más importantes de su teoría son: asistir a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o alcanzar la muerte en paz, además introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL PÉNFIGO VULGAR

El pénfigo vulgar es una enfermedad autoinmune que afecta al tejido de la piel y mucosas, clínicamente se caracteriza

por lesiones ampollas que son frágiles de romper; la causa principal es la separación de los queratinocitos y la zona suprabasal de la epidermis, signo conocido como acantólisis.<sup>5</sup> Caracterizado por la presencia de ampollas en la epidermis o las mucosas, evolucionan rápidamente hasta convertirse en erosiones superficiales. Afectan tanto las mucosas como la piel (todo lo que contenga formado de epitelio). Por lo tanto, también afectará a la cavidad bucal, la cual tarda en cicatrizar, es por eso que necesitan tratamiento y cuidados para prevenir infecciones.<sup>6</sup> Su tratamiento farmacológico es a base de inmunosupresores como los glucocorticoides sistémicos; el fin es suprimir la formación de ampollas, habitualmente se emplean diferentes agentes inmunosupresores y antiinflamatorios coadyuvantes. Existen muchos tratamientos disponibles, sin embargo, se desconoce cuál es la opción de tratamiento más efectiva o más segura, o cuál es la mejor combinación.<sup>6</sup>

### PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO POR ENFERMERÍA

Se trata de una mujer de 58 años de edad que tiene antecedente de diagnóstico médico de pénfigo vulgar. Inició su padecimiento en diciembre de 2012, y en enero de 2013 ingresó al Servicio de Terapia Intensiva, posteriormente en hospitalización, y siguiendo su trayectoria, fue dada de alta por mejoría clínica a su domicilio. Durante su estancia, fue paciente del personal de la Clínica de Heridas y Ostomías, donde se trataron sus lesiones dérmicas secundarias a las complicaciones del pénfigo: una úlcera por presión de IV grado. Actualmente es paciente externa de la Clínica de Heridas, es en este servicio donde se inicia la valoración para el presente caso.

### VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

La valoración especializada se realizó en lesiones dérmicas. El tratamiento de enfermería se basó en el cuidado que llevó a cabo con el proceso de cicatrización de las heridas a fin de que no hubieran complicaciones, abarcaran más tejido o se infectaran; asimismo, existió apoyo por parte de la Clínica del Dolor y la especialidad de Dermatología, estas disciplinas intervinieron para que el tratamiento fuera el adecuado para la paciente. Es una mujer que presenta lesiones dérmicas en antebrazos, cara posterior y espalda, con tejido de granulación, UPP IV en sacro con cavitación de aproximadamente 8 cm de ancho y con 5 cm de profundidad con tejido, de granulación exudado moderado, con lesiones dérmicas en los muslos en cara interna y externa con tejido de granulación.

**Planes de cuidado:** A continuación, se presentarán los diagnósticos de enfermería que corresponden a las necesidades alteradas de la valoración según el modelo.

**Cuadro II. Prioridad de atención de enfermería**

1. Deterioro de la integridad tisular
2. Dolor agudo
3. Riesgo de infección
4. Disposición para mejorar el rol parenteral

A continuación se presentarán los diagnósticos por orden prioritario y por diagnóstico principal, ya que éstos conllevan al resto de los diagnósticos enfermeros (*Cuadros I y II*):

**Cuadro III: Necesidad alterada: necesidad de evitar los peligros ambientales y los daños a otras personas**

Indicios: UPP IV en sacro de 10 cm x 8 cm de dimensiones. Cavitada hacia las 11 horas de aproximadamente de 5 cm. Heridas en miembros torácicos y espalda. Heridas en glúteos, heridas en muslos, en la cara interna y externo-posterior y heridas en piernas en cara externa.

**Código: 00004**

Diagnóstico: riesgo de infección r/c destrucción tisular, aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos

Dominio: 11  
Seguridad y protección

Clase: 1  
Infección

Resultados esperados NOC: 1842 control de la infección

Indicadores	Puntuación diana				
184202 factores que contribuyen a la transmisión	1	2	3	4	5
184203 prácticas que reducen la transmisión	1	2	3	4	5
184206 procedimientos de control de la infección	1	2	3	4	5
184207 importancia de la higiene de las manos	1	2	3	4	5
184209 tratamiento de la infección diagnosticada	1	2	3	4	5

Intervenciones NIC: control de infecciones

DEPENDIENTE

Código	Intervenciones	Evaluación
6540	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambiar el equipo de curación (en este caso fue cada tercer día).</li> <li>• Mantener las técnicas de aislamiento.</li> <li>• Intervención educativa a los familiares acerca del lavado de manos correcto y de los tiempos, así como en el contacto.</li> <li>• Poner en práctica precauciones universales.</li> <li>• Administrar terapia de antibacterianos. (El tratamiento incluyó un gel de plata, antimicrobiano).</li> </ul>	<p>Fueron intervenciones funcionales para el control del riesgo de la infección:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con técnica estéril</li> <li>• Uso de gel antimicrobiano</li> <li>• Lavado de manos</li> <li>• La intervención educativa a los familiares</li> <li>• Precauciones universales</li> </ul>

Nota: Puntuación diana (aplicado a enfermería). 1: Ningún conocimiento; 2: Escaso conocimiento; 3: Conocimiento moderado; 4: Conocimiento sustancial; 5: Conocimiento extenso.

**Cuadro IV.**

Indicios: se observa el apoyo emocional de toda la familia y la disposición para ayudar a la paciente.

**Código: 00164**

Diagnóstico: Disposición para mejorar el rol parenteral m/p. Manifiesta deseos de mejorar el rol parenteral y es evidente la vinculación o unión. Las necesidades dependientes tratan de ser cubiertas por familiares.

Dominio:  
7  
Rol/relaciones

Clase:1  
Rol del cuidador

Resultados esperados NOC: 1600 conducta de adhesión

Indicadores	Puntuación diana				
160001 pregunta cuestiones	1	2	3	4	5
160002 busca información relacionada con la salud a partir de diversas fuentes	1	2	3	4	5
160011 realiza actividades de la vida diaria compatibles con su energía y tolerancia	1	2	3	4	5

Intervenciones NIC: apoyo a la familia

DEPENDIENTE

Código	Intervenciones	Evaluación
7140	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar seguridad a la familia acerca del cuidado que está recibiendo su paciente.</li> <li>• Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia.</li> <li>• Favorecer una relación de confianza con la familia.</li> <li>• Proporcionar ayuda para cubrir las necesidades del paciente.</li> <li>• Facilitar oportunidades de visita a los familiares si procede.</li> </ul>	Los familiares se sintieron en confianza; expresaban que ellos observaban que su paciente estaba recibiendo una mejor calidad de trato; se sentían seguros y estaban en las mejores condiciones de participación-cooperación.

Nota: Puntuación diana (aplicado al paciente). 1: Nunca demostrado; 2: Raramente demostrado; 3: A veces demostrado; 4: Frecuentemente demostrado; 5: Siempre demostrado

**Cuadro V. Necesidad alterada: higiene y protección de la piel**

Indicios: UPP IV en sacro de 10 cm x 8 cm de dimensiones. Cavitada hacia las 11 de aproximadamente 5 cm. Con esfacelo y tejido necrótico.

**Código: 00046**

Diagnóstico: deterioro de la integridad tisular r/c. factores mecánicos: presión m/p destrucción tisular

Dominio: 11  
Seguridad y protección

Clase: 1  
Lesión física

Resultados esperados NOC: 1101

Indicadores	Puntuación diana				
020401 úlceras por presión	1	2	3	4	5

Intervenciones NIC: cuidados de las úlceras por presión

DEPENDIENTE

Código	Intervenciones	Evaluación
3520	<ul style="list-style-type: none"> <li>Controlar, la temperatura, edema, humedad y la apariencia de la piel circundante.</li> <li>Limpiar la piel alrededor de la úlcera suavemente con agua y jabón.</li> <li>Debridar la úlcera.</li> <li>Limpiar la úlcera con solución inyectable o estéril, con técnica aséptica.</li> <li>Anotar las características de la úlcera.</li> <li>Aplicar ungüentos: gel de plata y alginato de plata ocluyendo con hidrocóide regular con curaciones cada tercer día</li> <li>Educación de la técnica de curación a familiares para realizarlo en casa cada tercer día.</li> </ul>	Se notó un avance en la de reducción de dimensiones de la UPP; se observó el tejido de granulación sin datos de infección. Anteriormente con tejido necrótico y esfacelo. Con el gel y el alginato de calcio se logra desbridar el esfacelo y a través de debridación mecánica se logra retirar tejido necrótico.*

\*La evaluación se realizó 15 días después de la primera valoración.

Nota: Puntuación diana. (se aplica a úlcera por presión): 1: Grave; 2: Sustancial; 3: Moderado; 4: Leve 5: Ninguno

**Cuadro VI. Requisito alterado: prevención de peligros para la vida**

Indicios: heridas en miembros torácicos y espalda. Heridas en glúteos, heridas en muslos en cara interna y externo-posterior, heridas en piernas en cara externa.

**Código: 00007**

Diagnóstico: deterioro de la integridad tisular r/c enfermedad autoinmune m/p destrucción de las capas de la piel

Dominio: 11  
Seguridad y protección

Clase: 2  
Lesión física

Resultados esperados NOC: 1101 integridad tisular: piel y membranas mucosas

Indicadores	Puntuación diana				
110113 integridad de la piel	1	2	3	4	5
110116 Lesiones cutáneas	1	2	3	4	5

Intervenciones NIC: cuidado de las heridas

DEPENDIENTE

Código	Intervenciones	Evaluación
3660	<ol style="list-style-type: none"> <li>Despegar los apósitos.</li> <li>Monitorizar las características de la herida: color, olor, tejido y tamaño.</li> <li>Medir el lecho de la herida.</li> <li>Limpiar con solución estéril.</li> <li>Aplicar hidrogel e hidrocóide.</li> <li>Ocluir con gasa y micropore.</li> <li>Cambiar la gasa en caso de exceso de exudado de la herida.</li> <li>Comparar y registrar regularmente cualquier cambio de la herida.</li> <li>Promover educación a la familia y a la paciente para realizar la curación en casa y cuidados de la herida diaria. (quince días)</li> <li>Documentar las características de la herida y el avance.</li> </ol>	<p>Las heridas iniciaron con infección, se brindó un tratamiento intensivo para controlarla, el tratamiento consistió en aplicación de gel de plata diariamente.</p> <p>Quince días después la evolución de las heridas, se observa sin datos de infección, se encuentran las heridas con tejido de granulación.</p> <p>Se prescribió el tratamiento que consistió con curaciones cada tercer día, aplicación de hidrogel e hidrocóide; la paciente acude de forma ambulatoria a la clínica de heridas aproximadamente cada 20 días para curación y revaloración.</p>

Nota: Puntuación diana (se aplica a las heridas).

1: Gravemente Comprometido; 2: Sustancialmente comprometido; 3: Moderadamente comprometido; 4: Levemente comprometido; 5: No comprometido

**Cuadro VII. Necesidad alterada: evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.**

Indicios: presenta dolor al tacto. EVA (escala de visual análoga) de 6 puntos.

**Código: 00132**

Diagnóstico: dolor agudo r/c agentes lesivos físicos m/p expresión en facies.

Dominio: 12 confort

Clase: 1 Confort físico

Resultados esperados NOC: 2102 nivel del dolor

Indicadores	Puntuación diana				
210206 Expresiones faciales de dolor	1	2	3	4	5
210225 Llanto	1	2	3	4	5
Intervenciones NIC: manejo del dolor					
DEPENDIENTE					

Código	Intervenciones	Evaluación
1400	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asegurarse de que la paciente se adhiera a los fármacos (analgésicos) correspondientes (clínica de dolor).</li> <li>Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor (EVA).</li> <li>Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida principalmente en el sueño o la actividad cognoscitiva.</li> <li>Explorar con paciente factores que alivian o empeoran el dolor.</li> <li>Proporcionar información acerca del dolor, tal como causas de dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.</li> <li>Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor.</li> <li>Proporcionar al paciente un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos por la clínica del dolor.</li> <li>Utilizar un enfoque multidisciplinario para el manejo del dolor: (clínica del dolor)</li> </ul>	Las intervenciones de enfermería y del personal de la clínica del dolor ayudaron a cumplir con los objetivos establecidos. Aunque la paciente es ambulatoria externa de la clínica de heridas continúa con tratamiento para el dolor prescrito por personal de clínica. La comunicación verbal con la paciente permitió que comprendiera, entendiera u compartiera la causa del dolor y estuviera consciente de las consecuencias; la paciente se mantiene actualmente con analgésicos que consume antes de la curación. Se debe mencionar que ante intervenciones dolorosas como curación de heridas o de úlceras, se comunica a la paciente que puede existir dolor durante el procedimiento, sin embargo se trata de brindarle el mejor confort.

Nota: Puntuación diana. 1: Grave, 2: Sustancial; 3: Moderado; 4: Leve, 5: Ninguno.

Con los datos anteriores y los diagnósticos contemplados mostramos el Plan de Atención de Cuidados Enfermeros que se efectuaron en el presente caso (*Cuadros III a VII*):

**DISCUSIÓN**

La experiencia en llevar a cabo los planes de cuidados enfermeros específicos a esta persona, según el tratamiento enfermero, nos permitió la posibilidad de ejercer nuestra disciplina con un rigor metodológico en los procedimientos, intervenciones, seguimientos y valoraciones. Según las taxonomías empleadas por la NANDA, NIC, NOC, los resultados obtenidos con las intervenciones fueron favorables para la persona aquí tratada. La paciente hizo un continuo seguimiento al acudir a sus citas. Por otra parte, la información-comunicación por parte del equipo interdisciplinario fue de gran ayuda para que la familia se involucrara en el interés de fomentar el conocimiento y favorecer el bienestar de la paciente. La recuperación se llevó a cabo en un proceso de un año, la paciente y su familia observaron la evolución de sus lesiones, así como la efectividad del tratamiento-cuidado. Aunque esta enfermedad es de origen inmunológico, no quiere decir que desaparece, sin embargo, se puede controlar; es por este motivo que se

le proporcionaron los elementos de aprendizaje necesario para su actuación cotidiana.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Aguilar-Serrano L et al. El proceso enfermero y su nivel de autoeficacia. Rev Enferm Inst Mex Seguro Social. 2008; 16 (1): 3-6.
- Alfaro Le-Fevre R. Aplicación del proceso enfermero fomentar el cuidado en colaboración. En: Perspectiva general del proceso enfermero. 5a edición, Barcelona: Masson; 2003: 5.
- Blanco Fraile C, Saravía Lavín R, Lázaro Otero M. Metodología de la Enfermería [Internet]. Open Course Ware Universidad de Cantabria; 2012. Disponible en: [ocw-universi.ocw.universia.net/.../metodologia-de-la-enfermeria](http://ocw-universi.ocw.universia.net/.../metodologia-de-la-enfermeria)
- Griffith-Kenney J, Christensen PJ. Nursing Process: Application of theories, frameworks and models. 2nd, St Louis (MI): Mosby; 1986. Disponible en: <http://www.uco.edu/docencia/facultades/enfermeria/archivos/apuntes%20utiles/PLACES.pdf>. Consultado el 17 el febrero de 2014.
- Soares HD, Torres SC. Pênfigo vulgar: importância para o cirurgião dentista/Pemphigus vulgaris. Odontol USF. 1998; (10): 69-79.
- Martin LK, Werth V, Villanueva E, Segal J, Murrell DF. Intervenciones para el pénfigo vulgar y el pénfigo foliáceo [revisión Cochrane traducida]. En: Biblioteca Cochrane Plus 2009. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
- Wesley RL. Teorías y modelos de la enfermería. 2a edición. McGraw-Hill/Interamericano de México; 1997.
- NANDA Internacional 2007-2008. Diagnósticos Enfermeros: Definición y Clasificación 2007-20068. Elsevier.
- Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Elsevier Mosby: Madrid; 2008.
- Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Elsevier Mosby: Madrid; 2008.

## Aspectos socioculturales que influyen en los accidentes laborales en los trabajadores de la salud de la salud

*Araceli Sánchez Ramos\**

### RESUMEN

Los accidentes laborales son todos aquellos estados patológicos derivados de la acción continua de una causa que tenga su origen en el trabajo o en el medio en que se desarrolla el mismo. La industrialización y el modelo económico que ha venido imperando en el mundo, ha traído aparejadas las mejoras en la producción de bienes y servicios, lo que permitió a las poblaciones un acceso más fácil a ellos, pero también trajo consecuencias sociales como la pobreza, el desempleo y la precarización del trabajo, lo que ha impactado de forma muy negativa en la salud de los trabajadores, incrementando el número de accidentados y enfermedades ocupacionales. Todo este panorama en el que se encuentran sumergidos los trabajadores de la salud, donde el desarrollo tecnológico alcanzado y las condiciones del medio ambiente, en general, han modificado su entorno laboral y, por consiguiente, su adaptación en el que los peligros o factores de riesgo en el trabajo se han transformado ocasionando agravios en su salud, se desarrollará en el presente ensayo.

**Palabras clave:** Aspectos culturales, accidentes laborales, trabajadores de salud.

## Socio-cultural aspects that influence in occupational accidents in health care workers

### ABSTRACT

Work accidents are those pathological conditions resulting from continued action of a cause that has its origin in the work or in the environment in which it develops. Industrialization and economic model that has prevailed in the world brought about improvements in the production of goods and services that allowed people easier access to them but also brought social consequences such as poverty, unemployment, job insecurity, that has impacted very negatively on the health of workers by increasing the number of accidents and occupational diseases. This panorama which is submerged health care workers where technological development achieved and the conditions of the general environment have modified their work environment and, therefore, its adaptation where hazards or risk factors in the work have transformed causing health grievances will be developed in this essay.

**Key words:** Socio cultural aspects, occupational accidents, health care workers.

---

\* *Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez".*

*Correspondencia: MEE. Araceli Sánchez Ramos.  
E-mail: sanchez-araceli1@hotmail.com*

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

---

## INTRODUCCIÓN

Los accidentes laborales son todos aquellos estados patológicos derivados de la acción continua de una causa que tenga su origen en el trabajo o en el medio en que se desarrolla este mismo.

La industrialización y el modelo económico que ha venido imperando en el mundo ha traído aparejadas las mejoras en la producción de bienes y servicios, lo que ha permitido a las poblaciones un acceso más fácil a ellos, pero, también trajo consecuencias sociales como la pobreza, el desempleo y la precarización del trabajo; ello ha impactado de forma muy negativa en la salud de los trabajadores, incrementando el número de accidentados y enfermedades ocupacionales. Todo este panorama en el que se encuentran sumergidos los trabajadores de la salud, donde el desarrollo tecnológico alcanzado y las condiciones del medio ambiente en general, han modificado su entorno laboral y, por consiguiente, su adaptación donde los peligros o factores de riesgo en el trabajo se han transformado ocasionando agravios en su salud, se desarrollará en el presente ensayo.

## DESARROLLO

El accidente de trabajo se define legalmente, como “aquel que ocurre por el ejercicio del trabajo a servicio de la empresa, provocando una lesión corporal o una perturbación funcional causante de muerte, pérdida o reducción permanente o temporaria de la capacidad de trabajo”.<sup>1</sup>

En las últimas décadas ha habido importantes avances tecnológicos en los diferentes lugares de trabajo, los cuales, junto con los factores socioculturales han transformado el trabajo para muchas personas en todo el mundo. Los efectos de dichos cambios en la seguridad y la salud en el trabajo (SST) también han sido notorios. En algunos casos, se han reducido o eliminado los peligros y riesgos más tradicionales, por ejemplo, a través de la automatización industrial, pero las nuevas tecnologías también han creado nuevos riesgos. Muchos de los riesgos tradicionales del lugar de trabajo, sin embargo, persisten y el número de enfermedades y accidentes relacionados con el trabajo sigue siendo elevado. Al mismo tiempo, muchos trabajadores están expuestos a “nuevos” riesgos generados por las características cambiantes del trabajo, por ejemplo, debido a las condiciones derivadas del empleo precario y a la creciente presión para satisfacer las exigencias de la vida laboral moderna. Los perfiles de edad de la fuerza de trabajo también están cambiando, al igual que el equilibrio de género en muchos lugares de trabajo. Estos cambios en las características del empleo han creado riesgos manifiestos que anteriormente eran menos destacados o menos evidentes.<sup>2</sup>

Los trabajadores de la salud constituyen un colectivo particular de trabajadores expuestos a riesgos específicos de su trabajo. El impacto de los riesgos presentes en su lugar de trabajo sobre la salud se sabe que es alto, aunque debido al subregistro, éste es de difícil cuantificación.

Si bien los accidentes de trabajo de tipo punzocortante con riesgo biológico (Hepatitis, VIH, etcétera) aparecen como los más comunes, no son la única manera por la cual los trabajadores de la salud puedan perder su salud.

Un accidente de trabajo es siempre el resultado de la interacción de múltiples factores entre los que se destacan los propios del medio ambiente de trabajo (condiciones físicas ambientales de trabajo, equipos de trabajo, organización de trabajo, ritmos de trabajo, relaciones de trabajo, etcétera), y los del individuo (características antropológicas, carga, fatiga, calificación, nutrición, estado de salud, etcétera).<sup>3</sup>

Por tanto, todo este panorama en el que se encuentra sumergido el trabajador de la salud y en el que el desarrollo tecnológico alcanzado y las condiciones del medio ambiente en general han modificado su entorno laboral y, por consiguiente, su adaptación, además en donde los peligros o factores de riesgo en el trabajo se han transformado y han surgido otras enfermedades y en el que la salud del trabajador se halla constantemente amenazada, ya no sólo por los problemas o situaciones de la vida laboral, sino por todas las condiciones a que en la vida familiar y extralaboral, nos lleva los factores socioculturales.

Es por esto que con el presente ensayo se pretende destacar como los factores socioculturales influyen en los accidentes laborales de los trabajadores de la salud. Para ello, se pretende abordar los mismos, primero, explicando sobre los cambios de las condiciones de vida y salud de los trabajadores que ocasionó la revolución industrial, hasta llegar a la globalización actual que sufre el mundo; además, como la sociología médica establece una relación entre la enfermedad vista como un fenómeno social y el modo de producción capitalista que genera las condiciones adversas para la salud de los trabajadores es importante también abordar el *habitus*, mencionando cómo las actitudes y conductas definen lo saludable o nocivo que puede ser el estilo de vida de los trabajadores de la salud y finalmente, cómo los trabajadores de la salud pueden evitar estos accidentes para aspirar a una calidad de vida.

La revolución industrial ocasionó cambios en las condiciones de vida y salud de los trabajadores, razón por la cual diversos investigadores, identificados con la causa de los trabajadores, comenzaron a estudiar el impacto de ésta sobre la salud de la población trabajadora. Marx y Engels dedicaron gran parte de su obra a analizar los efectos sobre la salud de los trabajadores como una de las expresiones concretas de la explotación capitalista.<sup>4</sup>

Las consecuencias del desarrollo capitalista se manifiestan en forma concreta en la salud de los grupos sociales que componen las distintas sociedades históricamente determinadas: surgen nuevas enfermedades o se acentúa la presencia de otras y se intensifican los accidentes. El surgimiento y las características de la enfermedad se presentan, por tanto, como resultado de la forma en que la sociedad produce y se reproduce, lo que responde a las características que el capitalismo impone en la dialéctica de su desarrollo.<sup>5</sup>

Las repercusiones de la revolución industrial, específicamente en el área de la salud, se reflejan en que los trabajadores presentan problemas frecuentes de salud física y mental, aparentemente relacionados al trabajo y a los variados factores de riesgos ocupacionales existentes en los ambientes laborales. Los problemas mencionados evidencian la presencia de cansancio físico y mental, la pérdida de sueño y de apetito, la necesidad de utilizar ansiolíticos y/u otras drogas, adelgazamientos y/o aumento de peso corporal, episodios de llanto, sensación de tristeza, cefaleas, dolores articulares y otros, aparentemente advenidos del trabajo o su exceso.

La serie de agravios a la salud presentada por los trabajadores del área de la salud, durante el transcurrir de los años se ha intensificado.

Los cambios generados por la industrialización y por la apertura económica influenciaron a las personas, la sociedad y las organizaciones que necesitaron transformar sus estructuras, actividades y procesos para seguir siendo competitivos. Sin embargo, las modificaciones en la sociedad y en las relaciones de producción fueron acompañadas de transformaciones en las manifestaciones de sufrimiento y psicopatología de los individuos. En el área de la salud, trabajar durante muchas horas en ambientes laborales insalubres puede representar riesgos a la salud de los trabajadores. Entre las mujeres trabajadoras existe una interacción entre factores estresantes del trabajo y extra laborales, porque se asocian las demandas de trabajo con las demandas sociales y familiares.<sup>6</sup>

Por tanto, las consecuencias sociales de este modelo económico de desarrollo además de concentrar capital, producir pobreza, desempleo, flexibilización y precarización del trabajo han impactado de forma muy negativa en la salud de los trabajadores, incrementando el número de trabajadores accidentados y enfermedades ocupacionales.<sup>7</sup>

Otro aspecto importante es la globalización actual que sufre el mundo y que ha tenido también repercusión en el estado de salud de los trabajadores de los pueblos de América Latina y del Caribe. Los bajos salarios, el aumento del empleo en el sector informal, el empleo infantil, la industria maquiladora, las nuevas tecnologías, la automatización, la informática, la robotización y la microelectrónica han representado riesgos

significativamente nuevos que afectan el estado de salud de los trabajadores. Estos son sólo algunos ejemplos de la influencia globalizadora en el sector laboral, pues todo esto ha llevado a un aumento de las enfermedades ocupacionales en estos países como las intoxicaciones, las alteraciones psíquicas, las enfermedades osteomioarticulares y los accidentes laborales.

Al reflexionar sobre la problemática de la accidentalidad laboral en los países en desarrollo, debemos tener presente las condiciones adversas en las que los trabajadores, en ocasiones, realizan su labor diaria; tanto desde el punto de vista ambiental, como desde el punto de vista de la tecnología anticuada—como cuando se introducen nuevas tecnologías—; las personas no están entrenadas en el funcionamiento de la misma y esto puede ser otro factor de riesgo. Asimismo el factor humano que viene dado por las tensiones laborales y extralaborales, unido al desempleo disminuye la concentración en el trabajo, lo que puede ocasionar accidentes durante el ejercicio de su práctica. También es importante tomar en cuenta las situaciones de malnutrición y enfermedades comunes que ejercen un efecto negativo sobre el trabajador.<sup>8</sup>

La globalización es una realidad; ésta ha resultado muy rentable para algunos y no cabe duda de que ha generado muchos beneficios indirectos desde el punto de vista de la transferencia del conocimiento. Sin embargo, también está teniendo repercusiones desastrosas para muchos sectores. Los trabajadores de salud (TS) trabajan ahora más que nunca y es frecuente que estén expuestos a los riesgos biológicos que están presentes en todos los lugares de trabajo del sector de salud que incluyen patógenos transmitidos por aire y sangre, tales como los agentes causales de tuberculosis, el síndrome agudo respiratorio severo (SARS), la hepatitis y la infección por VIH/SIDA. El personal de salud (PS) también está expuesto a sustancias químicas tales como los agentes desinfectantes y esterilizantes que provocan dermatitis, asma profesional y carcinomas, así como a drogas riesgosas que a la vez son toxinas para la reproducción, riesgos ergonómicos debido al peso de los y las pacientes que tienen que cargar y manejar directamente, sobreesfuerzos, falta de personal, rotación de turnos de trabajo y riesgos físicos tales como ruido y radiaciones entre otros. Además de las categorías de riesgos ocupacionales antes expuestas, el PS experimenta estrés por ser responsable directo del cuidado de varios pacientes enfermos o moribundos que sumado a una carga excesiva de trabajo, puede afectar seriamente su salud y bienestar.

A pesar de lo anteriormente mencionado el trabajo se considera primordial en el desarrollo psicológico, biológico y social del ser humano, pues representa la vía fundamental de relación y comunicación con la sociedad en la que se vive. Es conocido que existe una relación directa entre el

medio ambiente laboral y el estado de salud, como bien señala Raúl Rojas Soriano: “dime en qué trabajas y te diré de qué te enfermas”.

Por esto, la sociología médica se encarga de estudiar las causas de las enfermedades de trabajo, en la que se menciona que las consecuencias del desarrollo capitalista se manifiesta en forma concreta en la salud de los grupos sociales que componen a las distintas sociedades históricamente determinadas, por lo que surgen nuevas enfermedades o se acentúa la presencia de otras. Estos problemas de salud o accidentes laborales pueden encontrarse en las características de los materiales, las herramientas o los instrumentos que se utilizan, así como en el ritmo y el ambiente laboral y la organización.<sup>9</sup>

Los accidentes y las enfermedades que adquieren los trabajadores de la salud durante el ejercicio de su profesión no tienen como únicos responsables a los factores de riesgo directamente relacionados con el proceso de trabajo o con las condiciones del mismo, sino que el estilo de vida tiene también peso importante en la causalidad de los mismos. Por estilo de vida, se entiende el patrón de conducta que tienen los trabajadores, el cual se define por las características de su trabajo, la alimentación, el ejercicio que realiza, las adicciones que tiene, el tiempo que descansan y duermen, el tipo de recreación que eligen y su actitud ante la prevención y la atención de su salud; estos factores están presentes de manera permanente en los trabajadores cuyas características repercuten necesariamente en beneficio de su salud o perjuicio de ésta. Como se puede observar las actitudes y conductas que se tiene ante estos aspectos definen lo saludable o nocivo que puede ser el estilo de vida.

El conocimiento y valoración en forma integral de todos sus factores permiten establecer los patrones de conducta de los trabajadores que están interactuando en forma constante con los factores de riesgo laborales.<sup>10</sup>

P. Bourdieu señala que cualquier profesión u oficio conduce a que se conforme un *habitus* propio de la profesión y que dicho *habitus* esté constituido por un conjunto de técnicas, referencias y creencias que se constituyen en estructuras y esquemas mentales que llevan a que las personas tengan determinadas prácticas que determinan los estilos de vida de los trabajadores de la salud.<sup>11,12</sup>

La salud del trabajador ocupa cada día un lugar más importante en la vida moderna; es por ello que el mayor nivel de información que se tenga sobre los riesgos a los que todo el personal está expuesto contribuirá de manera especial a la promoción y prevención de salud sobre las enfermedades y garantizar una mejor calidad de vida.

En algunos países industrializados a menudo se tratan las lesiones producidas durante la práctica profesional de las personas. Ahora bien, importa recordar que no es lo mismo

tratar un problema que evitarlo antes de que ocurra. La prevención debe ser el primer objetivo en la presencia de accidentes laborales.

La aplicación de medidas preventivas en los lugares de trabajo reporta muchos beneficios evidentes para el trabajador, además de unas condiciones laborales más sanas y seguras; para el empleador, el beneficio más patente es el aumento de la productividad. Se requiere, por tanto, que el trabajador de la salud dirija y controle su trabajo; es necesario lograr una mejor y mayor compatibilidad entre el trabajador y los medios técnicos que utiliza para realizar su labor profesional. Las lesiones causadas a los trabajadores por herramientas o puestos de trabajo mal diseñados pueden ser muy costosas, debido a los dolores y sufrimientos que causan, por no mencionar las pérdidas financieras que suponen para los trabajadores y sus familias.

Se requiere, por tanto, que en los hospitales se dirija el término calidad de vida en el trabajo (CVT).<sup>13</sup>

## CONCLUSIONES

Las consecuencias de factores socioculturales como es la industrialización y el capitalismo, además de concentrar capital, producir pobreza, desempleo, flexibilización y precarización del trabajo ocasiona cambios de las condiciones de vida de los trabajadores además de que impacta de forma muy negativa en su salud, incrementando el número accidentes y enfermedades ocupacionales.

Específicamente en el área de la salud, los avances tecnológicos junto con la rápida globalización han transformado el trabajo para muchas personas en todo el mundo, por lo que es un hecho que los trabajadores presenten accidentes laborales. Desde el punto de vista de la sociología médica, se establece una relación entre la enfermedad vista como un fenómeno social y el modo de producción capitalista; pero también tienen que ver las actitudes y conductas que definen lo saludable o nocivo que puede ser el estilo de vida de los trabajadores de la salud para que se pueda presentar un accidente laboral. Se requiere que el trabajador de la salud aplique medidas preventivas en su lugar de trabajo para garantizar una mejor calidad de vida.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Nieto H. Salud Laboral. Disponible en: [http://www.fmed.uba.ar/depto/sal\\_seg/salud\\_laboral1.pdf](http://www.fmed.uba.ar/depto/sal_seg/salud_laboral1.pdf)
2. Organización Internacional del Trabajo. Riesgos emergentes y nuevos modelos de prevención en un mundo de trabajo en transformación [Internet]. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 2010. Disponible en: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms\\_124341.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_124341.pdf)
3. Saliba Garbin CA, Graca A, Reis R, Elaine P. Accidentes de trabajo que afecta a los trabajadores de la salud [Internet]. Acta Odontológica Vene-

- zolana. 2009; 47 (1): 1-9. Disponible en: [http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/1/accidentes\\_trabajo\\_profesionales\\_salud.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/1/accidentes_trabajo_profesionales_salud.asp)
4. Gabaldón A. Relación salud-trabajo y desarrollo social: visión particular en los trabajadores de la educación [internet]. Rev Cubana Salud Pública. 2006; 32 (1). Disponible en [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32\\_1\\_06/spu12106.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_1_06/spu12106.htm)
  5. Rojas S. Sociología médica. 3a edición. México: Plaza y Valdés Editores; 1988: p. 20.
  6. Robazzi ML, Chávez MY, Barcellos R, Almeida L, Oliveira I, Pedrao LJ. Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud [Internet]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol26\\_1\\_10/enf09110.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol26_1_10/enf09110.htm)
  7. Feo O. Globalización y salud de los trabajadores. Salud trabajadores. 2002; 10 (1-2): 1-11.
  8. Pintos Valluerca J et al. Influencia del Neoliberalismo y la Globalización en el estado de salud de los trabajadores de América Latina y el Caribe (Parte I) [internet]. [acceso 15 de noviembre 2011]. Disponible en: <http://www.ilustrados.com/tema/7911/Influencia-Neoliberalismo-Globalizacion-estado-salud-trabajadores.html/>
  9. Rojas S. *Op cit.* p. 20
  10. Macedo L, Nava R, Valdés B. El estilo de vida, factor de riesgo en la causalidad de las enfermedades y accidentes de trabajo [internet]. Revista Latinoamérica de la salud en el trabajo. 2001; 1: 93-95. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd46/estilo.pdf>
  11. Bourdieu P. Cuestiones de sociología. Madrid: Itsmo; 2000: 75-118. Disponible en: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=3025517&pid=S0036-363420040004000070000](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=3025517&pid=S0036-363420040004000070000)
  12. Geertz C. Conocimiento local. Ensayos sobre la interpretación de las culturas. Barcelona: Paidós; 1994: 182.
  13. García L, Valdés M, Laffita A. Enfermedades profesionales en los estomatólogos, propuesta de ejercicios físicos para su prevención. Disponible en: <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EkplVykkVZGy-gRkPJQ.php> Fecha de consulta 21 de noviembre de 2011