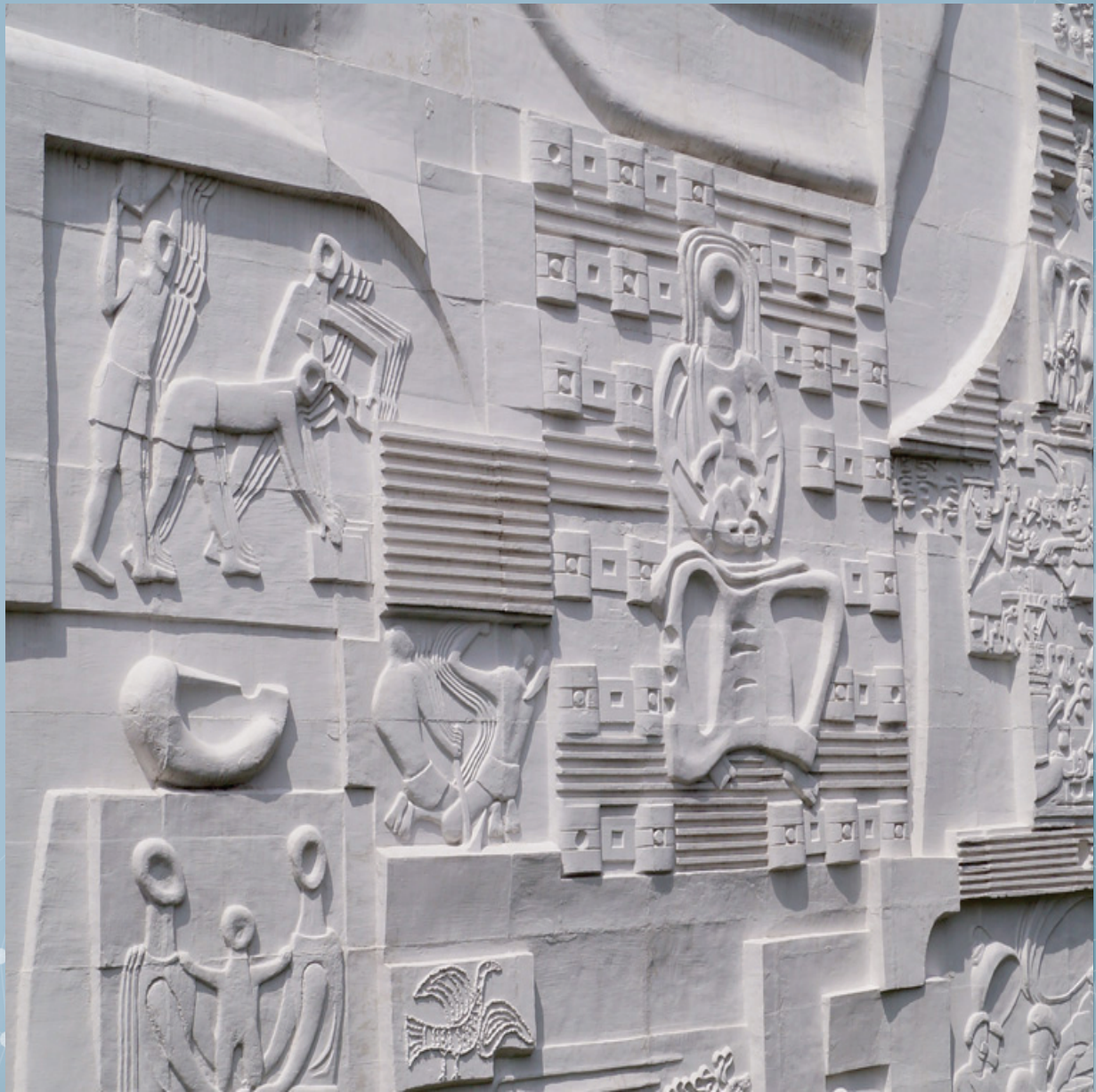


INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA

Manuel Velasco Suárez



Revista de Enfermería Neurológica



ISSN - 1870-6592 • e-ISSN: 2954-3428 • Indexado en: Base de datos CUIDEN (Granada, España)

mayo - agosto 2022

Vol. 21
N.2

DIRECTORIO



INSTITUTO NACIONAL DE
NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ

DR. ÁNGEL ANTONIO ARAUZ GÓNGORA
Director General

DR. EDGAR NATHAL VERA
Director Médico

DRA. SONIA ILIANA MEJÍA PÉREZ
Directora de Enseñanza

DR. FRANCISCO CAMILO DE LA FUENTE SANDOVAL
Director de Investigación

DRA. FABIOLA EUNICE SERRANO ARIAS
Subdirectora de Enseñanza

DR. RAMIRO GILBERTO RUIZ GARCÍA
Jefe del Depto. de Publicaciones Científicas

Revista de Enfermería Neurológica

Comité Editorial

DIRECTORA EJECUTIVA

Mtra. Martha Elena Castillo Trejo

FUNDADORA

Mtra. Hortensia Loza Vidal

EDITORA

Lic. Guisety López Cantera <http://orcid.org/0000-0001-7680-2948>

EDITORAS ADJUNTAS

Mtra. Gloria Ortiz López

Mtra. E. Patricia Zamora Ruiz

Dra. Ma. Guadalupe Nava Galán

Mtra. Monserrat Castelán Flores

CUIDADO A LA EDICIÓN

Lic. Mariela Perez Castañeda

TRADUCTOR

Mtro. Alejandro Belmont Molina <https://orcid.org/0000-0002-4722-8841>

Lic. Mariela Perez Castañeda

DISEÑO Y FORMACIÓN EDITORIAL

Mara Isabel Ramírez Naranjo <https://orcid.org/0000-0002-1983-0915>

TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

Lic. Mario Orlando Solís Solís

Revista de Enfermería Neurológica

Comité Editorial

Comité Evaluador Internacional

- Dra. Maria Helena Palucci Marziale <https://orcid.org/0000-0003-2790-3333>
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-Universidade de Sao Paulo. Brasil
- Dra. Ana Luísa Petersen Cogo <https://orcid.org/0000-0003-2168-7801>
Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul. Brasil
- Dra. Amélia Costa Mendes <https://orcid.org/0000-0002-0704-4319>
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade De São Paulo. Brasil
- Dra. Sandra Valenzuela Suazo <https://orcid.org/0000-0002-1308-4835>
Facultad de Enfermería Universidad de Concepción, Chile
- Dra. Edith E. Rivas Riveros <https://orcid.org/0000-0002-9832-4534>
Universidad de la Frontera, Temuco, Chile
- Dra. Ma. José López Montesinos <https://orcid.org/0000-0001-6084-2670>
Universidad de Murcia. España
- Dra. Rafaela Camacho Bejarano <https://orcid.org/0000-0003-0716-5038>
Universidad de Huelva. España
- Dr. Augusto Hernán Ferreira-Umpiérrez <https://orcid.org/0000-0002-2088-382X>
Facultad de Ciencias de la Salud. Dpto. de Ciencias de la Enfermería, Universidad Católica del Uruguay, Montevideo, Uruguay
- Mag. Rosana Tessa <https://orcid.org/0000-0002-0516-9222>
Universidad Católica del Uruguay. Uruguay
- Mtra. Anabel Sarduy Lugo <https://orcid.org/0000-0001-7666-7846>
Universidad Estatal Península de Santa Elena. Ecuador
- Mag. Mónica Isabel Hanna Lavalle <https://orcid.org/0000-0003-4118-761X>
Universidad de Córdoba. Colombia
- Dra. María Clara Quintero Laverde
Universidad de la Sabana. Colombia
- Dr. Oscar Alberto Beltrán Salazar
Universidad de Antioquia. Colombia
- Mtra. Mirelys Sarduy Lugo
Sociedad Cubana de Enfermería. Cuba
- Mtra. Antonia Campolongo Perillo
Hospital de la Santa Creu I Sant Pau Instiut de Recerca, Barcelona, Catalunya, España

Revista de Enfermería Neurológica

Comité Editorial

Comité Evaluador Nacional

Dra. Laura Morán Peña <https://orcid.org/0000-0002-7072-742X>

Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería, Escuela nacional de enfermería y obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dra. Rosa A. Zárate Grajales <https://orcid.org/0000-0002-9264-8490>

Escuela nacional de enfermería y obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dra. Gandhi Ponce Gómez <https://orcid.org/0000-0002-1532-8207>

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dra. Adela Alba Leonel <https://orcid.org/0000-0001-9359-9590>

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dra. Carmen Lasty Balseiro Almarío

Escuela nacional de enfermería y obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Juan Pineda Olvera <https://orcid.org/0000-0003-4552-7714>

Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dra. Susana González Velázquez <https://orcid.org/0000-0002-5851-4886>

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dra. Silvia Crespo Knopfler <https://orcid.org/0000-0002-7720-7187>

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México, México

M en C. Belinda de la Peña León <https://orcid.org/0000-0002-2579-7699>

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México, México

Mtra. Beatriz Carmona Mejía

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Ariel Alejandro Rodríguez García <https://orcid.org/0000-0001-5779-0371>

Universidad Nacional Autónoma de México, México

Mtro. Héctor Nebot García

Academia Nacional Mexicana de Bioética A.C., México

Dr. Luis Manuel Fernández Hernández

Universidad Tecnológica de Nezahualcóyotl, México

Revista de Enfermería Neurológica

Comité Editorial

Mtro. Gerardo Pluma Bautista

Universidad Tecnológica de Nezahualcóyotl, México

Dr. Ernesto Roldan Valadez <https://orcid.org/0000-0002-7116-5289>

Universidad Panamericana, México

Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis <https://orcid.org/0000-0002-7152-0244>

Universidad Autónoma de Nuevo León, México

Dra. Sofía Cheverría Rivera <https://orcid.org/0000-0003-1099-8719>

Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México

Dra. Martha Landeros López <https://orcid.org/0000-0002-5035-3715>

Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México

Dra. María Candelaria Betancourt Esparza <https://orcid.org/0000-0003-3956-2003>

Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México

Mtra. Martha Ranauro García <https://orcid.org/0000-0003-4151-0245>

Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México

Dr. Erick Alberto Landeros Olvera <https://orcid.org/0000-0001-6270-1759>

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México

Dra. María Luisa Leal García <https://orcid.org/0000-0002-4511-2052>

Universidad Autónoma de Querétaro, México

Dra. Alejandra Hernández Castañón

Universidad Autónoma de Querétaro, México

Dra. Natalia Ramírez Girón

Universidad de las Américas, Puebla

Dra. Sandra Magdalena Sotomayor Sánchez <https://orcid.org/0000-0002-8048-5284>

Escuela nacional de enfermería y obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, México

Mtra. Ariana Maya Sánchez <https://orcid.org/0000-0002-6479-2524>

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Dr. Benjamín López Nolasco

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Mtra. Teresa Sánchez Estrada <https://orcid.org/0000-0001-5294-0182>

Escuela nacional de enfermería y obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, México

Mtra. Pamela Edith Jiménez Beltrán <https://orcid.org/0000-0003-0340-5479>

Instituto Mexicano del Seguro Social

Revista de Enfermería Neurológica

Comité Editorial

Dra. Virginia Reyes Audiffred <https://orcid.org/0000-0002-9366-9883>
Escuela nacional de enfermería y obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, México

Mtra. Erika Rossi Díaz Benítez <https://orcid.org/0000-0001-6458-4998>
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Alejandro Rodríguez Camacho
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, México

Comité Evaluador Institucional

Dra. Ma. Guadalupe Nava Galán

Mtro. Alejandro Belmont Molina <https://orcid.org/0000-0002-4722-8841>

MRN. Irene Quiza Tomich

MRN. Rocio Valdez Labastida

Dra. Sara Santiago García

Dra. Gloria Hernández Guzmán
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, México

No. 2
2022

Contents
Contenido

ORIGINAL ARTICLE
ARTICULO ORIGINAL

Quality of life in patients with Guillain-Barre syndrome in a third level institution

Calidad de vida en pacientes con Síndrome de Guillain-Barré en una institución de tercer nivel
Crisely Bravo Corrales, Esminda Terán Zúñiga, Guisety López Cantera

109-118

Job satisfaction of nursing professionals at a second level hospital in Mexico City

Satisfacción laboral de los profesionales de enfermería en un hospital de segundo nivel de la Ciudad de México
Carmen Lasty Balseiro Almarío, Wendy Melina Suasto Gómez, María Adriana Chaparro Sánchez, Yohyotzin Edgar Tapia Juárez, Nayelli Aguilera Padilla, Margarita Hernández Zavala

119-127

Meaning of the nursing care process from the teacher's educational everyday

Significado del proceso de atención de enfermería desde la enseñanza cotidiana de los profesores
Sandra Magdalena Sotomayor Sánchez

128-141

Safety in professional nursing care for oncology patients in the context of the COVID-19 pandemic

Seguridad del cuidado profesional enfermero en atención al paciente oncológico en contexto de contingencia COVID-19
María del Carmen Gómez Lucio

142-156

Concordance of pain assessment between the Escala de Conducta Indicadoras de Dolor and Behavioral Pain Scale

Concordancia de valoraciones del dolor entre la Escala de Conductas Indicadoras de Dolor y Behavioral Pain Scale
Gloria del Carmen Alejos Echavarría, Alba Verónica Ángeles Vargas, Joel Martínez Martínez

157-165

REVISION ARTICLE
ARTÍCULO DE REVISIÓN

Nursing interventions in organ procurement for adults with brain death: Systematic review

Intervenciones de enfermería en procuración de órganos de personas adultas con muerte encefálica: Revisión sistemática

Teresa de Jesús Solís López, Josefina Gallegos Martínez

166-176

Syndemic, social anomie and complexity of the COVID-19 emergency

Sindemia, anomia social y complejidad de la emergencia del COVID-19

Julio Hernández Falcón, Adela Alba Leonel

177-183

REVIEW
RESEÑA

History of Pediatric Nursing at the Children's Hospital of México Federico Gomez

Historia de la Enfermería Pediátrica en el Hospital Infantil de México Federico Gómez

Eloy Margarita Aguilar, Araceli Sáldivar Flores, Olivia Aguilar Guzmán, Maricela Cruz Jiménez, Guadalupe Romero Herrera, Jonatha DC

184-189



Quality of life in patients with Guillain-Barre syndrome in a third-level institution

Calidad de vida en paciente con Síndrome de Guillain-Barré en una institución de tercer nivel

Crisely Bravo Corral¹,  Esminda Terán Zúñiga²,  Guisety López Cantera³ 

Abstract

Introduction: From the discipline of nursing, this article analyzes the association between health-related quality of life (HRQOL) and emotional state, focusing on the case of patients with Guillain-Barré syndrome (GBS). Health is a constitutive factor of quality of life (QOL), from which it could be assessed as good or bad. Therefore, diseases are not only limited to physical involvement, but also to psychological, social and familiar, on which it has an even higher incidence if the etiology is uncommon. By knowing the experience that GBS patients have of these aspects, it is possible to determine which are the altered functional patterns according to the Marjory Gordon model.

Objective: To evaluate the QOL in patients with GBS in a third-level institution.

Material and Methods: A quantitative analytical methodology was used with an observational, prospective and longitudinal design. Longitudinal studies of HRQOL in patients with GBS are still scarce. Therefore, HRQOL was studied in patients with GBS in a third-level institution, specifically on day 28 and the third month from the onset of the disease, considering the neurological disorder progression phase and the recovery phase. After review and acceptance of the research committee and the research ethics committee protocol, the investigation was carried out for eleven months, from September 2021 to July 2022. Thirty adult patients participated through a convenience non-probability sampling, fulfilling the inclusion criteria and prior informed consent. HRQOL was studied by means of the World Health Organization Quality of Life questionnaire, brief version (WHOQOL-BREF), translated into Spanish, designed and validated by the WHO. The normality distribution of the data was determined with the Shapiro Wilk test. In order to carry out statistical analysis, descriptions of median, dispersion statistics, and chi-square test were made with the SPSS statics V.25 program.

Results: Regarding QOL measurements, the perception of patients at day 28 was “regular”, with a medium of 60.13 and a standard deviation of 7.26. In the third month there was not meaningful

Citación: Bravo Corral C., Terán Zúñiga E., López Cantera G. Calidad de vida en pacientes con síndrome de Guillain-Barré en una institución de tercer nivel. Rev Enferm Neurol.2022;21(2);pp. 109-118

Correspondencia: Crisely Bravo Corral
Email: cr1bracor_1998@hotmail.com

¹⁻³Instituto Nacional de Neurología y
Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

Recibido: 21 abril 2022

Aceptado: 24 agosto 2022



improvement, since their perception was “normal”, showing a medium of 76.66 and a deviation of 11.21.

Conclusions: During the eleven-month follow up of GBS patients, a gradual recovery in QOL was observed. The objectives set were achieved. Our study confirms that GBS does intervene in the QOL of patients.

Keywords: health-related quality of life, emotions, Guillain-Barré syndrome, functional patterns.

Resumen

Introducción: Desde la disciplina de enfermería, este artículo analiza las relaciones entre calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y el estado emocional, enfocándose en los casos de pacientes con síndrome de Guillain-Barré (SGB). La salud es un factor constitutivo de la calidad de vida (CV), a partir del cual se la puede considerar buena o mala. Por lo tanto, la enfermedad no sólo se limita a la afectación física, sino también a la psicológica, social y familiar, sobre las que tiene incluso mayor incidencia si la etiología es poco común. Al conocer la experiencia que los pacientes con SGB tienen de estos aspectos, se puede determinar cuáles son los patrones funcionales alterados según el modelo de Marjory Gordon.

Objetivo: Evaluar la CV de pacientes con SGB en una institución de tercer nivel.

Material y Métodos: Se utilizó una metodología cuantitativa de tipo analítica con un diseño observacional, prospectivo y longitudinal. Los estudios longitudinales de la CVRS en pacientes con SGB aún son escasos. Por lo tanto, se investigó la CVRS en pacientes con SGB en una institución de tercer nivel, específicamente el día 28 y el tercer mes desde el inicio de la enfermedad, tomando en cuenta la fase de progresión del trastorno neurológico y la fase de recuperación. El estudio se realizó durante once meses, desde septiembre de 2021 hasta julio de 2022, previa revisión y aceptación del protocolo del comité de investigación (CI) y del comité de ética en investigación (CEI). Participaron treinta pacientes adultos bajo un muestreo no probabilístico por conveniencia, cumpliendo con los criterios de inclusión y previo consentimiento informado. La CVRS se indagó mediante el cuestionario World Health Organization Quality of Life, versión breve (WHOQOL-BREF), traducido al español y diseñado y validado por la OMS. Se determinó la distribución de normalidad de los datos con la prueba Shapiro Wilk. Para el análisis estadístico se hicieron descripciones de medias, estadísticos de dispersión y la prueba de chi-cuadrado con el programa SPSS statics V.25

Resultados: En las medidas de CV, la percepción de los sujetos con SGB en el día 28 fue “regular”, con una media de 60.13 y una desviación típica de 7.26. En el tercer mes no hubo una mejoría significativa, pues la percepción de los participantes fue “normal”, mostrando una media de 76.66 y una desviación de 11.21.

Conclusiones: Durante el seguimiento de once meses a los pacientes con SGB se observó una recuperación en la CV gradual. Se lograron los objetivos planteados. Nuestro estudio confirma que el SGB sí interviene en la CV de los pacientes.

Palabras claves: calidad de vida relacionada con la salud, emociones, síndrome de Guillain-Barré, patrones funcionales.

Introducción

La calidad de vida (CV) se entiende como un concepto amplio, influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como por el vínculo con los elementos esenciales de su entorno.^{1,2} A partir de su estrecha relación con las condiciones de salud de las personas y de sus experiencias subjetivas, se describe el componente calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).¹ La CVRS refleja las percepciones y expectativas subjetivas a nivel tanto individual como grupal, en función de cómo las enfermedades y sus tratamiento afectan los dominios físico, psicológico y social.²

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una patología neurológica catastrófica³ caracterizada por debilidad simétrica de las extremidades con rapidez progresiva, de comienzo distal y avance proximal.⁴ Su aparición se debe a la afectación de nervios periféricos y raíces nerviosas de la médula espinal,⁵ y la progresión de los síntomas abarca desde algunos días hasta cuatro semanas.⁶ La enfermedad se desarrolla en tres fases:⁷

1. *Fase de progresión*: comprendida entre el inicio de las manifestaciones clínicas y su acmé. Dura desde algunos días hasta aproximadamente cuatro semanas.
2. *Fase de estabilización*: comprendida entre el final de la progresión y el inicio de la recuperación clínica. Esta etapa puede estar ausente o ser muy breve.
3. *Fase de recuperación/regresión*: comprendida entre el inicio de la recuperación y su final. A partir de entonces, los defectos neurológicos que persistan pueden considerarse secuelas. Tiene una duración aproximada de un mes, pero este tiempo varía de un individuo a otro dependiendo de la gravedad y extensión del daño neurológico.⁷

A pesar de tener una baja probabilidad de adquirirlo (1 por cada 1000 sujetos),⁸ el SGB representa un gran impacto para la persona que lo padece, pues siempre es consciente de su deterioro debido a que nunca se pierde el estado de alerta, además de que produce una discapacidad prolongada y algunos pacientes padecen de un daño nervioso permanente.

La incidencia mundial del SGB se encuentra de 0.6 a 4 casos por 100,000 habitantes al año, se ha registrado en diversos países y afecta a todas las razas, edades y nacionalidades, si bien su frecuencia aumenta en pacientes mayores de 75 años. Según el metaanálisis multicéntrico realizado por Domínguez-Moreno y su grupo en 2018, la incidencia del SGB en México es de 0.89 a 1.89 por 100,000 personas al año, mientras que la mortalidad se aproxima a 0.16 por 100,000 personas al año, cifras similares a las encontradas en la bibliografía internacional.⁶ El SGB constituye la primera causa de parálisis flácida aguda en los hospitales de primer y segundo nivel de atención en México; sin embargo, el tercer nivel no ha sido la excepción.⁶

La magnitud de la debilidad es variada, desde leve hasta la completa cuadriplejía flácida, con compromiso de los músculos de la respiración hasta en 30% de los casos.³ El SGB tiene un curso monofásico, estudios previos han demostrado que la recuperación funcional ocurre de los primeros seis a doce meses después del inicio del SGB, e incluso posterior a tres años desde el episodio agudo. A pesar del tratamiento, son comunes las quejas residuales y los déficits que afectan el funcionamiento diario y la CV.⁹ El 60% de los pacientes informan de la presencia de síntomas sensoriales y el 30% tienen discapacidad funcional. La quinta parte de los pacientes con SGB gravemente enfermos no les resulta posible caminar de manera independiente seis meses

después del inicio de la enfermedad.⁹

Un tercio de los pacientes tiene dolor persistente de uno a dos años después de que se presentara la enfermedad, y hasta casi la mitad de los pacientes informan fatiga severa después de uno a veinte años de período de seguimiento. Alrededor del 30% de los pacientes cambian de trabajo, hábitos o actividades sociales después de la fase aguda de la enfermedad.¹⁰ La CV de los pacientes con SGB puede verse afectada negativamente debido a todos estos factores, e incluso los pacientes que están recuperados físicamente por completo o que tienen síntomas residuales mínimos pueden presentar un funcionamiento psicosocial deteriorado.⁹

Es importante reconocer que el SGB exige la atención sanitaria de un equipo interdisciplinario, con profesionales capaces de brindar apoyo en aspectos tanto fisiológicos como mentales.¹¹ Marjory Gordon define los patrones como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas y que contribuyen a su salud, a su CV y al logro de su potencial humano, aspectos que se presentan secuencialmente a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología.¹²

Durante la revisión de literatura, se encontró que las publicaciones sobre la CVRS en pacientes con SGB eran escasas. La información del presente trabajo servirá para fortalecer el conocimiento sobre el SGB y sobre la misma CVRS de los pacientes durante y después de su padecimiento. De esta manera, el personal de enfermería no solo podrá enfocarse en los cuidados de aparatos y sistemas, sino también en los aspectos emocionales que permitan mejorar la CVRS de los pacientes.

Objetivos específicos:

- Describir cómo los pacientes con SGB en una institución de tercer nivel perciben su CV.

- Analizar cómo repercute la CV en el estado emocional del paciente con SGB.
- Describir las alteraciones de los patrones funcionales del modelo de enfermería de Marjory Gordon en la CV del paciente con SGB.

Hipótesis

H0: El SGB no influye en la CV de los pacientes.

HA: El SGB influye altamente en la CV de los pacientes.

Material y métodos

Se utilizó una metodología cuantitativa de tipo analítica con un diseño observacional, prospectivo y longitudinal. Los estudios longitudinales de la CVRS en pacientes con SGB aún son escasos. Por lo tanto, se investigó la CVRS en pacientes de una institución de tercer nivel con dicho diagnóstico, tomando en cuenta, por un lado, la fase de progresión del trastorno neurológico, comprendida desde el inicio de las manifestaciones clínicas hasta cuatro semanas después (28 días aproximadamente), y por el otro, la fase de regresión considerada desde el inicio de la recuperación hasta su final, cuya duración puede variar de un paciente a otro entre uno y tres meses.⁷ El estudio se realizó durante once meses, desde septiembre de 2021 hasta julio de 2022. Con previa revisión y aceptación del protocolo de investigación del CI y CEI, participaron 30 pacientes adultos diagnosticados con SGB en una institución de tercer nivel, de acuerdo con un muestreo no probabilístico por conveniencia en el que se tomaron en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, previo consentimiento informado. La CVRS se analizó mediante el cuestionario World Health Organization Quality of Life,

versión breve (WHOQOL-BREF), traducido al español y diseñado y validado por la OMS. El cuestionario consta de 26 reactivos agrupados en cuatro dimensiones destinadas a conocer el perfil de la CVRS: la salud física, la salud psicológica, las relaciones sociales y el ambiente del paciente. Su revalidación fue realizada por López-Huerta et al. en 2017,¹³ en una muestra de 678 adultos mexicanos, obteniendo valores en el coeficiente alpha de Cronbach de $\alpha=0.70$ para todas las dimensiones y un $\alpha=.895$ global.

Para un análisis comparativo de la CVRS en las distintas fases del SGB, las pruebas se realizaron a los participantes en el día 28 y en el tercer mes desde el inicio de la enfermedad. A partir de la valoración de los patrones funcionales del modelo de Marjory Gordon, se obtuvieron datos relevantes de los pacientes de una manera ordenada que facilitó su análisis. Se determinó que los datos estadísticos no tienen un nivel de distribución de normal mediante la prueba Shapiro Wilk, pues se obtuvo una significancia igual a .000 con un $p<0.05$. Para el análisis estadístico se hicieron descripciones de medias y estadísticos de dispersión, y se usó la prueba de chi-cuadrado.

Resultados

Descripción de las medidas de CV

Cada uno de los dominios que, como se mencionó anteriormente, componen el cuestionario WHOQOL-BREF, está integrado por las siguientes facetas a valorar:

Dominio de salud física: dolor físico, adherencia al tratamiento médico, energía para la vida diaria, movilidad, sueño, actividades de la vida diaria, capacidad de trabajo.

Dominio de salud psicológica: sentimientos positivos, concentración, imagen corporal,

autoestima, sentimientos negativos.

Dominio de relaciones sociales: relaciones personales, actividad sexual, apoyo social.

Dominio del ambiente: seguridad, ambiente físico, recursos económicos, oportunidad de información, actividades de ocio, hogar, atención sanitaria, servicio de transporte.

Para la valoración de la escala WHOQOL-BREF que proporciona un perfil de CV, cada dominio fue dividido en puntos de corte, desde el puntaje mínimo hasta el máximo que se esperaba, siguiendo una escala tipo Likert de 5 puntos.

El primer análisis realizado se orientó a una descripción de las medidas de CV de una muestra de 30 pacientes con SGB de una institución de tercer nivel, obtenidas a partir de medias y estadísticos de dispersión el día 28 y el tercer mes desde el inicio de la enfermedad, a fin de comparar en ambas etapas los cuatro dominios mencionados.

En el presente estudio, la percepción de los pacientes con SGB el día 28 en cuanto al dominio de salud física, se representó con una media de 14.40 y una desviación típica de 1.83, clasificándose según el punto de corte como una salud física “*muy mala*”. Por su parte, en el tercer mes la media fue de 17.83 con una desviación típica de 2.97, lo cual significa que, en comparación con el día 28, la percepción de la salud física de los pacientes en este punto de su recuperación es “*regular*”, siendo la puntuación más baja 7 y la más alta 35. Lo anterior se puede apreciar en los Cuadros 1 y 2.

En cuanto al dominio de salud psicológica, la percepción de los pacientes en el día 28 se estableció por una media de 14.90 y una desviación típica de 2.44, clasificándola como “*muy mala*”. Respecto al tercer mes, su percepción de salud psicológica fue “*normal*”, con una media de 21.63 y una desviación típica de 3.57, siendo el punto de corte inferior 7 y el punto de corte alto

35 (ver Cuadros 1 y 2).

Asimismo, en los Cuadros 1 y 2 también se muestra que, en el dominio de las relaciones sociales, la percepción de los sujetos con SGB en el día 28 estuvo representada con una media de 11.93 y una desviación típica de 2.67, obteniendo como resultado relaciones sociales “normales”. Éstas mejoraron a “bastante buenas” en el tercer mes, con una media de 13.43 y una desviación típica de 2.32, siendo el puntaje más bajo de 4 y el más alto de 20.

Cuadro 1. Puntos de corte de las medidas de CV de los pacientes con diagnóstico de SGB de una institución de tercer nivel.

Calidad de vida	Puntaje Mínimo	Puntos de corte					Puntaje Máximo
		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena	
Salud física	7	15.99	16-20.99	21-25.99	26-30.99	31-35	35
Salud psicológica	7	15.99	16-20.99	21-25.99	26-30.99	31-35	35
Relaciones sociales	4	4.99	5-8.99	9-12.99	13-16.99	17-20	20
Ambiente	7	15.99	16-20.99	21-25.99	26-30.99	31-35	35
Total de medidas de CV	25	35.99	36-65.99	66-85.99	86-115.99	116-125	125

Cuadro 2. Medias y estadísticos de dispersión de las medidas de cv de los pacientes con diagnóstico de SGB de una institución de tercer nivel, en el día 28 y tercer mes.

Medidas de cv a los 28 días	Salud física	Salud psicológica	Relaciones personales	Ambiente	Total
Media	14.40	14.90	11.93	18.90	60.13
Mediana	14.00	15.00	12.50	18.00	60.00
Desv. Desviación	1.83	2.44	2.67	4.17	7.266
Varianza	3.35	5.95	7.168	17.40	52.80
Medidas de cv al 3 ^{er} mes	Salud física	Salud psicológica	Relaciones personales	Ambiente	Total
Media	17.83	21.63	13.43	23.77	76.66
Mediana	18.00	22.00	14.00	25.00	75.00
Desv. Desviación	2.97	3.57	2.32	4.56	11.21
Varianza	8.83	12.79	5.42	20.80	125.81

Respecto al dominio del ambiente, la percepción de los individuos con SGB en el día 28 se representó con una media de 18.90 y una desviación típica de 4.17, clasificándose así en un ambiente “regular”. En cuanto al tercer mes, la media fue de 23.77 y su desviación típica fue de 4.56, ubicando el ambiente de los pacientes como “normal”, en el que el puntaje más bajo fue 7 y el más alto 35.

En el total de los dominios de CV, la percepción de los sujetos con SGB en el día 28 es “regular” con una media de 60.13 y una desviación típica de 7.26, mientras que en el tercer mes la percepción de los participantes fue “normal”, mostrando una media de 76.66 y una desviación de 11.21. Como se observa en los Cuadros 1 y 2, dicha comparación

no arroja una mejoría significativa.

Prueba de chi-cuadrado

Debido a que los datos no tienen una distribución normal, se empleó la prueba no paramétrica en la comparación de datos independientes.

Los resultados muestran la significancia estadística, al aplicar la prueba de chi-cuadrado con un valor de $X^2 = 28.782a$ con $gl=4$ y una significancia con un $p<0.001$. Por lo tanto, se trata de una certeza del 99%, lo que da paso a la hipótesis alternante y rechaza la hipótesis nula. Se afirma entonces que la variable CV se asocia a la variable independiente SGB (ver Cuadro 3).

Cuadro 3 Diferencia de la variable cv, con la variable independiente SGB.

CV	SGB		
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	28.782a	4	.000
Razón de verosimilitud	37.100	4	.000
Asociación lineal por lineal	24.59 ²	1	.000
No. de casos válidos	30		

Discusiones

En esta investigación, a partir de las medidas de los dominios de salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente, la percepción de CV que tuvieron los pacientes con SGB fue “regular” en el día 28, mientras que pasó a ser “normal” en el tercer mes.

Según el estudio de Bitencourt, García y Della Barba, “*Qualidade de vida das pessoas com deficiência: revisão sistemática no âmbito de trabalhos*

brasileiros publicados em bases de dados” (“Calidad de vida para personas con discapacidad: revisión sistemática en el ámbito de trabajos brasileños publicados en bases de datos”),¹⁴ el SGB tiene un impacto directo en la CV de los pacientes que lo padecen, dado que significa el nivel de satisfacción personal en relación con las necesidades diarias en la vida familiar, laboral, psicológica, social y ambiental.

Por su parte, en la investigación “*Qualidade de vida de pacientes com Guillain-Barré: uma revisão*” (“Calidad de vida de los pacientes con Guillain-Barré:

una revisión”), Freitas et al.¹⁵ indicaron que *“el Síndrome de Guillain-Barré tiene varias consecuencias negativas según la gravedad de sus síntomas, que interfieren directamente en la CV de los individuos. Haciendo que con el tiempo se reduzca por las limitaciones provocadas por la patología. Sin embargo, durante el curso de la enfermedad, el tratamiento alivia y reduce los síntomas. Lo cual se predispone a mejorar la CV en pacientes con SGB”*.

Valoración-Modelo de enfermería de Marjory Gordon

Patrón 1: Percepción de la salud

En el primer patrón funcional que Marjory Gordon define como *“percepción de la salud”*, para el dominio de *“salud física”* se tomaron en cuenta las variables de dolor físico, adherencia al tratamiento médico, movilidad, y energía de la vida diaria. Los resultados evidenciaron una alteración manifiesta en los pacientes con SGB el día 28, quienes mostraron una percepción *“muy mala”* en este dominio, mientras que, en el tercer mes de su enfermedad la calificaron como regular. Esto demuestra una ligera diferencia en la percepción de la *“salud física”* durante dicho intervalo de tiempo.

En el estudio *“Evaluación de la calidad de vida mediante la herramienta Peds-QL™, en pacientes de 2 a 18 años que padecieron síndrome de Guillain-Barré, y que fueron tratados con inmunoglobulina intravenosa”*, Astudillo-Mariño y Jurado-Melo¹⁶ obtuvieron resultados del 60% en la percepción de la *“salud física”* como *“mala”*, lo cual está relacionado con estudios anteriores en los que se demuestra que la CV puede estar comprometida muchos años después del inicio de la enfermedad, pues entre el 25% y 85% de los pacientes continúan con signos residuales de neuropatía. Referente al dominio de *“ambiente”*, la percepción de los participantes con

SGB en el día 28 es *“regular”*, mientras que en el tercer mes prospera a *“normal”*.

En su tesis de fin de grado titulada *“Revisión sistemática sobre la efectividad de la hipoterapia en la calidad de vida, movilidad, equilibrio y fatiga en personas adultas con ictus, esclerosis múltiple o lesión medular incompleta”*, Aznar Manso y Domínguez Oliván¹⁷ comentan que *“la mejora de la movilidad y la disminución de la fatiga, entendidos como consecuencias directas de la actividad y unido al entorno agradable pueden ser la causa de un aumento en la CV del paciente”*. Es decir, la mejora física y el ambiente saludable determinan la mejora de la CV.

Alterado: Gestión ineficaz de la salud.

Patrón 6: Autopercepción y autoconcepto

En cuanto al sexto patrón funcional de Marjory Gordon, *“autopercepción y autoconcepto”*, en el dominio de *“salud psicológica”* se incluyeron variables como: sentimientos positivos, concentración, imagen corporal, autoestima, sentimientos negativos. El día 28 se obtuvieron resultados bajos, pues los pacientes con SGB calificaron la percepción de su estado emocional como *“muy mala”*, mientras que el tercer mes mejoró a *“normal”*.

En el artículo *“Síndrome de Guillain-Barré: Aprendiendo a vivir con una discapacidad residual”*, los autores Villarreal Cantillo et al.¹¹ mencionan que el SGB, como enfermedad crónica *“puede producir múltiples cambios en el estilo de vida del paciente, potencialmente estresantes, como por ejemplo, renunciar a actividades que solía disfrutar o adaptarse a nuevas limitaciones físicas y necesidades especiales, lo que predispone a la persona a experimentar ansiedad, depresión u otro tipo de afección psicológica.”*

Alterado: Riesgo de baja autoestima situacional.

Patrón 7: Rol y relaciones

De acuerdo con el séptimo patrón funcional de Marjory Gordon, “*rol y relaciones*”, en el dominio de las “*relaciones sociales*” la percepción de los individuos con SGB en el día 28 es “*normal*”, mientras que en el tercer mes progresó a “*bastante buena*”.

Por su parte, Villarreal Cantillo et al.¹¹ encontraron que los pacientes con SGB tienen una buena relación con su familia, pues cuentan con su cariño y apoyo desde el inicio de la enfermedad, como se manifiesta en la visitas al hospital, la atención de su tratamiento y de su proceso de recuperación posterior.

Alterado: Disposición para mejorar los procesos familiares.

Conclusiones

Se concluye que la percepción de la CV en los pacientes con SGB, tanto en el día 28 como en el tercer mes, no alcanza niveles lo suficientemente altos para calificarla como una buena CV, con excepción del dominio de las relaciones sociales. Los participantes tuvieron una percepción que en promedio se puede considerar aceptable, pues hay una pequeña diferencia entre el día 28 y el último del tercer mes que alcanza parámetros de normalidad; sin embargo, esta percepción se mantiene lejos de los valores altos que manifiestan una buena CV.

El SGB no es sólo una enfermedad de afección aguda y autolimitada, sino que también produce en los diferentes pacientes alteraciones neurológicas y psicológicas que afectan su estado emocional, las cuales persisten en el tiempo de su recuperación y repercuten en su CV.

Los datos obtenidos en el presente estudio

corroboran que el SGB repercute en el estado emocional del paciente, pues cuando la percepción de su CV es mala se manifiesta frecuentemente en sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad y depresión, cuya periodicidad aumenta cuando existe limitación de las actividades diarias, falta de movilidad y rechazo de la apariencia física. En cambio, conforme mejora la CV disminuye la frecuencia de estos sentimientos negativos.

Se lograron cumplir los objetivos planteados. Los patrones funcionales del modelo de Marjory Gordon que más se vieron afectados fueron: el patrón 1, “*percepción de la salud*”; el patrón 6, “*auto percepción y autoconcepto*”; y el patrón 7, “*rol y relaciones*”. Según la literatura encontrada, a medida que el tratamiento multidisciplinario, integrado por medicación (inmunoterapia y plasmaféresis), soporte nutricional y fisioterapia, es exitoso, se apunta a un menor tiempo de recuperación y retorno a las actividades de la vida diaria del paciente, lo que mejora la alteración de los patrones funcionales, así como la confianza en sí mismo y en su CV.

Referencias

1. López Catalán M, Quesada Molina JF, López Catalán Ó. Calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemográficos en adultos de Cuenca, Ecuador. *Revista Economía y Política* [Internet]. 2019; 29 :67–86. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.25097/rep.n29.2019.04>
2. Rivera-Rojas F, Ceballos-Vásquez P, Vilchez-Barboza V. Calidad de Vida Relacionada con Salud y Riesgos Psicosociales: conceptos relevantes para abordar desde la Enfermería. *Index Enferm* [Internet]. 2017; 26 (1–2): 58–61. Disponible en: <https://cutt.ly/hOVtssv>
3. Silva MA, Palacios E, Castillo GA, Monsalve JA, Leal Castaño LF. Secuelas neurológicas del síndrome de Guillain-Barré en pacientes

- adultos. *Repert Med Cir.* 2020 [Internet]; 29 (3):185–91. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.01217273.972>
4. Marrero Santana NT, Sánchez Savignón M, Pérez Pérez N, Gil Agüero EL. Terapia ocupacional en paciente con síndrome de Guillain-Barré. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación* [Internet]. 2020; 12 (2). Disponible en: <https://bit.ly/3qt0rFD>
 5. Vera-Carrasco O. Síndrome de Guillain Barré. *Cuad-Hosp Clín* [Internet]. 2019; 60 (2): 59-64. Disponible en: <https://bit.ly/3eBsDDG>
 6. Rebolledo-García D, González Vargas PO, Salgado Calderón I. Síndrome de Guillain-Barré: viejos y nuevos conceptos. *Med Interna Méx.* 2018; 34 (1): 72-81. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.24245/mim.v34i1.1922>
 7. Arenas Vargas V. Cuidados de enfermería al paciente con Síndrome de Guillain Barre hospitalizado en UCI, Hr. Cusco 2017. Tesis de Segunda Especialidad en Enfermería, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa [Internet]. 2018. Disponible en: <https://bit.ly/3NgJVDg>
 8. Phillips Morales Ó. Actualización en el Síndrome de Guillain-Barré. *Rev Méd Sinerg* [Internet]. 2019; 4 (11). Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.31434/rms.v4i11.290>
 9. Berisavac I, Arsenijevic M, Bozovic I, Mladenovic B, Kacar A, Stojiljkovic Tamas O, et al. Disability and quality of life in Guillain-Barré syndrome – Longitudinal study [Internet]. *J Clin Neurosci.* 2020; 78: 185-8. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2020.04.076>
 10. Djordjevic G, Stojanov A, Bozovic I, Berisavac I, Arsenijevic M, Lukic Rajic S, et al. Six-month prospective study of quality of life in Guillain-Barre syndrome. *Acta Neurol Scand* [Internet]. 2020; 141 (3): 236–41. Disponible en: DOI:[10.1111/ane.13195](https://doi.org/10.1111/ane.13195)
 11. Villarreal Cantillo E, Castro Ravelo M, Dangond Sierra MC, Palacio Carpio LJ, Pereira Gutiérrez RP. Síndrome de Guillain-Barré: Aprendiendo a vivir con una discapacidad residual. *Salud Uninorte* [Internet]. 2017; 32 (2): 350-362. Disponible en: <https://bit.ly/3Q4CAaF>
 12. Rivas Cilleros E, López Alonso JC, Fernández Rodríguez Á, Rodríguez Fernández P. Valoración por Patrones Funcionales en alumnado con Necesidades Educativas Especiales por motivos de salud. *Index Enferm* [Internet]. 2021; 30 (3): 239-43. Disponible en: <http://bitly.ws/vV6c>
 13. López Huerta JA, González Romo RA, Tejada Tayabas JM. Propiedades Psicométricas de la Versión en Español de la Escala de Calidad de Vida WHO QoL BREF en una Muestra de Adultos Mexicanos. *Rev Iberoam Diagn Ev* [Internet]. 2017; 2 (44): 105–15. Disponible en: <https://doi.org/10.21865/RIDEP44.2.09>
 14. Bitencourt Santos D, Garcia Garcia M, Della Barba P. Qualidade de vida das pessoas com deficiência: revisão sistemática no âmbito de trabalhos brasileiros publicados em bases de dados. *Rev Bras Qual Vida* [Internet]. 2017; 9 (1): 45-62. DOI: [10.3895/rbqv.v9n1.4655](https://doi.org/10.3895/rbqv.v9n1.4655)
 15. Freitas M, Melo R, Santos S, Santos A, Almeida L, Freitas M, et al. Qualidade de vida de pacientes com Guillain-Barré: uma revisão [Quality of Life of Guillain-Barré Patients: a Review]. *Psicol Saúde Doença* [Internet]. 2019; 20 (2): 319–27. Disponible en: DOI: <https://dx.doi.org/10.15309/19psd200204>
 16. Astudillo Mariño N, Jurado Melo P. Evaluación de la calidad de vida mediante la herramienta Peds-QL™, en pacientes de 2 a 18 años que padecieron síndrome de Guillain-Barré, y que fueron tratados con inmunoglobulina intravenosa. *Rev Fac Cien Med* [Internet]. 2017; 39 (1): 53-9. Disponible en: <http://bitly.ws/vV77>
 17. Aznar Manso R, Domínguez Oliván MP. Revisión sistemática sobre la efectividad de la hipoterapia en la calidad de vida, movilidad, equilibrio y fatiga en personas adultas con ictus, esclerosis múltiple o lesión medular incompleta. Trabajo de fin de grado en Fisioterapia, Universidad Zaragoza [Internet]; 2018. Disponible en: <http://bitly.ws/vV8d>



Job satisfaction of nursing professionals at a second level hospital in Mexico City

Satisfacción laboral de los profesionales de enfermería en un hospital de segundo nivel de la Ciudad de México

Lasty Balseiro Almario¹  Wendy Melina Suasto Gómez²  María Adriana Chaparro Sánchez² 
Yohytzin Edgar Tapia Juárez²  Nayelli Aguilera Padilla²  Margarita Hernández Zavala³ 

Abstract

Objective: To analyze job satisfaction in nursing professionals at a second level hospital in Mexico City.

Theoretical Framework: Job satisfaction is a positive emotional state based on the subjective perception of one's own work, according to the attitude toward it, as well as the person's beliefs and values.

Material and methods: Quantitative, experimental, transversal, prolective, descriptive and diagnostic study. The variable was job satisfaction. The universe was conformed by 530 nursing professionals, and the sample by 200 nursing professionals.

Results: 52.50% of the nursing staff were satisfied with their work, 63.50% considered that the work they do is of great value, and 40% believed that occasionally they lack the necessary time to carry out their activities.

Discussion: 52.50% of the nursing staff were satisfied with their work, which differs from the research by Pérez Ma. y Cols. that reports 83.10% of dissatisfied staff.

Conclusions: Nursing professionals at a second level hospital were satisfied with the work they do. However, it would be advisable to continuously monitor the areas that cause dissatisfaction in order to improve them in favor of the nursing staff and patients.

Key words: hospital, job satisfaction, nursing professionals

Citación: Balseiro Almario L, Suasto Gómez WM, Chaparro Sánchez MA, Tapia Juárez YE, Aguilera Padilla N, Hernández Zavala M. Satisfacción laboral de los profesionales de enfermería en un hospital de segundo nivel de la Ciudad de México. Rev Enferm Neurol.2022;21(2): pp. 119-127

Correspondencia: Lasty Balseiro Almario

Email: lastybals@hotmail.com

¹Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México

²Grupo de investigación del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

³Presidenta del Colegio Mexicano de Licenciados de Enfermería.

Recibido:

Aceptado:



Resumen

Objetivo: Analizar la satisfacción laboral de los profesionales de enfermería en un hospital de segundo nivel de la Ciudad de México.

Marco teórico: La satisfacción laboral es un estado emocional positivo basado en la percepción subjetiva del propio trabajo, de acuerdo con la actitud frente al mismo, así como con las creencias y valores de la persona.

Material y métodos: Estudio de carácter cuantitativo, no experimental, transversal, prolectivo, descriptivo y diagnóstico. La variable estudiada fue la satisfacción laboral. El universo se conformó por 530 profesionales de enfermería y la muestra por 200 de ellos.

Resultados: 52.50% del personal de enfermería está satisfecho con su trabajo, 63.50% consideran que el trabajo que realizan es de mucho valor y 40% piensan que ocasionalmente carecen del tiempo necesario para realizar sus actividades.

Discusión: 52.50% del personal de enfermería está satisfecho con su trabajo, lo que contrasta con la investigación de Pérez Fonseca y cols., en la cual se reporta 83.10% del personal de enfermería insatisfecho.

Conclusiones: Los profesionales de enfermería del hospital de segundo nivel están satisfechos con el trabajo que realizan. Sin embargo, conviene monitorear de forma continua las áreas que causan insatisfacción para corregirlas en favor del personal de enfermería y de los pacientes.

Palabras clave: hospital, profesionales de enfermería, satisfacción laboral.

Introducción

La satisfacción laboral para Pebes y cols.¹ es el conjunto de sentimientos y emociones favorables con que los empleados ven su trabajo. De igual forma, para Holguín y Contreras² la satisfacción laboral se define como la sensación de bienestar del trabajador al desempeñar su labor.

Para Pérez y cols.,³ las investigaciones sobre la satisfacción laboral y los factores que la podrían afectar se remontan a los años treinta del siglo pasado, pues en 1935 Hoppock publicó el primer estudio al respecto, en el que identificó como elementos influyentes la fatiga, la monotonía, las condiciones de trabajo y la supervisión, aspectos asociados con el desempeño laboral.

De acuerdo con Plascencia y cols.,⁴ una preocupación frecuente de las instituciones de salud es

la calidad de los servicios prestados y la satisfacción de los usuarios, pero pocas veces se tiene en cuenta la satisfacción de su personal, que es fundamental para la calidad de la atención. En particular el personal de enfermería es considerado una pieza clave para quienes brindan cuidados directos a los pacientes, pues muchas veces son los prestadores de servicios inmediatos de las instituciones de salud y, con frecuencia, los de mayor porcentaje. Según Montes y Díaz,⁵ las organizaciones de salud implementan constantemente estrategias para mejorar las condiciones laborales en las que se brinda la atención al usuario, pues se hallan estrechamente relacionadas con la satisfacción laboral del prestador de servicio y permiten al personal de salud desarrollar su trabajo con calidad y eficiencia.

Esto se debe a que hoy en día las labores del sector salud se caracterizan por los estresores

propios del cuidado de la vida humana. En este sentido, el compromiso por la vida, las relaciones empáticas con el paciente, y las características particulares de las instituciones sanitarias, colocan a los trabajadores de salud en una situación de riesgo permanente, con recorte de partidas presupuestales, insuficiente infraestructura hospitalaria, falta de medicamentos, salarios bajos y un clima laboral inestable y estresante que redundan en insatisfacción laboral. Esto lo enfatiza Moya⁶ cuando afirma que las fuentes de satisfacción son las relaciones con los compañeros y la competencia profesional. Por el contrario, hay insatisfacción con la falta de reconocimiento, la promoción profesional y la tensión producida por el trabajo mismo.

Material y métodos

El presente estudio es de carácter cuantitativo, experimental, transversal, prolectivo, descriptivo y diagnóstico, cuyo propósito fue analizar la satisfacción laboral de los profesionales de enfermería en un hospital de segundo nivel en la Ciudad de México. La variable medida fue la satisfacción laboral, que tiene dimensiones e indicadores.

La dimensión “*satisfacción global*” se midió con indicadores de: interés, trabajo competente y estatus laboral. En la dimensión “*tensión relacionada con el trabajo*” se midió: responsabilidad, cansancio y pendientes del trabajo que perturban la salud. En la dimensión “*competencia profesional*” se midió: capacidad en el trabajo y competencia profesional. En la dimensión “*presión en el trabajo*” se midió la falta de tiempo por trabajo excesivo. En la dimensión “*promoción profesional*” se midió: oportunidad de aprendizaje, reconocimiento y promoción en el trabajo. En la dimensión “*relación con*

los jefes” se midió: cordialidad con el jefe y expectativas que este tiene para el trabajo. En la dimensión “*relación con los compañeros*” se midió la cordialidad. En la dimensión “*características extrínsecas del estatus del personal*” se midió: independencia profesional y sueldo. En la dimensión “*monotonía laboral*” se midió: trabajo diario cotidiano, lo que más satisface del trabajo y propuestas de mejora.

El estudio se llevó a cabo en tres etapas: en la primera, se realizó un análisis de la satisfacción laboral de enfermería, en la segunda, se reestructuró el instrumento con un ítem para cada indicador y cuatro opciones de respuestas cerradas-estructuradas, con opciones de tipo Likert. En esta etapa también se hizo una prueba piloto con 53 profesionales de enfermería y con un criterio de jueces. El universo se conformó por 530 profesionales de enfermería, la población por 200 de ellos, y la muestra constituyó el 100% de la población, es decir, los 200 profesionales de enfermería de los cuatro turnos de trabajo.

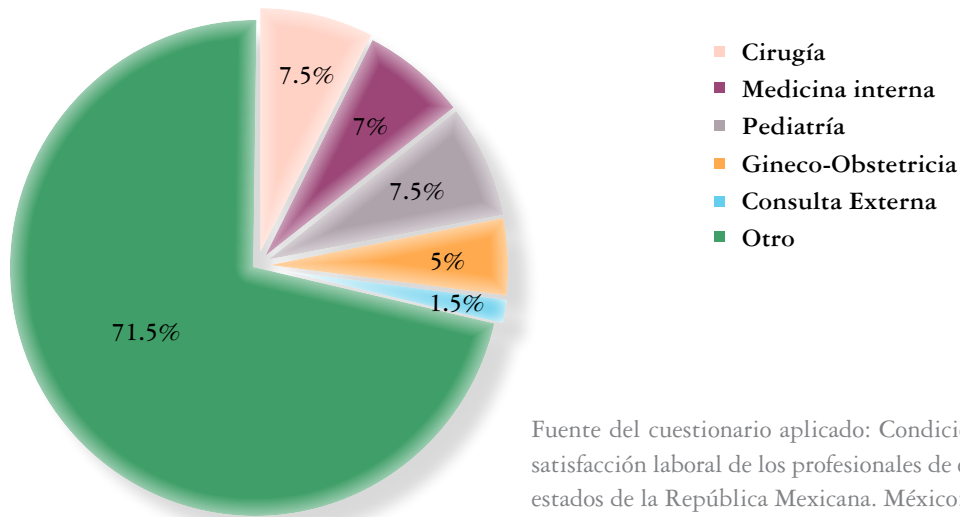
En el criterio de inclusión se tomó en cuenta al personal profesional de enfermería de los diferentes turnos de trabajo y de los diferentes niveles jerárquicos. En el criterio de exclusión se consideró a auxiliares de enfermería y camilleros, y en el criterio de eliminación al personal de enfermería que no quiso participar en la encuesta.

Resultados

En relación con los datos sociodemográficos, 32.50% de los profesionales de enfermería encuestados tienen de 41 a 50 años de edad, 79.50% son del género femenino, 50.50% son enfermeras generales A, B o C y 73% trabajan en diferentes áreas del hospital como: ginecología,

obstetricia, medicina interna, consulta externa, pediatría, cirugía y otros (ver Figura 1).

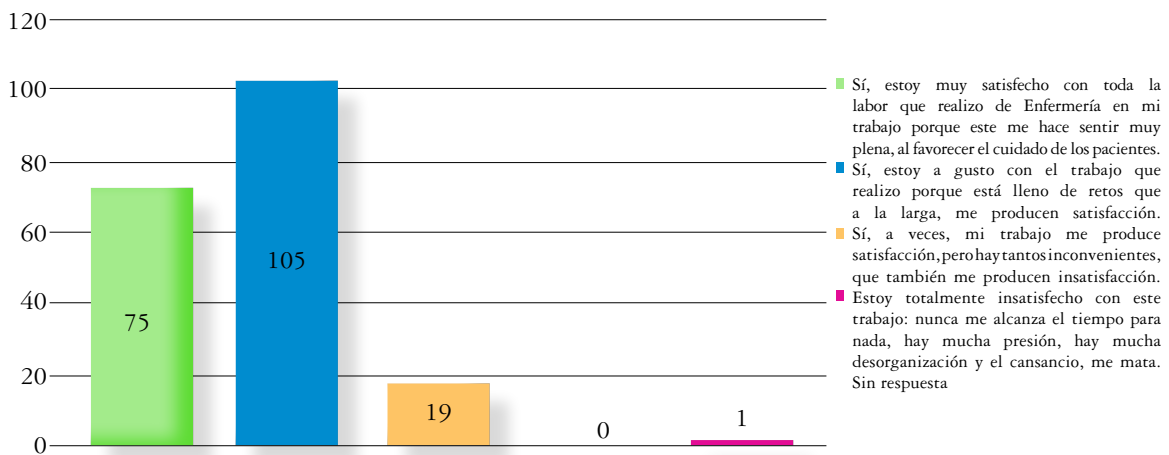
Figura 1. Distribución del personal en los servicios del hospital.



Fuente del cuestionario aplicado: Condiciones de trabajo y satisfacción laboral de los profesionales de enfermería en dos estados de la República Mexicana. México: 2022. Esto aplica para todas las figuras de la investigación.

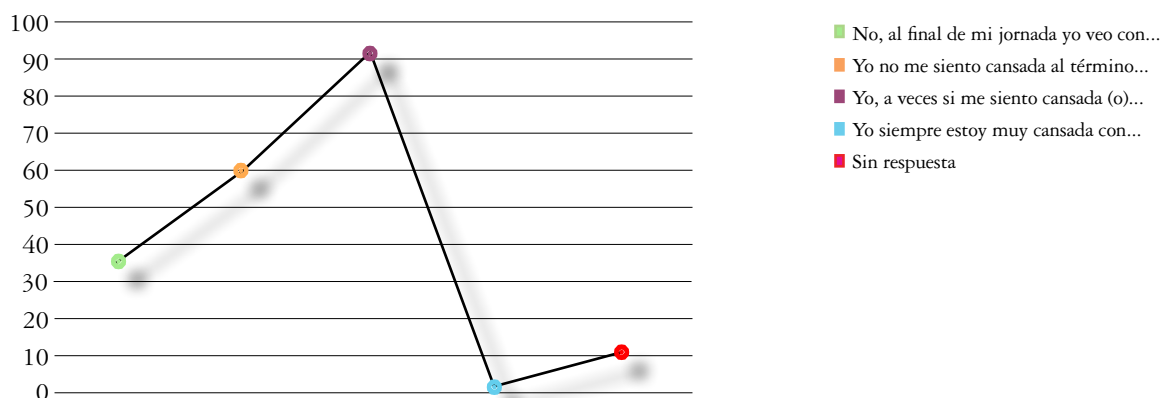
En cuanto a la “satisfacción global” que el personal siente por su trabajo, 52.50% está satisfecho porque su trabajo está lleno de retos, 50.50% dice que tiene siempre mucho interés en lo que realiza porque aprecia su importancia en beneficio de los pacientes, 63.50% considera que su trabajo tiene mucho valor debido a que busca el bienestar en las personas, y 53% está plenamente convencido de que el puesto que ocupa corresponde a sus capacidades y preferencias (Figura 2).

Figura 2. Distribución de la satisfacción laboral global del personal de enfermería



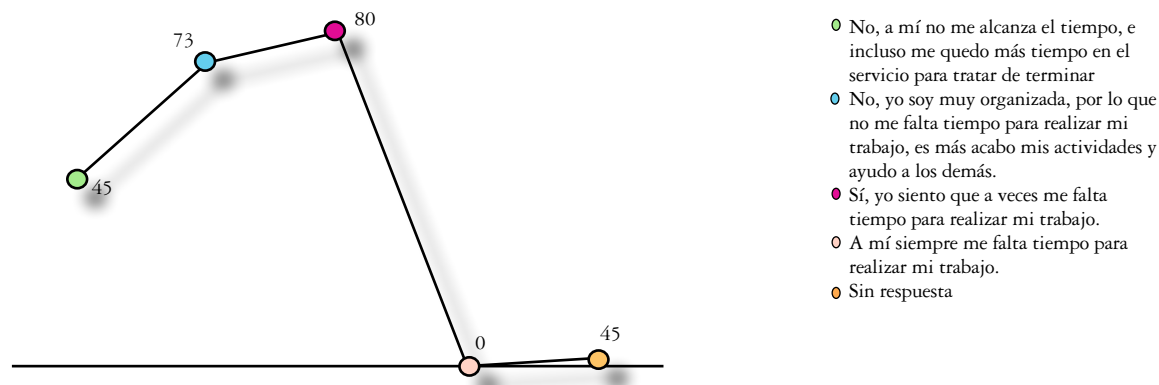
Con respecto a la “*tensión relacionada con el trabajo*”, 55% considera que tiene suficiente responsabilidad en su trabajo porque lleva a cabo gestiones con tranquilidad en beneficio de los pacientes, mientras que 46% experimenta mucho cansancio, especialmente cuando el trabajo no resulta según lo esperado y la tensión aumenta. Por otro lado, 66.50% piensa ocasionalmente en su trabajo cuando se encuentra fuera de servicios, y 47% cree que su desempeño laboral en el hospital no perturba su estado de ánimo o sus horarios de sueño (Figura 3).

Figura 3. Distribución del cansancio del personal de enfermería posterior a la jornada laboral.



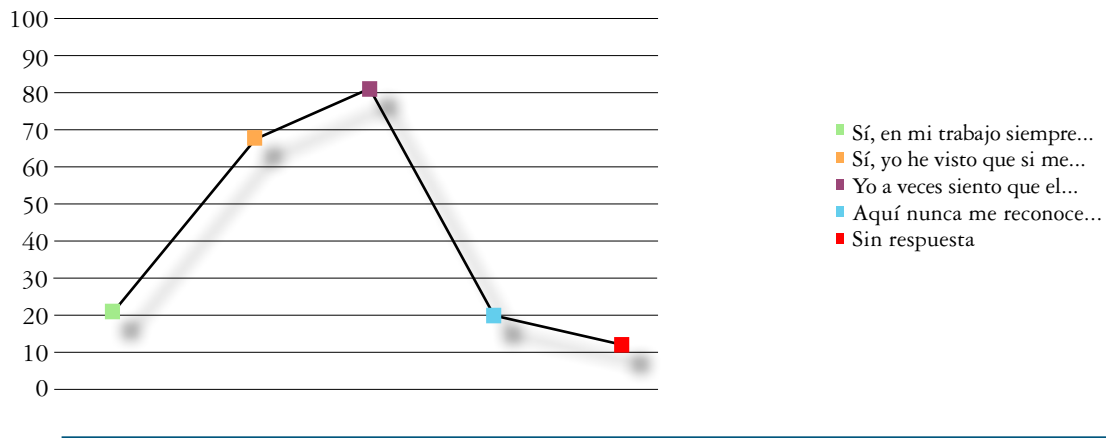
En cuanto a la “*competencia profesional*”, 52% del personal está muy capacitado en el trabajo debido a sus estudios, y 43.50% cree ser muy competentes profesionalmente, pues tiene siempre buenos resultados. En relación con la “*presión en el trabajo*”, 40% consideran que, si bien a veces terminan su turno sin inconvenientes, otras les falta tiempo para realizar el trabajo, mientras que 46.50% afirma que el trabajo sí es excesivo, aunque en ocasiones pueda sobrellevar la presión (Figura 4).

Figura 4. Distribución de la percepción del personal de enfermería sobre la falta de tiempo para realizar su trabajo en el hospital



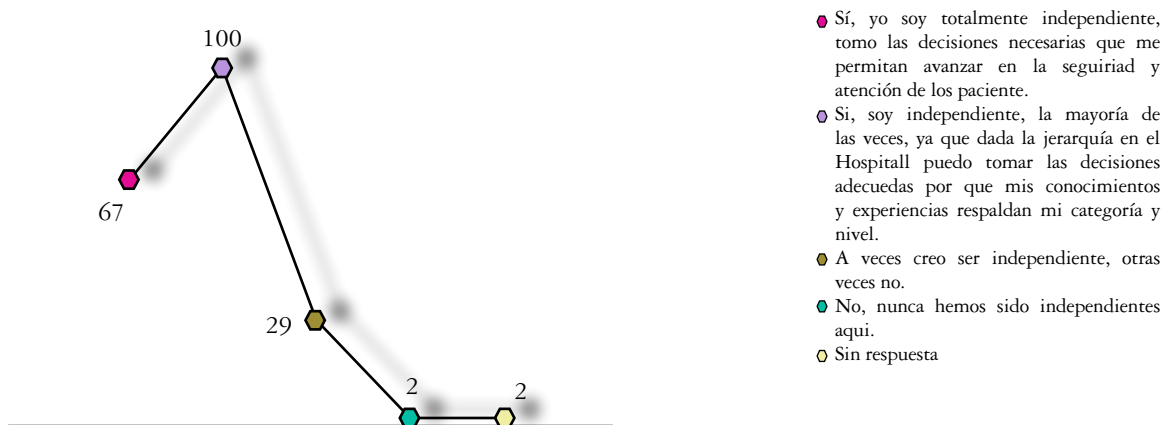
En lo que respecta a la “*promoción profesional*”, 52.50% piensa que en el hospital se les proporcionan materiales, cursos y todo tipo de promociones profesionales para actualizar sus conocimientos, 40.50% refiere que su trabajo suele ser reconocido por el empeño y dedicación, y 37% considera que sí se les ofrece la promoción necesaria para ascender. Sobre la “*relación con los jefes*”, 44.50% afirma que existe una convivencia cordial entre enfermeras y jefes en la que pueden expresar sus inquietudes respecto a los servicios, y 44% comenta que existe cordialidad entre los compañeros, que es la base de un buen entendimiento (ver Figura 5).

Figura 5. Distribución del reconocimiento que tienen con sus jefes por la labor desempeñada.



En relación con las “*características extrínsecas del estatus del personal*”, 50% se considera independiente la mayoría de las veces, pues cuenta con poder de decisión dada la jerarquía que tiene, 66% dice que el sueldo es bueno, aunque quisiera que fuera mayor, y 45.50% comenta que, si bien parece que ejerce labores rutinarias, se reinventa día a día por cuidar a los pacientes y ofrecer la mejor atención posible, por lo que no es monótono su trabajo. (Figura 6).

Figura 6. Distribución de la independencia del personal de enfermería para realizar sus labores según su categoría profesional y puesto.



De esta manera, los ítems de satisfacción laboral que resultaron con mejores calificaciones según el personal encuestado fueron: cuidados de alta calidad, el interés por su trabajo, responsabilidad, trabajo en equipo, desempeño profesional y cordialidad con los compañeros. Por su parte, las peores calificaciones se obtuvieron por el exceso de trabajo, cansancio, falta de tiempo y falta de reconocimiento. En vista de lo anterior, según el 50% lo que más satisface al personal en su trabajo es brindar cuidados de calidad, 15 % trabajar en equipo, y 7% la empatía de sus jefes. Asimismo, a la cuestión de cómo mejorar los niveles de satisfacción laboral, 18% manifestó la necesidad de una mayor empatía con el personal y mejor reconocimiento a su trabajo, mientras que 10% prefiere contar con mejores oportunidades de capacitación.

Discusión

Según los datos sociodemográficos, 79.50% del personal de enfermería encuestado fue del género femenino, proporción similar a la que tuvo la investigación realizada por Herrera y Manrique,⁷ en la que de 140 profesionales se reportó un 84.60% de personal de enfermeras.

El 52.50% del personal encuestado que, como se vio en la dimensión “*satisfacción global*”, está satisfecho con el trabajo, supone resultados semejantes a los de Donaire,⁸ que encontró al 100% del personal satisfecho en una institución de salud privada, situación contraria a los datos proporcionados por Pérez y cols.,³ que reportan 83.10% del personal de enfermería insatisfecho en una institución de salud pública de segundo nivel de atención.

Por su parte, el valor positivo que el personal encuestado otorga a su trabajo, pues se observó que 63.50% lo considera de importancia, constituye un

resultado similar al obtenido en el estudio de Campos y cols.,⁹ en el que 94% de los enfermeros refieren que la actividad que desempeñan es de alto nivel y a 93% su trabajo les hace sentir realizados como personas y profesionales, lo que influye en su satisfacción laboral.

Como se observó en la dimensión “*presión en el trabajo*”, 46.50% de los encuestados manifiestan que a veces el trabajo es excesivo aunque puedan sobrellevar la presión, datos parecidos a los de Pablos y Cubo,¹⁰ quienes afirman que 36% del personal de enfermería refiere el exceso de carga laboral, por lo que sugieren aumentar su número a fin de mejorar la atención del paciente.

En la dimensión “*relación con los jefes*”, se registró que 44.50% del personal encuestado manifestó una convivencia cordial entre enfermeras(os) y jefes, ya que tienen la libertad de expresar sus inquietudes. Lo mismo sucede en la dimensión “*relación con los compañeros*”, pues 44% la calificó como cordial, lo que permite cooperación en el trabajo de equipo. Estos datos son semejantes a los reportados por Mayanga y Lázaro,¹¹ dado que 54.10% de sus encuestados manifestó relacionarse positivamente con los compañeros y jefes, a pesar de la precarización que tienen en su trabajo.

En cuanto a los salarios, 66% del personal encuestado manifestó que el sueldo es bueno, aunque quisieran que fuera mayor. Estos datos contrastan con la investigación realizada en Colombia por Manrique y cols.,¹² en la que se encuestaron a 14 profesionales de enfermería y 35% manifestó insatisfacción a causa de los salarios bajos recibidos, de la carga laboral excesiva y de los espacios físicos inadecuados.

Respecto a la capacitación, 52% del personal se considera capacitado y competente para realizar su trabajo de cuidado a los pacientes. De igual forma, 52% afirma que en el hospital se les proporciona materiales, cursos y talleres, así

como todo tipo de promoción profesional para actualizar sus conocimientos. Estos resultados son semejantes a los de Alba y cols.,¹³ pues 42.10% de los encuestados en su investigación reportó que había sido capacitado mediante diversos cursos de utilidad para la enfermería. Esta información difiere de los resultados de Molina y cols.,¹⁴ quienes afirman que el área de capacitación y promoción profesional de sus encuestados reporta gran insatisfacción.

Conclusiones

Los profesionales de enfermería del hospital de segundo nivel a los que se encuestó se encuentran satisfechos con el trabajo que realizan. Esta satisfacción se debe a que el personal tiene interés por el trabajo, se consideran responsables, son profesionales en el desempeño de sus labores y existe una relación muy cordial entre jefes y compañeros de trabajo. Sin embargo, es necesario atender los ítems que causan insatisfacción en el personal, como el exceso de trabajo, el cansancio por la presión laboral y la falta de reconocimiento de las autoridades.

Conviene, por lo tanto, monitorear los grados de satisfacción laboral en el personal de enfermería y crear programas de mejora continua para corregir o retroalimentar las áreas de riesgo que afectan al personal. Esto es sumamente importante porque la calidad de los servicios depende en buena medida de la satisfacción laboral del trabajador, y no debe basarse únicamente en las expectativas de la institución en términos de oportunidad, habilidad, mortalidad y ausencia de quejas, como tampoco en la de los pacientes que naturalmente esperan trato digno, menos tiempo de espera, atención médica integral y atención de personal de enfermería calificado. En consecuencia, la satisfacción laboral del personal de enfermería debería ser una prioridad para las autoridades de

salud, a fin de garantizar servicios de calidad a los pacientes.

Referencias

1. Pebes Mendoza AB, Uribe Rosas C, Loyola Aguije G. Motivación y su relación con la satisfacción laboral del profesional de enfermería en el servicio de Medicina del Hospital Regional de Ica 2016. *Rev enferm vanguard* [Internet]. 2019 [Citado el 26 de junio de 2022]; 7(1): 13-22. Disponible en: <https://cutt.ly/02k1NIH>
2. Holguin Morales Y, Contreras Camarena C. Satisfacción laboral del personal en el servicio de Nefrología del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente (Villa María) en 2019. *Horiz Med* [Internet]. 2020 [Citado el 25 de julio de 2022]; 20(2). Disponible en: <https://cutt.ly/a2k16mG>
3. Pérez Fonseca M, González de la Cruz P, Castañón Eugenio IB, Morales Herrera KP. Satisfacción laboral del personal de enfermería en una institución de segundo nivel. *Revista de Técnicas de la Enfermería y Salud* [Internet]. 2017 [Citado el 22 de julio de 2022]; 1(1): 23-9. Disponible en: <https://cutt.ly/u2k0uke>
4. Plascencia Campos AR, Pozos Radillo BE, Preciado Serrano ML, Vázquez Goñi JM. Satisfacción laboral del personal de enfermería en una institución pública de Jalisco, México. *Revista Cubana de Salud y Trabajo* [Internet]. 2016 [Citado el 20 de julio de 2022]; 17(2): 42-6. Disponible en: <https://cutt.ly/02k0hsd>
5. Montes Salcedo M, Diaz Orihuela MM. Motivación y satisfacción laboral del personal de Enfermería en el Hospital de Apoyo San Francisco, Ayacucho 2018. *Revista Científica de Ciencias de la Salud* [Internet]. 2019 [Citado el 21 de julio de 2022]; 12(2): 7-16. Disponible en: <https://cutt.ly/S2k0vI3>
6. Moya S. Motivación y satisfacción laboral de los profesionales de Enfermería. Investigación aplicada en un área quirúrgica: Tesis de Enfermería, Universidad de Cantabria [Internet], 2011 [Citado el 23 de julio de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/C2k0Uf0>
7. Herrera Amaya G, Manrique Abril F. Satisfacción

- laboral de enfermería. Diferencias de ámbitos en atención primaria en salud y cuidado intensivo. Duazary [Internet]. 2019 [Citado el 29 de julio de 2022]; 16(2). 74-86. Disponible en: <https://cutt.ly/F2k0JfH>
8. Donaire M. Satisfacción laboral del personal de enfermería de servicios especiales en una institución de salud privada. Notas de Enfermería [Internet]. 2017 [Citado el 30 de julio de 2022]; 29: 6-7. Disponible en: <https://cutt.ly/b2k03P7>
 9. Campos Truyenque G, Nolberto Sifuentes VA, Coras Bendezú DM. Satisfacción laboral en profesionales de enfermería de un instituto especializado de Perú. Rev enferm Herediana [Internet]. 2018 [Citado el 3 de agosto de 2022]; 11(I): 11-7. Disponible en: <https://cutt.ly/T2k2wPq>
 10. Pablos González M del M, Cubo Delgado S. Satisfacción laboral de las enfermeras de los hospitales Públicos de Badajoz. Med Secur Trab [Internet]. 2015 [Citado el 3 de agosto de 2022]; 61(230): 195-206. Disponible en <https://cutt.ly/Z2k2oI7>
 11. Mayanga Fernández M, Lázaro Alcántara E. Nivel de satisfacción laboral de los enfermeros serumistas. Chiclayo. 2019. Acc Cietna [Internet]. 2020 [Citado el 4 de agosto de 2022]; 7(1): 54-64. Disponible en <https://cutt.ly/Y2k2kVC>
 12. Manrique Abril FG, Herrera Amaya GM, Méndez Fandiño YF. Validez y fiabilidad en Colombia del Font Roja. Hacia Promoc Salud [Internet]. 2019 [Citado el 4 de agosto de 2022]; 24(2): 57-58. Disponible en <https://cutt.ly/O2k2VTN>
 13. Alba Leonel A, Salcedo Álvarez RA, Zárate Grajales RA, Higuera Ramírez F. Satisfacción laboral del personal de enfermería en el Hospital General de México. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2008 [Citado el 5 de agosto de 2022]; 16(3): 155-60. Disponible en: <https://cutt.ly/y2k20Em>
 14. Molina Linde JM, Avalos Martínez F, Valderrama Orbegozo LJ, Uribe Rodríguez AF. Factores relacionados con la satisfacción laboral de enfermería en un hospital médico-quirúrgico. Invest Educ Enferm [Internet]. 2009 [Citado el 6 de agosto de 2022]; 27(2): 218-25. Disponible en <https://cutt.ly/02k9yhI>



Meaning of the nursing care process from the teachers' educational everyday

Significado del proceso de atención de enfermería desde la enseñanza cotidiana de los profesores

Sandra Sotomayor Sánchez¹ 

Abstract

Introduction. The Nursing Process (NP) constitutes the methodological tool of care; its teaching and application in educational and professional fields requires a theoretical-practical, critical and reflective training that enables the student and practitioners to grant autonomous and delimited care, conferring identity and leadership. It is relevant to understand the importance of the NP teaching according to everyday life concept proposed by Henri Lefebvre.

Goal: To analyze the meaning of the NP from the daily teaching of nursing professors' perspective.

Methods: A descriptive and qualitative study was carried out to 17 nurse professors with undergraduate and postgraduate studies at UNAM. Information was collected through semi-structured in-depth interviews, and a thematic discourse analysis was made in order to study the obtained data. The work adhered to criteria of ethics, scientific rigor and informed consent.

Partial results / discussion: 1st Category: Symbolic and verbal teaching. 2nd Category: Teaching unrelated to theoretical-disciplinary framework; which coincides with Abascal R about the need to base the NP teaching on philosophical and ethical principles, instead of stages; it also agrees with Souza, since he emphasizes that a nursing theory is required to carry out an efficient NP.

Conclusions: Teaching of the NP requires identity, disciplinary-theoretical knowledge and practical experience from teachers, in order to constitute a methodological tool of nursing care and to provide delimited and autonomous professional care.

Keywords: Nursing teachers, NP teaching, Everyday life

Citación: Sotomayor Sánchez S. Significado del proceso de atención de enfermería desde la enseñanza cotidiana de los profesores. Rev Enferm Neurol.2022;21(2):pp. 128-141

Correspondencia: Sandra Sotomayor Sánchez

Email: sootomayor1999@yahoo.com

¹Profesor Asociado C. TC. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

Recibido: 8 julio 2022

Aceptado: 28 agosto 2022



Resumen

Introducción: El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) constituye la herramienta metodológica de cuidado; su enseñanza y aplicación en los campos educativo y laboral requiere una formación teórico-práctica, crítica y reflexiva que posibilite al estudiante y profesional otorgar un cuidado autónomo y delimitado, confiéndole identidad y liderazgo. Resulta pertinente comprender el importante significado de su enseñanza a la luz del concepto de cotidianidad propuesto por Henri Lefebvre.

Objetivo: Analizar el significado del PAE desde la enseñanza cotidiana de los profesores de enfermería.

Métodos: Fue realizado un estudio cualitativo y descriptivo a diecisiete docentes enfermeras(os) con estudios de licenciatura y posgrado en instituciones educativas de la UNAM. Se recolectó información a través de entrevistas semiestructuradas a profundidad, y se llevó a cabo un análisis temático del discurso para estudiar los datos. El trabajo se apegó a criterios de ética, rigor científico y consentimiento informado.

Resultados parciales / discusión: 1a Categoría: enseñanza simbólico-verbalística. 2a Categoría: enseñanza desvinculada de un marco teórico-disciplinario, en este aspecto se concuerda con Abascal R. acerca de la necesidad de asentar la enseñanza del PAE sobre bases filosóficas y éticas, y no sólo como etapas; asimismo se coincide con Souza, pues enfatiza que, para llevar a cabo un PAE eficiente, se requiere de una teoría de enfermería.

Conclusiones: La enseñanza del PAE requiere por parte de los docentes identidad, conocimiento teórico-disciplinario y experiencia en su aplicación, para proyectarla como una herramienta metodológica del cuidado de enfermería y así otorgar un cuidado profesional delimitado y autónomo.

Palabras clave: Docentes de Enfermería, enseñanza PAE, Cotidiano

Introducción

La enfermería como profesión disciplinar del cuidado tiene como característica en común con otras profesiones el hecho de que sirven para “algo”, pero no todas sirven a “alguien”, entendiéndose siempre que ese alguien se refiere a un individuo integral, biológico, psicológico, social y espiritual,¹ el cual demanda para su cuidado el desarrollo y proyección de un profesional reflexivo, crítico y humanista.

La enfermería ha sido definida como una ciencia² del cuidado al individuo, la familia y la comunidad en función de la salud y de los procesos de enfermedad; como tal, se caracteriza por tener una perspectiva única para abarcar los paradigmas que la identifican y que finalmente definen sus límites

epistémicos y rol profesional, de tal modo que sus miembros son capaces de compartir creencias fundamentales en relación a su razón de ser.³

La enfermería, al definirse como una ciencia o profesión disciplinar, requiere como condición fundamental declarar y consolidar el cuidado como su objeto de estudio, así como el conocimiento y aplicación de teorías propias y una metodología que la delimiten, identifiquen y guíen su práctica profesional.⁴ Desde la estructura disciplinar el PAE se presenta como una herramienta metodológica específica por medio de la cual el profesional de enfermería debe proporcionar cuidado y aplicar un amplio marco teórico a la práctica de la enfermería, constituyendo un proceso deliberativo de intervención y resolución de problemas, dirigido a satisfacer las necesidades del individuo, la familia y la comunidad.

La aplicación del PAE, como metodología propia del cuidado de enfermería, implica su reconocimiento y aprendizaje como un núcleo de estudio, sobre el cual se debe reflexionar y analizar la estructura epistémica que involucra su sistema de valores y creencias,⁵ incluyendo el fortalecimiento constante de conocimientos teóricos que se encuentran implícitos en su aplicación, y que deben irse constituyendo durante la formación profesional del estudiante de enfermería.

La educación universitaria requiere para el estudiante de enfermería la búsqueda imperiosa de una formación actualizada con respecto a conocimientos teóricos, metodológicos y tecnológicos, en función de aprender la filosofía y teoría que fundamenten de manera sólida el perfeccionamiento de la práctica profesional, acorde a la demanda y realidad social para cumplir con su labor.

Con respecto al compromiso de enseñar y fortalecer en los estudiantes universitarios conocimientos metodológicos propios, las instituciones educativas de formación de profesionales de enfermería de nivel superior de la UNAM ubican la enseñanza-aprendizaje del PAE como un tema fundamental de las asignaturas de enfermería, de tal modo que éste constituye un aprendizaje base y significativo no sólo en el proceso formativo del estudiante, sino también como una opción de titulación tanto en el pregrado como en el posgrado.⁴¹ Cabe mencionar que su aprendizaje y aplicación como metodología propia de cuidado impacta de manera contundente en el ejercicio profesional, confiriéndole a quien lo aplica autonomía, mayor identidad y liderazgo, por lo que supone un criterio de calidad que es evaluado en procesos de certificación de enfermería en instituciones de salud.

El conocimiento, aprendizaje y aplicación

del PAE como metodología propia de cuidado por parte de los alumnos durante su formación en la práctica clínica depende de muchos factores, los cuales se ven involucrados en la relación terapéutica establecida entre el estudiante y la persona receptora del cuidado, pues se realiza una conexión e integración de lo aprendido teóricamente en el aula a un ejercicio práctico que toma mayor relevancia con el apoyo del docente, clave como acompañante en este complejo proceso de aprender a cuidar a la persona.

Los docentes no solamente instruyen, sino que además estimulan al estudiante a la toma de decisiones, a hacer observaciones, percibir relaciones y trabajar con indagaciones. De esta manera, el docente proporciona al estudiante el desarrollo de habilidades y actitudes que conducen a la adquisición de un poder técnico y también político, a fin de poder actuar en beneficio de la sociedad.⁶

Bajo este contexto el docente se ubica como importante protagonista, pues al integrarse con los estudiantes en los campos clínicos no sólo apoya a través de su conocimiento actualizado y experiencia profesional, sino también con sus actitudes hacia el cuidado y la persona que cuida, lo cual impacta de manera determinante en lo inmediato a la formación de los estudiantes y a su futura práctica profesional.⁷ Lo anterior hace evidente la importancia y protagonismo que los docentes de enfermería tienen en cuanto a la enseñanza-aprendizaje, pues constituye un conocimiento teórico-práctico indispensable para llevar a cabo la práctica clínica que el alumno realizará durante toda su formación universitaria y posteriormente en su vida profesional.

La teoría de lo cotidiano de Lefebvre puede ser un hilo conductor para describir y analizar el significado de la enseñanza del PAE asumido por el docente de enfermería, visto como un

fenómeno social importante y trascendente del que depende en gran medida el conocimiento, aplicación y concepción del PAE como herramienta metodológica del cuidado de enfermería. Lo cotidiano, como afirma Lefebvre, son los actos de la vida diaria encadenados y que conforman un todo, no se reduce a la suma o el agregado de acciones aisladas, es necesario contemplar los contextos en que éstos se dan, las relaciones sociales en las cuales se ubican, pues su encadenamiento está enmarcado por un espacio y tiempo sociales.⁸

Lo cotidiano, o bien la vida cotidiana, es ante todo una expresión social, es la evidencia de estilos de vida marcados por un grupo de personas que delimitan relaciones interpersonales, articulando significados según sus experiencias y contextos particulares. Esta forma de expresión de la vida cotidiana, según Lefebvre, lleva implícitos los componentes de: el espacio, el tiempo, las pluralidades de sentido, lo simbólico y la práctica.⁹ Dichos componentes confluyen de manera directa tanto en la obtención como en la expresión de saberes y conocimientos que posibilitan una convivencia social que de ninguna manera es aislada y estática, por lo cual, si consideramos que el hecho educativo no se produce en el vacío sino en un contexto interactivo que involucra distintos actores, comprenderemos que el binomio enseñanza-aprendizaje implica procesos y acciones que superan el plano individual, constituyéndose en fenómenos sociales en los que interaccionan los mencionados componentes de la vida cotidiana.¹⁰

La noción de PAE como herramienta metodológica del cuidado entre los estudiantes, está constituida de manera determinante por la experiencia que se obtiene de su enseñanza-aprendizaje en lo cotidiano durante la etapa formativa, es decir, en la relación con los otros a partir de sus experiencias en prácticas clínicas. Es en este entorno donde el futuro profesional de

enfermería construye, configura y actualiza una manera de pensar, sentir y actuar con respecto al conocimiento y aplicación del PAE.

Como ha sido mencionado, la enseñanza-aprendizaje del PAE, donde el docente tiene un papel protagónico, constituye una temática fundamental en la formación de los recursos humanos profesionales en enfermería, por lo que existen estudios que la investigan y que atienden no sólo al fortalecimiento académico formativo, sino también a la construcción de una identidad del estudiante y futuro profesional de enfermería. Uno de estos estudios es el realizado por Pardo Vásquez y colaboradores,¹¹ en el cual señalan que, si bien los estudiantes perciben por parte de los docentes debilidades y limitaciones durante la enseñanza y aprendizaje en cuanto al uso adecuado de metodologías didácticas, también afirman la importancia que tiene esta herramienta para brindar cuidados de enfermería organizado e integral; Rojas Rodríguez incluso menciona en los resultados de su estudio que, con el conocimiento del PAE y manejo de la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NIC (Nurse Intervention Classification) y NOC (Nursing Outcomes Classification), el alumno logra atender diversos casos clínicos, optimizando así tiempo en beneficio del paciente y de él mismo.¹²

Atender la situación de su enseñanza es fundamental, ya que aun cuando se insiste en la importancia e impacto del PAE en la formación de los estudiantes y, a posteriori, en su ejercicio profesional, según varios estudios ésta sigue siendo percibida por los estudiantes y profesionales como deficiente o medianamente favorable debido a una enseñanza tradicional y mecanizada por parte del docente.¹³ Cabe señalar que dicha enseñanza también ha sido descrita como diferente y variada por parte de los docentes de enfermería, lo cual es apoyado

por los resultados del estudio cualitativo realizado por Jara y Lizano,¹⁴ pues evidencian variación de enseñanza y uso del PAE en todas las fases, identificando limitantes importantes de carácter conceptual, docente y laboral. A este respecto, Reina tiene como objetivo de estudio enfatizar la importancia de estandarizar la enseñanza del PAE, pues concluye que no sólo representa un elemento importante para ponderar al mismo como una metodología propia de cuidado, sino también señala que su uso consolida el compromiso de los profesionales de enfermería en todos los contextos, especialmente de quienes asumen cargos directivos, administrativos y de gestión en las organizaciones e instituciones para contribuir de cierta manera a mejorar el estatus profesional, laboral y social de enfermería.¹⁵ La importancia de esta estandarización en su aplicación permite organizar y desarrollar pensamiento crítico y razonamiento lógico en el proceso del cuidado.¹⁶

Otro factor importante a tomar en cuenta es el conocimiento y la experiencia que tiene el docente sobre el PAE para su enseñanza; al respecto, en un estudio cuantitativo que mide el nivel de conocimientos de los docentes del PAE para atender el dolor, Bonilla y colaboradores^{17,18} concluyen que existe en los docentes un nivel de conocimiento alto sobre la aplicación del PAE para el manejo del dolor, lo cual es importante para la formación de futuros profesionales.

Lo anterior confirma el interés e importancia de reconocer y describir mediante protocolos de investigación la enseñanza-aprendizaje del PAE, pues en la actualidad sigue siendo el único método de intervención de cuidado reconocido por la comunidad teórico-académica de enfermería. Por este motivo, su enseñanza-aprendizaje representa un elemento importante para sustentar y fortalecer, por un lado, los programas de prácticas clínicas y comunitarias de todas las asignaturas teórico-

prácticas de enfermería que los alumnos cursan en los planes de estudio de instituciones de la UNAM, y por el otro, la consolidación a futuro de un método que afiance su práctica profesional identificada y autónoma.

Sin embargo, dada la evidencia empírica y científica, su enseñanza como proceso de intervención es poco clara, no unificada e incluso imprecisa en su sustento teórico, generando en los estudiantes indiferencia, confusión y aun rechazo en su desarrollo y aplicación,¹⁹ lo cual se proyectará en la práctica profesional. En consecuencia, resulta importante realizar estudios de investigación de enfoque cualitativo para poder identificar, a partir del análisis de la enseñanza-aprendizaje del PAE, qué es lo que sucede en el proceso y así planear estrategias para su mejoramiento.

Cabe señalar que una mejor comprensión del significado que la enseñanza del PAE tiene para los docentes de enfermería constituye una oportunidad de obtener información que ayude a implementar, si así se requiere, programas de actualización y fortalecimiento para la institución; por lo tanto, se consideró pertinente comprender dicho significado a partir de la noción de lo cotidiano que postula Lefebvre, pues señala que en la vida cotidiana se expresan y realizan relaciones que ponen en juego la totalidad de lo real, y asume que el espacio se constituye de un tejido más o menos denso de redes y ramificaciones de aspectos subjetivos y objetivos. Por lo mencionado, la presente investigación se planteó como objetivo analizar el significado del PAE desde la enseñanza cotidiana de los profesores de enfermería de la UNAM.

Metodología

Para la realización de la presente investigación se optó por un diseño cualitativo-descriptivo

con enfoque fenomenológico, ya que éste resulta flexible, abierto y esclarecedor en relación con las formas de ser y hacer aprehendidas a través del contacto directo con distintos sujetos bajo el contexto de su realidad cotidiana, lo que tiene como objetivo identificar sus rutinas y particularidades, haciendo posible una comprensión de los componentes de espacialidad, temporalidad y pluralidad que subyacen en la enseñanza cotidiana¹⁰ del PAE por parte de los docentes. Esto permite entender el proceso reflexivo por el cual se construyen símbolos y significados que se vuelven referentes para la enseñanza-aprendizaje del PAE en un contexto local como es el aula.

Además, el diseño cualitativo también resulta pertinente por su holismo, ya que intenta analizar exhaustivamente un determinado asunto o actividad en particular,²⁰ enmarcado en una contextualización total e integradora, así como en una reflexividad que señala la íntima relación entre expresión y comprensión. Esto implica que las actividades realizadas para producir y manejar las situaciones de la vida cotidiana son idénticas a los procedimientos empleados para describir tales situaciones. De esta manera, un enunciado transmite cierta información que, a su vez, presupone el contexto en el cual esa información puede aparecer y tener sentido en los registros narrativos del fenómeno en estudio, posibilitando así la naturaleza profunda de su realidad, su sistema de relación y su estructura dinámica.²¹

Por su parte, el enfoque fenomenológico permite comprender el sentido asignado por los docentes a la enseñanza del PAE basado en sus experiencias de trabajo, pues dicha perspectiva se dirige precisamente al estudio de la experiencia vivida, buscando describir el o los significados de enseñanza que el proceso tiene. Este método se basa fundamentalmente en aspectos ontológicos propuestos desde la filosofía por Heidegger, quien

describe a los humanos como seres hermenéuticos capaces de encontrar sentido y significado en sus propias vidas, lo que da lugar a los elementos de análisis para la comprensión externa de los mundos vividos a partir del contexto individual y particular de cada persona. Éste último, mediante el estudio de su registro narrativo, resulta imprescindible para el entendimiento y asignación de valores a la experiencia.²²

En la presente investigación se eligió el estudio de caso,²³ pues constituye una herramienta útil para el análisis de información de los docentes. El estudio de caso, al ser un sistema integrado de información verbal manifestada y no verbal (expresión), permite evaluar las condiciones y formas de enseñanza del PAE.

Asimismo, el estudio se desarrolló teniendo en cuenta las siguientes tres etapas propuestas por Nisbet y Watt (citados por Lüdke y André²⁴), las cuales se sobreponen en diferentes momentos, aspecto que dificulta ubicar sus límites de separación:

Etapas I: Exploratoria o abierta. Planteamiento del estudio de caso a partir de propuestas, dudas o preguntas y experiencias propias del equipo de investigación, referentes a la realidad vivida en el ejercicio profesional y docente de la enseñanza del PAE como herramienta metodológica a estudiantes y futuros profesionales. Cabe mencionar que, para contribuir al planteamiento del problema, fue fundamental la revisión de la literatura existente sobre el fenómeno u objeto de estudio. Además de los cuestionamientos propios, se tomaron en cuenta las preguntas que se hicieron tanto a alumnos como docentes referentes a la temática a abarcar (aproximación diagnóstica).

Etapas II: Sistemática. En esta etapa se ubicó y planteó la problemática, así como sus elementos clave constitutivos, y se procedió a la recolección sistemática de información que, mediante una entrevista semiestructurada a profundidad,

ofreció el docente con relación a la enseñanza del PAE y a las instituciones de formación del personal profesional de enfermería de la UNAM.

Etapa III: Análisis sistemático y elaboración del informe. Una vez obtenida la información se procedió a la transcripción de cada una de las entrevistas para llevar a cabo una lectura profunda, minuciosa y enfocada, con el propósito de tener una mayor comprensión de la situación contextual del objeto o fenómeno de estudio (codificación) y, de esta forma, poder ubicar de la manera más clara posible las unidades de significado para proceder a la construcción y declaración de categorías y subcategorías (resultados). Una vez que éstas fueron llevadas al plano de argumentación y discusión teórico-científica, se procedió a la integración del informe final.

Los sujetos que formaron parte de la investigación fueron diecisiete docentes enfermeras(os), las cuales accedieron a participar de manera libre. Es importante hacer énfasis en el cuidado que se tuvo para que el grupo participante fuera lo más homogéneo posible mediante los siguientes criterios de inclusión: que fueran profesoras(es) enfermeras(os) de escuelas o facultades de enfermería de la UNAM, que contaran con estudios de licenciatura y posgrado en enfermería, que tuvieran al menos tres años de antigüedad como docentes, y que impartieran específicamente asignaturas teórico-prácticas de enfermería tanto en el turno matutino como vespertino. La selección se llevó a cabo a través de un método no probabilístico e intencional, hasta alcanzar la saturación teórica de la información.²⁵

Cabe mencionar que para la recolección de información se tomó en cuenta los principios de pertinencia y adecuación. Por un lado, la pertinencia tuvo que ver con la identificación y elección de participantes que pudieran aportar la mejor y mayor cantidad de información a

la investigación, de acuerdo con los requerimientos teóricos de la misma, y por el otro, la adecuación tuvo como propósito contar con datos suficientes que, en el momento que se alcanzó la saturación, posibilitaran el desarrollo completo y exhaustivo de la descripción del fenómeno. La confidencialidad de los participantes fue protegida a través del uso pseudónimos, que para el caso fueron códigos identificados como DI, D2..., hasta D17.

El escenario de la presente investigación fueron dos instituciones educativas de formación de recursos humanos de enfermería profesionales de la UNAM, en espacios como: aulas, bibliotecas o espacios abiertos (jardinera, comedor, etc.).

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó la entrevista semiestructurada a profundidad,²⁶ dado que esta técnica presenta un grado mayor de flexibilidad por el que puede ajustarse en todo momento a los entrevistados. Su ventaja radicó en que pudo adaptarse a cada sujeto, posibilitando en todo momento la motivación del interlocutor mediante la aclaración de términos, identificación de ambigüedades y, dado el caso, reducción de formalismos. De esta manera pudieron obtenerse experiencias y opiniones de los docentes referentes a la enseñanza del PAE. Las entrevistas fueron dirigidas en todo momento por los investigadores, procurando que el entrevistador y el entrevistado permanecieran cómodos y centrados en el fenómeno de estudio, con el fin de obtener una idea profunda de la experiencia u opinión de los participantes.

La obtención de información se realizó mediante una cita personal con cada una(o) de las(os) profesoras(es) de enfermería, en la que se procedió a dar información sobre la naturaleza y objetivo de

la investigación, se solicitó su participación de manera libre y voluntaria, y una vez obtenida se garantizó en todo momento reservar identidad y confidencialidad de la información por medio del consentimiento informado. Asimismo, se utilizó una guía de entrevista elaborada por el equipo de investigación, la cual constó de dos apartados: 1) identificación; 2) seis preguntas (una pregunta base o detonadora y cinco auxiliares) que aludían a la importancia y experiencia de enseñar el PAE, la forma y recurso de apoyo para su enseñanza y lo referente a la evaluación del mismo, tanto en el laboratorio como en la práctica clínica. Para cada participante fueron programas de una a tres sesiones con una duración promedio de dos horas, de acuerdo a su disponibilidad de tiempo y espacio de elección.

La guía de entrevista quedó sujeta a la validación de expertos, pues fue sometida a revisión por cuatro profesores especializados en el manejo disciplinar y la enseñanza del PAE, de los cuales dos contaban con estudios de posgrado (maestría y especialidad), uno con licenciatura en enfermería, todos con más de seis años de experiencia en la enseñanza del PAE y un profesor con experiencia y formación en investigación cualitativa. A partir del resultado de la validación se modificaron dos de las preguntas complementarias.

Cada una de las entrevistas fue grabada con equipo digital, y una vez registradas se procedió a su transcripción textual; cabe señalar que, para evitar omitir información o bien para aclarar, profundizar y no caer en sesgos de interpretación, fue necesario programar y solicitar segundas citas con algunos participantes.

El análisis de datos se llevó a cabo mediante la técnica de análisis de contenido, ya que permite formular inferencias reproducibles y válidas que pueden aplicarse a un contexto.²⁷ Dicho análisis se realizó con base en el modelo propuesto por Mayring,²⁸ el

cual comprendió los siguientes pasos: 1) selección del objeto de análisis, la enseñanza del PAE; 2) preanálisis, ubicar en el corpus de información indicadores directos referentes al objeto de análisis; 3) codificación, definición de las unidades de análisis; 4) establecimiento de reglas de análisis y códigos de clasificación; 5) desarrollo de categorías y subcategorías; y 6) integración final de los hallazgos.

Cabe mencionar que, durante el análisis de datos, sobre todo en la codificación, se requirió apoyo de expertos en algunas interpretaciones que implicaron dificultad y confusión, y cuya solución facilitó la denominación de categorías y subcategorías que cumplieron con las características de exhaustividad, exclusión mutua, homogeneidad, pertinencia, objetividad y fidelidad.²⁹ Es importante enfatizar que, para garantizar la calidad científica, se tuvieron en cuenta los siguientes principios de rigor científico:³⁰ 1) la credibilidad, ya que toda la información está sustentada con bases científicas y los datos recolectados de los sujetos participantes en el estudio son de naturaleza verídica, confiable, correspondiente y sin alteración, pues las grabaciones fueron verificadas a través del chequeo de participantes; 2) la confirmabilidad, dado que se llevó a cabo el chequeo de grabaciones y de participantes, además de que se tomaron en cuenta los hallazgos de otros investigadores en lo referente al fenómeno de estudio; y 3) la transferibilidad, ya que se realizó una descripción minuciosa y exhaustiva de las características de los sujetos participantes, así como del escenario de investigación, de tal modo que se pudiera llevar a cabo una comparación en un contexto diferente en el que se desee replicar la investigación y así descubrir lo común y lo específico con otros estudios, principio que permite una generalización naturalista y la posibilidad de extender los resultados a otra población.

Como ya había sido mencionado, esta investigación se llevó a cabo con previo consentimiento informado, considerando los artículos que en materia de investigación para la salud establece la Ley General de Salud, así como los aspectos éticos de rigor, con el objetivo de asegurar su transparencia y confiabilidad. Para no poner en riesgo la privacidad e individualidad de los informantes, se tuvo especial atención y cuidado en no manipular la información solicitada y obtenida de los mismos, respetando su esencia. Por lo tanto, la presente investigación se basa en la propuesta de Belmont (citado por Gómez³¹), en lo relativo a los tres principios éticos primordiales sobre los cuales se apoyan las normas de conducta ética en investigación: 1) el principio de beneficencia, por el cual que se evitó que los docentes participantes se expusieran a peligro alguno o a algún tipo de sufrimiento emocional, social o físico, así como a situaciones de las que no hayan sido informados; 2) el principio de respeto a la dignidad humana; pues los docentes aceptaron participar de manera libre e informada, ya que en ningún momento se violentaron su valores o se atentó contra su dignidad, y asimismo se respetó su derecho a cuestionar o abandonar el estudio; y 3) el principio de justicia, dado que se respetó y garantizó la distribución justa y equitativa de los beneficios de la participación a los participantes, además de que el reclutamiento y la selección de los participantes se hizo de una manera justa y equitativa, y en ningún momento se expuso a nadie a algún riesgo para el beneficio del grupo de investigación o de cualquier otro grupo. En suma, dicho proyecto se apego a la declaración de no conflicto de intereses.³²

Resultados

Se presenta el resultado del análisis de las entrevistas realizadas a las diecisiete profesoras(es)

de enfermería, de las cuales diez fueron mujeres y siete hombres; nueve licenciadas(os) en enfermería, cinco con especialidad y tres con el grado de maestría; con respecto al turno, diez imparten clases en el turno matutino y siete en el vespertino; en cuanto a los años de experiencia docente en impartir asignaturas teórico-prácticas de enfermería, quince tienen más de cinco años y dos cuentan con tres años. Como ya fue mencionado, la investigación tuvo como objetivo describir y analizar el significado del PAE desde la enseñanza cotidiana por parte de los profesores de enfermería, por lo que una vez realizado el análisis de los datos se identificaron cuatro categorías, entre las que se detalla el resultado de dos de ellas.

Categoría 1. Enseñanza simbólico-verbalística

El PAE, definido como un “*método organizado y sistemático de resolución de problemas y de toma de decisiones para planificar y proveer cuidados individualizados a los pacientes, basado en lo científico y en lo filosófico*”,³³ ofrece una estrategia ordenada y lógica para suministrar cuidado de enfermería,³⁴ su enseñanza requiere un método de aprendizaje basado en problemas (ABP) como punto de partida para la adquisición e integración de los nuevos conocimientos, constituyendo éstos un vehículo para el desarrollo de habilidades en la solución de problemas de salud que, además, permite la actualización de la zona de desarrollo próximo (ZDP) de los estudiantes y la aplicación de conocimientos en la práctica clínica.³⁵

Sin embargo, el enfocar su enseñanza en el método simbólico-verbalístico,³⁶ basado sólo en la transmisión de saberes a través de la palabra y en el que el uso oral y escrito de la lengua adquiere una importancia decisiva, pues supone el único medio de realización de la clase, genera

un aprendizaje pasivo y memorístico del PAE sin un significado metodológico ni aplicabilidad teórico-práctica. Esta limitación fue manifestada por los profesores, y aunque identifican el PAE como una metodología o método propio de cuidado, reconocen que su enseñanza no se ha concebido de esa manera: el 80% de ellos, ante el cuestionamiento de “¿por qué enseñar PAE?”, mencionaron que dicha enseñanza obedecía a cumplir con lo estipulado en los programas curriculares, donde el PAE es un contenido teórico explícito o implícito muy alejado de ponderar o proyectar su enseñanza como una metodología propia de cuidado. Esta perspectiva se sustenta con los siguientes testimonios:

- (1) *¿Qué por qué enseñó el PAE?, pues ... porque viene en mi programa, lo doy tal cual, está indicado, de repente es aburrido para los alumnos y hasta para mí pues sí, es muy teórico.* D3
- (2) *El PAE y sus etapas es algo que debo enseñar pues lo marca el programa, de hecho en ocasiones siento que es mucho tiempo el que se destina, cuando yo lo estudie no era sí, lo veíamos de manera muy general, ahora hay que hablar un poco más de cada etapa... es un poco tedioso para los alumnos.* D7

La enseñanza del PAE mediante el método simbólico-verbalístico se relaciona en gran medida con la complejidad que encierra la práctica docente, así como con el papel que juega la currícula oficial como hilo conductor de los procesos de enseñanza, constituyéndose en un determinante formativo-institucional (Rockwell)³⁷ y un elemento directriz del ejercicio docente; sin embargo, dada su estructura e interpretación didáctico-pedagógica, el método simbólico-verbalístico también puede ser un limitante tanto para el profesor como para el alumno en lo referente a una adecuada y suficiente impartición y adquisición de conocimiento y habilidades.

Cabe mencionar que la práctica docente no

escapa a determinantes ideológicos y a costumbres o paradigmas adquiridos por los profesores durante su formación y práctica profesional, lo cual es resultado de la construcción simbólica que hicieron en su formación cotidiana y su práctica profesional y docente. Lo cotidiano, siguiendo a Lefebvre,³⁸ está profundamente relacionado con todas las actividades de las personas, las engloba con todas sus diferencias y sus conflictos, por lo cual lo cotidiano envuelto en la cotidianidad es su punto de encuentro y vínculo con la realidad, es donde toma forma y se configura la suma total de las relaciones que hacen de lo humano —y de cada ser humano— un todo.

El 75% de los profesores asumen que la forma en que enseñan el PAE tiene que ver con su experiencia formativa, con el símbolo y significado que en lo cotidiano aprendieron del PAE, en el día a día de su práctica y experiencia profesional. Esto se hace comprensible a la luz de lo mencionado por Serge Moscovici,³⁹ referente a que el conocimiento y significado que se tiene del PAE depende de los procesos de objetivación (concepto formal aprendido del PAE) y anclaje (significado que se hace del PAE en el intercambio social de su práctica formativa o clínica). Lo anterior se ve evidenciado en los siguientes testimonios:

- (3) *Yo retomo mucho cómo me enseñaron a mí el PAE, y por ello, soy muy enfática en repasar el concepto de cada etapa, así como lo marca el programa, en su aplicación práctica, no en verdad no me enseñaron a aplicarlo, pues como tal, no se aplica en el hospital, yo trabajo y no, no lo ocupo.* D11
- (4) *Con mucha honestidad yo sólo lo enseñé teórico, así también lo aprendí yo, y para ser realistas no es algo que vayan a aplicar ni ahora como estudiante ni cuando ya trabajen en los hospitales, lo digo por experiencia, así qué caso tiene, bueno es mi opinión.* D15

Por lo tanto, se hace comprensible el hecho de

que la enseñanza-aprendizaje del PAE sólo tenga un significado teórico, muy alejado de su aprehensión como una metodología propia de cuidado que requiere un pensamiento reflexivo y crítico que lleve a la toma de decisiones y el actuar consciente, delimitado, autónomo y asertivo.

Categoría 2. Enseñanza desvinculada del marco teórico–disciplinar

La enseñanza del PAE enfrenta el reto de consolidarlo como el elemento conector o integrador de los saberes científicos y filosófico-teóricos de enfermería a la práctica profesional, reto importante de atender por parte de los profesores de enfermería y que implica conjuntamente el desarrollo de las habilidades del estudiante en la aplicación de las diferentes tecnologías de cuidado, las cuales deben ser inclusivas y una expresión creativa del cuidado a la luz de dichos saberes. Se trata de un reto complejo, pues requiere del docente una concepción de la enfermería como ciencia del cuidado donde lo que determine el “hacer” sea el “ser”, lo que implica necesariamente que el profesor tenga no sólo conocimiento formativo, sino que también cuente con un uso filosófico-teórico de la enfermería como base fundamental para el desarrollo y aplicación del PAE. Para ello, la escuela tiene un papel fundamental, ya que las instituciones formadoras de enfermeras(os) profesionales, siguiendo a Castrillón,⁵ tienen el reto de establecer desde qué perspectiva se están asumiendo las diferentes posturas teóricas de enfermería, para que así sus docentes y estudiantes puedan trabajar en la construcción de un PAE que sea congruente en el desarrollo filosófico y teórico-conceptual de la disciplina, así como en la situación particular que pueda presentar el sujeto de cuidado.

Al cuestionar a los profesores sobre el o los conocimientos en que se basan para enseñar

el PAE, 70% afirmaron no considerar necesario el conocimiento ni la aplicación de la teoría de enfermería, pues atienden sólo el manejo de cada etapa de manera aislada e independientemente de un referente teórico, aunque apoyándose en aspectos fisiopatológicos propios de la ciencia médica. Esto se hace evidente con los siguientes testimonios:

(5) *Yo en realidad no les pido una teoría para que hagan su PAE, pues ni yo ubico su utilidad a veces me apoyo en NANDA, lo que sí me parece fundamental es que, tengan conocimiento de cada una de sus etapas y de la patología que tiene el paciente que eligieron.* D13

(6) *En realidad aunque dicen debemos hacer uso de una teoría para basarnos y enseñar el PAE, a mí no me funciona, o más bien no me queda claro, por lo que yo me avoco a que valoren los signos y síntomas del paciente y de allí desarrollen las demás etapas, pues para mí es más práctico y me funciona.* D17

(7) *Para mí es básico que tengan conocimientos de fisiopatología, si no saben eso, pues entonces no pueden hacer su PAE, es lo que les va a dar para una buena valoración, y pues para el diagnóstico, muy complicado para ellos, les digo que si quieren usen NANDA, aunque no siempre le entienden.* D6

Lo referido en los anteriores testimonios refuerza el desafío que actualmente el docente de instituciones formadoras de profesionales en enfermería enfrenta, sobre todo en lo referente a establecer un puente entre la teoría y la práctica, así como a fomentar habilidades de pensamiento crítico y reflexivo en los estudiantes. Sin embargo, la experiencia formativa y profesional que los profesores tienen del PAE no les permite construir un significado en términos de una metodología propia de cuidado profesional de enfermería.

Discusión

El significado que los profesores le dan a la enseñanza de PAE a partir únicamente del método

simbólico-verbalístico, donde sólo es válida la palabra hablada o escrita, constituye un aspecto determinante y potencial para que los estudiantes construyan un significado del PAE como un contenido teórico sin relevancia, aplicabilidad, ni impacto en la práctica clínica, pues la enseñanza del PAE, coincidiendo con Hernández Ledesma,³⁵ debe basarse en un discurso que promueva la solución colectiva, el intercambio y confrontación de ideas, opiniones y experiencias entre profesor y alumnos. Por su parte, según un estudio cuasi experimental realizado por Hung y Ling,³⁹ la propuesta de asentar su enseñanza en el aprendizaje basado en problemas (ABP) da resultados favorables, ya que promueve el pensamiento crítico, identificado como una habilidad necesaria para la aplicación del PAE, y tiene un fuerte efecto en la adquisición e integración de conocimientos, potenciando la motivación y el aprendizaje significativo en estudiantes de enfermería.

Cabe mencionar que el hecho de ir construyendo un significado del PAE sólo con un contenido programático, tiene como consecuencia un importante vacío en la formación metodológica de intervención de cuidado, pues ésta es representada por el PAE en el contexto de construcción disciplinar de enfermería como ciencia del cuidado. Concebida en términos científicos, como afirma de la Cuesta,⁴ la enfermería requiere fundamentalmente, entre otros elementos, una metodología propia que la delimite, identifique y guíe su práctica profesional. A la luz de la cotidianidad⁸ y de la representación social³⁸ se hace comprensible el significado en el que, a partir de su experiencia formativa y práctica profesional, los profesores basan su enseñanza del PAE, sin embargo, el hecho de que no se asuma como una metodología propia de cuidado provoca que su enseñanza se asiente en un discurso teórico aislado, desintegrado de una realidad práctica y

que genera indiferencia en quien lo aprende. En este sentido, como señala Ledesma,¹⁹ la enseñanza del PAE es poco clara, no unificada e incluso desdibujada en su sustento teórico, dando lugar en los estudiantes a la indiferencia, la confusión e incluso el rechazo en su desarrollo y aplicación.

Conclusiones

El PAE constituye, hasta el momento, la metodología propia de cuidado de enfermería, o bien el único método de intervención de cuidado reconocido por la comunidad científica de enfermería, por lo tanto, la importancia de su enseñanza-aprendizaje supone generar un significado que trascienda el mero contenido programático-teórico sin aplicabilidad práctica, de tal modo que se logre su aprehensión como una metodología propia que le confiera a quien lo aplica dirección, identidad y autonomía en la práctica profesional. Los resultados enfatizan que los profesores requieren una actualización de bases teórico-metodológicas de la enfermería como disciplina profesional, ya que el PAE constituye un tema y contenido fundamental en las currículas de formación de profesionales de enfermería.

Referencias

- 1 Ballesteros MM, Jiménez L. La enfermería, una profesión de servicio a las personas. *Metas Enferm.* 2003; 6(59): 65-7.
- 2 Organización Mundial de la Salud. Informe técnico 860. Ginebra: OMS; 1996.
- 3 Sánchez B. Identidad y empoderamiento de la profesión de enfermería. *Av Enferm.* [Internet]. 2002; 20 (1): 22-32. Disponible en: <https://cutt.ly/62liPr1> .Consultado el 22 de febrero del 2021
- 4 De la Cuesta BC. El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. *Invest Educ Enferm.* 2007; 25(1): 106-12.
- 5 Castrillón MC. La disciplina de Enfermería. En:

- Desarrollos y perspectivas de la profesión de Enfermería. *Inv Edu Enfer*; 2000; 10(2): 53-6.
- 6 Valsecchi EA de S da S. Comunicação professor-aluno: aspectos relacionados ao estágio supervisionado. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2002 [recuperado el 12 de junio de 2010]; 1(1): 143-50. Disponible en: <https://cutt.ly/H2liKBc>
 - 7 Medina Moya JL, Castillo Parra S. La enseñanza de la enfermería como una práctica reflexiva. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2006 [recuperado el 16 de marzo 2010]; 15(2): 303-11. Disponible en: doi: [10.1590/S0104-07072006000200015](https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000200015)
 - 8 Lefebvre H. *La vida cotidiana en el mundo moderno*. Madrid: Alianza Editorial; 1972.
 - 9 Lefebvre H. *Critique de la vie quotidienne*. Vol. I: Introduction, Paris: L'Arche Editeur. 1981.
 - 10 Mazzitelli CA, Aparicio M. El abordaje del conocimiento cotidiano desde la teoría de las representaciones sociales. *Rev Eureka Enseñ Divul Cien*. 2010; 7(3): 636-52.
 - 11 Pardo Vásquez A, Morales Aguilar R, Borré Ortiz YM, Barraza Ospino D. Enseñanza y aprendizaje del proceso de enfermería: una mirada desde la experiencia de los estudiantes. *Salus* [Internet]. 2018; 22(3): 9-13. Disponible en: <https://cutt.ly/w2loelK>. Consultado 12 de mayo 2021
 - 12 Rojas Rodríguez MT, Carreto Bernal F. Experiencias de enseñanza aprendizaje en el proceso enfermero en la asignatura de Enfermería en Psiquiatría del 5º Periodo de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEM. *Rev Iberoam Producción Académica Gest Educ* [Internet], 2015; 2(3). Consultado en 12 de mayo 2021
 - 13 Veliz JE. Percepción de los estudiantes de enfermería sobre la metodología de enseñanza del Proceso de Atención de Enfermería en una universidad pública. Tesis de licenciatura en enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos [Internet]. 2017. Disponible en: <https://cutt.ly/92lopUu> Consultado 20 junio 2021
 - 14 Jara Sanabria F, Lizano Pérez A. Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. *Enferm Univ*. 2016; 13(4): 208-15.
 - 15 Reina NC. El Proceso de Enfermería: instrumento para el cuidado. *Umbral Científico*. 2010; 17(12): 18-23.
 - 16 Carvalho Barra DC, Marcon Dal Sasso GT. Processo de enfermagem conforme a classificação internacional para as práticas de enfermagem: uma revisão integrativa. *Texto Contexto Enferm*. 2012; 21(2): 440-447.
 - 17 Bonilla Marciales AP, Jaimes Valencia ML, Arenas Luna GI, Padilla Garcia CI, Criado Morales ML, Serrano S. Nivel de conocimientos de docentes y estudiantes con relación al proceso de atención de enfermería sobre dolor teniendo en cuenta la guía de buenas prácticas clínicas de la RNAO. En: *Memorias III Congreso Internacional de Proceso de Enfermería y Lenguaje Estandarizado*. Bucaramanga (Colombia): Universidad Industrial de Santander; 2017. p. 43-45.
 - 18 Moya Quingaluisa MF. Factores que influyen en la no aplicación del proceso de atención en enfermería en el ámbito hospitalario. Tesis de licenciatura en enfermería. Universidad Técnica de Ambato [Internet]. 2018. Disponible en: <https://cutt.ly/t2loD2b> Consultado 25 de junio del 2021.
 - 19 Ledesma Delgado ME, Rino Mendes MM. El proceso de enfermería como acciones de cuidado rutinarias: Construyendo su significado en la perspectiva de las Enfermeras asistenciales. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2009; 17(3): 328-34.
 - 20 Rivadeneira Rodríguez EM. Comprensión teórica y proceso metodológico de la investigación cualitativa. In *Crescendo* [Internet]. 2015; 6(2): 169-83. Disponible en: <https://cutt.ly/b2lo8uu> Consultado el 02 septiembre del 2021.
 - 21 Rivadeneira Rodríguez EM. Comprensión teórica y proceso metodológico de la investigación cualitativa. In *Crescendo*. Institucional. 2015; 6(2): 169-183.
 - 22 Wojnar DM, Swanson KM. Phenomenology: an exploration. *J Holist Nurs* [Internet]. 2007; 25(3): 172-80. Disponible en: <https://cutt.ly/E2lpo2S> Consultado 11 de Octubre del 2021
 - 23 Stake RE. *Investigación con estudio de casos*. 4ª ed. Madrid: Morata; 2007.
 - 24 Lüdke M, André M. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: Editora Pedagógica e

- Universitaria; 1988. Disponible en: <https://cutt.ly/x2lpzjy>
- 25 Álvarez-Gayou Jurgenson JL. *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. Paidós: México, 2003.
 - 26 Pedraz Marcos A, Zarco Colón J, Ramasco Gutiérrez M, Palmar Santos AM. *Investigación Cualitativa*. Barcelona: Elsevier; 2014.
 - 27 Lenise do Prado M, de Souza M de L, Monticelli M, Cometto MC, Gómez PF, editoras. *Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2013.
 - 28 Mayring, P. Qualitative content analysis. *Forum Qual Soc Res* [Internet]. 2000 [recuperado el 10 de octubre 2002]; 1 (2). Disponible en: <https://cutt.ly/z2lpOnL>
 - 29 Coffey A., Atkinson P. *Encontrar sentido a los datos cualitativos*. Medellín: Universidad de Antioquia, 2003.
 - 30 Noreña AL, Alcaraz N, Rojas JG, Rebolledo D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichán* [Internet]. 2012; 12(3): 263-74. Disponible en: <https://cutt.ly/j2lpJgn> Consultado el 12 octubre 2021
 - 31 Gómez Sánchez PI. Principios básicos de bioética. *Rev Per Ginecol Obstet*; 2009; 55(4): 230-233.
 - 32 Gracia D. *Bioética clínica*. Bogotá: El Búho, 1998.
 - 33 Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi Losey D. *Proceso y diagnóstico de enfermería*. México: McGraw-Hill / Interamericana de México; 1997. p. 32-8. Consultado el 12 noviembre 2021.
 - 34 Doenges M, Frances Moorhouse M. *Proceso y diagnósticos de enfermería. Aplicaciones*. México: El Manual Moderno; 2014.
 - 35 Hernández Ledesma Y, Fernández Camargo I, Henríquez Trujillo D, Lorenzo Nieves Y. Proceso de atención de enfermería: estrategias para la enseñanza-aprendizaje. *Rev Iberoam Educ Investi Enferm*. 2018; 8(2): 46-53.
 - 36 Garrido P, Martínez FJ, Calafate CT, Cano JC, Pietro M. Adaptación de los métodos de enseñanza a los métodos de aprendizaje de los alumnos. *Revista de Estilos de Aprendizaje*. 2010; 6(3): 267-74.
 - 37 Rockwell E, editora. *La escuela cotidiana*. México: Fondo de Cultura Económica. 1995.
 - 38 Lefebvre H. *Critique de la vie quotidienne*. Vol. III: De la modernité au modernisme (Pour une métaphilosophie du quotidien). Paris: L'Arche Editeur. 1981.
 - 39 Duveen, G. Social representations. In C. Fraser, B. Burchell, D. Hay, & G. Duveen (Eds.), *Introducing social psychology* (pp. 268–287). Cambridge, UK: Polity, 2001.
 - 40 Hung CH, Lin CY. Using concept mapping to evaluate knowledge structure in problem-based learning. *BMC Medical Educ* [internet]. 2015 [citado el 16 de marzo de 2018]; 15. Disponible en: <https://cutt.ly/n2lpMeq>
 - 41 ENEO UNAM . *Plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería* . ENEO UNAM , 2012. Disponible en: <https://cutt.ly/J2x5BC9>



Safety in professional nursing care for oncology patients in the context of the COVID-19 pandemic

Seguridad del cuidado profesional enfermero en atención al paciente oncológico en contexto de contingencia COVID-19

María del Carmen Gómez Lucio 

Abstract

Introduction: The COVID-19 pandemic required nursing professionals to focus their attention on safeguarding the integrity, safety and health of cancer patients as well as their own.

Objective: To analyze safety perception of professional nursing care for cancer patients during the COVID-19 contingency.

Material and methods: Descriptive, cross-sectional observational study. Sample of 50 nursing professionals. Measurement was made according to the Hospital Survey on Patient Safety instrument adapted to the COVID-19 contingency context. The results were analyzed through descriptive statistics.

Results: The safety level of professional nursing care for cancer patients during COVID-19 contingency was acceptable in 11 of 16 dimensions, according to the following scale: very poor, poor, acceptable, very good and excellent. Opportunity areas to improve safety of professional nursing care were identified: patient safety is put at risk when work pressure increases, staffing is not sufficient enough to deal with workload due to the pandemic, optimal patient care cannot be provided because of exhausting work schedules.

Conclusions: Nursing professionals provide acceptable care for cancer patients during the pandemic, since they declare they have an adequate and functional action protocol that makes them feel secure; however, there are factors such as vulnerability, protective equipment and lack of personnel that influence this degree of safety.

Keywords: nursing care, patient, safety, oncology.

Citación: Gomez Lucio M del C. Seguridad del cuidado profesional enfermero en atención al paciente oncológico en contexto de contingencia COVID-19. Rev Enferm Neurol.2022;21(2): pp. 142-156.

Correspondencia: María del Carmen Gomez Lucio
Email: golucar1@yahoo.com.mx
Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios
Red Mexicana de Enfermería en la Prescripción
Colegio de Profesionales de la Enfermería del Estado de México

Recibido: 6 agosto 2022
Aceptado: 14 septiembre 2022



Resumen

Introducción: La pandemia por COVID-19 requirió que los profesionales de enfermería enfocaran su atención en salvaguardar la integridad, seguridad y salud tanto del paciente como la propia.

Objetivo: Analizar la percepción de la seguridad del cuidado profesional enfermero al paciente oncológico durante la contingencia por COVID-19.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional-transversal. Muestra de 50 profesionales de enfermería. Medición realizada con el instrumento Hospital Survey on Patient Safety adaptado al contexto de contingencia por COVID-19. Análisis de resultados mediante estadística descriptiva.

Resultados: El grado de seguridad del cuidado profesional enfermero al paciente oncológico en contingencia por COVID-19 es aceptable en 11 de 16 dimensiones, según los rangos de medición: muy pobre, pobre, aceptable, muy bueno y excelente. Se identificaron las siguientes áreas de oportunidad para mejorar la seguridad del cuidado profesional enfermero: se pone en riesgo la seguridad de paciente con mayor presión de trabajo, la dotación del personal de enfermería es insuficiente para afrontar la carga de trabajo por pandemia, pues no se puede proporcionar la mejor atención si la jornada laboral es agotadora.

Conclusiones: Los profesionales de enfermería ofrecen un cuidado aceptable a los pacientes oncológicos durante a la pandemia, pues afirman que tienen un protocolo de actuación adecuado y funcional que les brinda seguridad; sin embargo, existen factores como vulnerabilidad, equipo de protección y falta de personal que influyen en dicho grado de seguridad.

Palabras clave: enfermería, atención, paciente, seguridad, oncológico.

Introducción

“El 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que el brote de COVID-19 constituía una emergencia de salud pública de importancia internacional”.¹ La pandemia causada por este virus ha dado lugar a un proceso de incertidumbre en los profesionales de enfermería que están en primera línea,² a la que acuden con cierto temor debido a que se enfrentan con una enfermedad de alta virulencia,² conscientes de que nadie es inmune a ella ni al alto grado de estrés con el que se está laborando. Bajo este contexto resulta necesario redoblar esfuerzos para salvaguardar la seguridad de pacientes, familiares y profesionales de la salud.

Si se considera que la finalidad de un sistema de salud es garantizar una atención sanitaria segura

y de calidad, la seguridad del paciente es una de las mayores preocupaciones en la actualidad.³ Sin embargo, existen variables que ponen en mayor riesgo a los usuarios, como es el caso de los pacientes oncológicos, que se encuentran en alta vulnerabilidad dado el proceso particular de su patología, tratamiento y comorbilidades, pues, dependiendo del tipo de cáncer que desarrolla, cada paciente reacciona de maneras distintas, y el entorno en el que se desenvuelve lo pone en mayor o menor riesgo al contagio. Por lo tanto, es necesario establecer medidas que disminuyan riesgos de transmisión de COVID-19 tanto para el personal como para el paciente y familiares. Cabe mencionar, además, que la sintomatología de COVID-19 es muy parecida al cuadro clínico del paciente con cáncer de pulmón o metástasis pulmonares, lo que oscurece el diagnóstico

diferencial hasta tener un estudio o prueba para corroborarlo, período en el que, a pesar de estar en riesgo, el personal no deja de brindar cuidados y sigue realizando sus intervenciones.

La Sociedad Española de Enfermería Oncológica refiere que en el Programa de calidad y seguridad del paciente oncológico se establecen los aspectos fundamentales de la práctica de enfermería en las distintas etapas de la enfermedad y se proponen las bases del cuidado seguro, a fin de que cualquier profesional de enfermería, independientemente de su experiencia, pueda aplicarlas de la misma manera, disminuyendo así la variabilidad en la atención.⁴

Como profesionales que tienen la función primordial de cuidar y priorizar el bienestar del paciente⁵ para preservar la salud, en los centros de oncología las enfermeras han atendido pacientes COVID-19 positivos sin saberlo, esto es, previamente a la realización de pruebas. Cabe resaltar que los enfermeros no están exentos de ser personal con comorbilidades que los coloquen en mayor vulnerabilidad, lo cual afecta incluso a los principales sistemas de salud en el mundo, que se han visto rebasados al reducirse el número de personal operativo por contagios. La Región de las Américas tiene la mayor cantidad de trabajadores de la salud infectados en el mundo: Carissa F. Etienne, directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señaló el 2 de septiembre de 2020 que casi 570 000 trabajadores de la salud en dicha región se habían enfermado y más de 2500 habían sucumbido ante el virus. En Estados Unidos y México, que tienen algunas de las cifras de casos más altas del mundo, los trabajadores de la salud representan uno de cada siete casos; estos dos países suman casi el 85% de todas las muertes por COVID-19 entre los trabajadores de la salud en la región.⁶ En consecuencia, es necesario atender la seguridad del cuidado profesional enfermero como

una problemática relevante en el sistema de salud, donde el profesional de enfermería tiene la responsabilidad directa de ofrecer un servicio de calidad, calidez y seguridad, valiéndose de sus conocimientos, valores, actitudes y habilidades para satisfacer las expectativas del sujeto de cuidado.⁷

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, observacional-transversal, cuyo universo de estudio fueron profesionales de enfermería que laboran en un centro de oncología de tercer nivel de atención. El tamaño de la muestra se calculó a través de una plataforma en línea. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: profesionales de enfermería de base, contrato y suplentes que laboran en el centro de oncología, incluyendo las diferentes categorías de los turnos matutino, vespertino, nocturno y especial. Se excluyeron profesionales de enfermería externos al centro, y se eliminó a quienes no desearon participar en el estudio, así como a enfermeros que no se encontraban presentes al momento de aplicar el instrumento de medición.

El instrumento para la recolección de datos se diseñó de acuerdo al cuestionario sobre seguridad de los pacientes (*"Hospital Survey on Patient Safety"*) de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ),⁸ adaptado al español por Juan J. Gascón Cánovas y Pedro J. Saturno Hernández, en el que se mide la seguridad del paciente, del servicio y del hospital. Dicho instrumento se auto aplicó al personal de enfermería adscrito al centro de oncología mediante el uso de un formulario en línea. Los datos se capturaron en una tabla excel, se realizó un análisis mediante frecuencias y porcentajes de estadística descriptiva tanto para las variables demográficas (edad, escolaridad,

género, experiencia laboral, turno) como para cada una de las dimensiones estudiadas.

En la Ley General de Salud, título segundo, artículo 13, referente a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, se menciona que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.⁹ Se considera que la investigación pertenece a la categoría de estudios sin riesgos ni implicaciones éticas, puesto que se llevaron a cabo métodos y técnicas de investigación documental en los que no se realiza intervención directa al paciente ni al personal. Solo se aplicó un formulario a los profesionales de enfermería que aceptaron participar en el proyecto, previa aplicación del consentimiento informado de acuerdo al artículo 14, fracción V, que plantea: contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal,⁹ en el cual se les menciona a los participantes que los datos recabados únicamente serán utilizados con fines estadísticos, manteniendo en todo momento la confidencialidad y anonimato.

La investigación se sometió al comité de investigación y al comité de ética del centro donde se

desarrolló, siendo aprobado con los números de oficio: COE/CEI/PT/09/2020 y COE/045/2020.

Resultados

Se recolectó información de 50 profesionales de enfermería que laboran en el centro de oncología, 82% de género femenino y 18% masculino, en un rango de edad de 23 a 62 años (44% de 31 a 40 años, 34% de 23 a 30 años, 20% de 41 a 50 años y 2% mayor a 51 años), 68% con licenciatura en enfermería y 16% con maestría en enfermería. El personal estudiado labora en los diferentes turnos: 32% nocturno, 32% matutino, 22% vespertino, 10% especial y 4% en el turno mixto. La experiencia laboral reportada fue: 32% de 11 a 15 años, 24% de 1 a 5 años, 20% de 6 a 10 años, 12% de 16 a 20 años y 6% más de 31 años.

Se diseñó y aplicó el instrumento de recolección de datos, que consta de 52 items que permitieron medir el grado de seguridad percibida por el profesional de enfermería en la atención del paciente oncológico durante la pandemia COVID-19. De acuerdo con las dimensiones estudiadas del instrumento se reporta lo presentado en la Tabla 1.

Tabla 1. Valoración de las dimensiones de la seguridad del cuidado profesional de enfermería en el centro de oncología.

Dimensión	Nunca		Casi nunca		A veces		Casi siempre		Siempre		No contestó		TOTAL
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
D1: Frecuencia de eventos notificados	0	0%	10	20%	19	38%	11	22%	10	20%	0	0%	50
D6: Franqueza en la comunicación	4	8%	7	14%	22	44%	10	20%	6	12%	1	2%	50
D7: Retroalimentación y comunicación sobre errores	2	4%	4	8%	19	38%	15	30%	10	20%	0	0%	50
D14: Dotación de EPP* y apego a protocolos de actuación	1	2%	2	4%	10	20%	20	40%	17	34%	0	0%	50

Dimensión	Muy en desacuerdo		En desacuerdo		Indiferente		De acuerdo		Muy de acuerdo		No contestó		TOTAL
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
D2: Percepción de seguridad	1	2%	13	26%	7	14%	24	48%	5	10%	0	0%	50
D3: Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad / servicio que favorecen la seguridad	3	6%	20	40%	7	14%	18	36%	2	4%	0	0%	50
D4: Aprendizaje organizacional / mejora continua	1	2%	3	6%	4	8%	26	52%	15	30%	1	2%	50
D5: Trabajo en equipo en la unidad / servicio	1	2%	11	22%	6	12%	28	56%	4	8%	0	0%	50
D8: Respuesta no punitiva a los errores	3	5%	12	25%	5	9%	22	43%	9	17%	0	0%	50
D9: Dotación de personal	7	14%	34	68%	5	10%	0	0%	5	10%	0	0%	51
D10: Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	2	4%	12	24%	6	12%	25	50%	5	10%	0	0%	50
D11: Trabajo en equipo entre unidades	3	6%	15	30%	5	10%	24	48%	3	6%	0	0%	50
D12: Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios / unidades	4	8%	19	38%	3	6%	19	38%	4	8%	1	2%	50
D13: Percepción de seguridad personal del profesional de enfermería	4	8%	6	12%	9	18%	28	56%	3	6%	0	0%	50
D15: Percepción de la seguridad del cuidado profesional proporcionado al paciente oncológico	1	2%	8	16%	4	8%	29	58%	8	16%	0	0%	50

Dimensión	Malo		Pobre		Aceptable		Muy bueno		Excelente		No contestó		TOTAL
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
D16: Percepción del grado de seguridad del paciente por el personal de enfermería	0	0%	1	2%	26	52%	20	40%	3	6%	0	0%	50

EPP = Equipo de protección personal

Fuente: formulario de seguridad del cuidado profesional de enfermería en la atención al paciente oncológico en el contexto de contingencia por COVID-19.

A continuación se desarrollan los datos obtenidos según cada dimensión.

Dimensión 1. Frecuencia de eventos notificados: 38% del personal refiere notificar a veces errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente y que previsiblemente podrían haberlo dañado.

Dimensión 2. Percepción de seguridad: 48% está de acuerdo en tener procedimientos y medios de trabajo buenos que evitan errores en la asistencia y que los fallos no aumentan por casualidad, asimismo, dicho porcentaje es consciente de que en su unidad de trabajo existen problemas relacionados con la seguridad del paciente, sin omitir que 42% del personal refiere que se aumenta el ritmo de trabajo aunque esto implique sacrificar la seguridad del paciente.

Dimensión 3. Expectativas y acciones de la dirección y/o supervisión de la unidad que favorecen la seguridad: 40% del profesional expresó que su superior no pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente, pues tiene en cuenta las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad; 46% menciona que no se pone en riesgo la seguridad del paciente aunque aumente la presión del trabajo y está de acuerdo con que su superior expresa satisfacción cuando intentan evitar riesgos en la seguridad del paciente.

Dimensión 4. Aprendizaje organizacional/mejora continua: 52% está de acuerdo en que los cambios que se realizan para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad, y mencionaron que al detectarse algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.

Dimensión 5. Trabajo en equipo en la

unidad y/o servicio: 56% está de acuerdo en que el personal se apoya mutuamente, se trata con respeto y colabora como equipo para completar las labores, además de que cuando alguien tiene exceso de trabajo suele encontrar apoyo en sus compañeros.

Dimensión 6. Franqueza en la comunicación: 44% refiere que a veces puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores; 42% afirma que a veces teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta, sin embargo, menciona que cuando el personal nota algo que puede afectar negativamente la atención que recibe el paciente, habla con total libertad al respecto.

Dimensión 7. Retroalimentación y comunicación sobre errores: 38% menciona que cuando notifica algún incidente a veces les informan sobre qué tipo de acciones se han llevado a cabo, además, refieren que en su servicio discuten de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir y el 50% de las veces casi siempre y siempre se les informa de los errores que ocurren en su servicio y/o unidad.

Dimensión 8. Respuesta no punitiva a los errores: 43% está de acuerdo en que, cuando se detecta algún fallo, antes de encontrar la causa se busca un "culpable" y temen que se reporte en su expediente, pues afirman que, si los compañeros o los superiores se enteran de que se ha cometido un error, lo utilizarán en su contra.

Dimensión 9. Dotación del personal: 68% refiere que hay personal insuficiente para afrontar la carga de trabajo y está de acuerdo en que no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.

Dimensión 10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente: por

arriba del 50% del profesional de enfermería está de acuerdo en que la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente y demuestra que es una de sus prioridades; sin embargo, 40% está de acuerdo o muy de acuerdo en que a la dirección sólo parece interesarse por la seguridad cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.

Dimensión 11. Trabajo en equipo entre servicios o unidades: 54% está de acuerdo y muy de acuerdo en que hay una buena cooperación entre los servicios que tienen que trabajar conjuntamente, pues se coordinan para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes sin que resulte poco comfortable colaborar con otros servicios; sin embargo, 36% menciona que las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.

Dimensión 12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios: 38% refiere que en los cambios de turno no se pierde información importante sobre la atención que ha recibido el paciente, mientras que 38% está de acuerdo en que surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno, y afirman que parte de la información de los pacientes se pierde cuando éstos son transferidos de una unidad o servicio.

Dimensión 13. Percepción de seguridad personal del profesional de enfermería: 56% se siente segura(o) cuando proporciona cuidado profesional de enfermería, ya que cuenta con un protocolo de actuación adecuado y funcional, además de que la gerencia o dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del profesional de la salud y demuestra que es una prioridad.

Dimensión 14. Dotación de equipo de protección personal (EPP) y apego a los

protocolos de actuación: 74% contestó que casi siempre o siempre se cuenta con el EPP necesario para el cuidado de los pacientes, pues cuando se notifica algún caso sospechoso COVID-19 conoce el protocolo de actuación y su aplicación específica mediante el uso adecuado del EPP; sin embargo, 26% refiere que sólo a veces se lleva a cabo correctamente.

Dimensión 15. Percepción de la seguridad del cuidado profesional proporcionado al paciente oncológico: 74% está de acuerdo o muy de acuerdo en que, a pesar de la pandemia, los procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia de un cuidado seguro y de calidad a los pacientes oncológicos, mientras que 18% está de acuerdo o muy de acuerdo en que en la unidad hay problemas relacionados con la seguridad del cuidado al paciente.

Dimensión 16. Percepción del grado de seguridad del paciente por el personal de enfermería: 52% contestaron que es aceptable el grado de seguridad que se le brinda al paciente y 40% dio una valoración de muy bueno.

Debido a que la seguridad del cuidado es una variable cualitativa de actitud, se midieron los indicadores a través de la escala de Likert, caracterizada por una medición ordinal con las siguientes escalas y valores:

- Nunca= 1, Casi nunca=2, A veces=3, Casi siempre=4 y Siempre=5
- Muy en desacuerdo=1, En desacuerdo=2, Indiferente= 3, De acuerdo=4 y Muy de acuerdo= 5
- Malo=1, Pobre=2, Aceptable=3, Muy bueno=4 y Excelente=5.

Se clasificó el grado de seguridad del cuidado enfermero de acuerdo con los rangos de medición establecidos (Tabla 2).

Tabla 2. Escalamiento Likert por dimensiones.

<i>Dimensión</i>	<i>Nunca</i> (1)	<i>Casi nunca</i> (2)	<i>A veces</i> (3)	<i>Casi siempre</i> (4)	<i>Siempre</i> (5)	<i>No contestó</i>	<i>TOTAL</i>
D1: Frecuencia de eventos notificados	0	20	57	44	49	0	170
D6: Franqueza en la comunicación	4	14	66	40	30	3	157
D7: Retroalimentación y comunicación sobre errores	2	8	57	60	53	0	180
D14: Dotación de EPP y apego a protocolos de actuación	1	4	30	80	84	0	199
	<i>Muy en desacuerdo</i> (1)	<i>En desacuerdo</i> (2)	<i>Indiferente</i> (3)	<i>De acuerdo</i> (4)	<i>Muy de acuerdo</i> (5)	<i>No contestó</i>	<i>TOTAL</i>
D2: Percepción de seguridad	1	26	21	96	24	0	168
D3: Expectativas y acciones de la dirección / supervisión de la unidad / servicio que favorecen la seguridad	3	40	21	72	9	0	145
D4: Aprendizaje organizacional / mejora continua	1	6	12	104	74	5	202
D5: Trabajo en equipo en la unidad / servicio	1	22	18	112	20	0	173
D8: Respuesta no punitiva a los errores	2	22	13	86	48	0	171
D9: Dotación del personal	7	68	15	0	25	0	115
D10: Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	2	24	18	100	25	0	169
D11: Trabajo en equipo entre unidades	2	29	14	97	14	0	156
D12: Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios / unidades	4	38	9	74	20	5	150
D13: Percepción de seguridad personal del profesional de enfermería	4	12	27	110	15	0	168
D15: Percepción de la seguridad del cuidado profesional proporcionado al paciente oncológico	1	16	12	115	40	0	184

<i>Dimensión</i>	<i>Malo (1)</i>	<i>Pobre (2)</i>	<i>Aceptable (3)</i>	<i>Muy bueno (4)</i>	<i>Excelente (5)</i>	<i>No contestó</i>	<i>TOTAL</i>
D16: Percepción del grado de seguridad del paciente por el personal de enfermería	0	2	78	80	15	0	175

Fuente: formulario de seguridad del cuidado profesional de enfermería en la atención al paciente oncológico en el contexto de contingencia por COVID-19.

Posteriormente se clasificó el grado de seguridad del cuidado enfermero de acuerdo con los rangos de medición establecidos (Tabla 3):

Tabla 3. Grado de seguridad del cuidado profesional de enfermería en la atención al paciente oncológico en el contexto de contingencia por COVID-19.

Rango de medición	50 A 100	Muy pobre	201 A 240	Muy bueno
	101 A 150	Pobre	>240	Excelente
	151 A 200	Aceptable		

<i>Dimensión</i>	<i>Puntajes totales</i>	<i>Percepción del grado de seguridad del personal de enfermería</i>
Dimensión 1 Frecuencia de eventos notificados	170	ACEPTABLE
Dimensión 2 Percepción de seguridad	168	ACEPTABLE
Dimensión 3 Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la unidad / servicio que favorecen la seguridad	145	POBRE
Dimensión 4 Aprendizaje organizacional / mejora continua	202	MUY BUENO
Dimensión 6 Franqueza en la comunicación	157	ACEPTABLE
Dimensión 7 Retroalimentación y comunicación sobre errores	180	ACEPTABLE
Dimensión 8 Respuesta no punitiva a los errores	171	ACEPTABLE
Dimensión 9 Dotación del personal	115	POBRE
Dimensión 10 Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	169	ACEPTABLE

Dimensión 11	Trabajo en equipo entre unidades	156	ACEPTABLE
Dimensión 12	Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios / unidades	150	POBRE
Dimensión 13	Percepción de seguridad personal del profesional de enfermería	168	ACEPTABLE
Dimensión 14	Dotación de EPP y apego a protocolos de actuación	199	ACEPTABLE
Dimensión 15	Percepción de la seguridad del cuidado profesional proporcionado al paciente oncológico	184	ACEPTABLE
Dimensión 16	Percepción del grado de seguridad del paciente por el personal de enfermería	175	ACEPTABLE
PROMEDIO	TOTAL DEL INSTRUMENTO	168	ACEPTABLE

Fuente: formulario de seguridad del cuidado profesional de enfermería en la atención al paciente oncológico en el contexto de contingencia por COVID-19.

Discusión

La responsabilidad del profesional de enfermería en el cuidado del paciente oncológico es y seguirá siendo oportuna, humanista y de alta calidad, sin embargo, el personal debe estar adecuadamente protegido contra la transmisión del virus durante la atención diaria, de lo contrario el sistema podría verse afectado a medida que aumentan los contagios, pues el personal que tenga la enfermedad deberá ponerse en cuarentena y se debilitará la fuerza laboral que se encuentra al frente. Al respecto, el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS, ha dicho: “Ningún país, hospital o centro de salud puede mantener a salvo a sus pacientes a menos que preserve la seguridad de sus trabajadores de la salud. La Carta de Seguridad de los Trabajadores de la Salud de la OMS es un paso para velar por que los trabajadores de la salud tengan las condiciones de trabajo seguras, la capacitación, la remuneración y el respeto que merecen”.¹⁰

Con los resultados de este estudio se identificaron áreas de oportunidad para mejorar la seguridad del cuidado profesional enfermero, pues los participantes dejaron patente que se

pone en riesgo la seguridad del paciente cuando se trabaja más rápido y aumenta la presión, ya que no se puede proporcionar la mejor atención en una jornada laboral agotadora, además de que la dotación del personal es insuficiente para afrontar la carga de trabajo por pandemia. Estos resultados concuerdan con la literatura de la OMS, la cual afirma que el personal debe estar capacitado en prácticas basadas en evidencia, prepararse para adquirir conocimiento que se renueva día con día ante un virus tan emergente y del que no se tiene mucha información comprobada, a fin de actuar con la mayor seguridad posible y no bajar la guardia del cuidado tanto para el paciente como para el profesional de enfermería, dado que se debe garantizar la seguridad de los trabajadores de la salud para preservar la de los pacientes.¹⁰

Conclusiones

Los resultados obtenidos en las diferentes dimensiones permiten calificar como aceptable el grado de seguridad del cuidado proporcionado por el profesional de enfermería en la atención del paciente oncológico en contexto de contingencia por COVID-19, pues en 11 de las dimensiones

valoradas las respuestas fueron positivas, lo que constituye un elemento importante para considerar acciones que mejoren el cuidado profesional seguro tanto para el personal como para el paciente. Se identificó que casi la mitad de los profesionales encuestados son trabajadores jóvenes de 31 a 40 años de edad, 82% son del sexo femenino debido a que el cuidado del paciente ha sido tradicionalmente encargado a la mujer, y cuentan además con una escolaridad de licenciatura o maestría, elemento relevante en términos de una preparación profesional continua que ayude a disminuir riesgos laborales al conocer los efectos de las enfermedades transmisibles y su alta virulencia.

El personal de enfermería tiene un compromiso con el paciente y la sociedad como parte inherente de su profesión, por lo que su preparación para prevenir riesgos de contagio constituye uno de los retos que enfrentan los sistemas de salud en el contexto de contingencia COVID-19. Por lo tanto, resulta indispensable para la práctica profesional del personal la experiencia, actualización permanente, procedimientos y protocolos de enfermería estandarizados, adecuados y funcionales, así como capacidad de decisión basada en un razonamiento crítico sustentado en evidencias, a fin de que se lleve a cabo con seguridad el cuidado profesional de enfermería.

Es importante resaltar que, a pesar de las condiciones actuales de contingencia sanitaria, los profesionales encuestados están de acuerdo en que los procedimientos y medios de trabajo con los que cuenta son buenos para evitar errores en la asistencia del cuidado, pues brindan un cuidado seguro y de calidad a los pacientes oncológicos. Esto comprueba la hipótesis formulada de que, a mayor grado de seguridad del cuidado profesional de

enfermería, disminuye el riesgo de transmisión COVID-19 tanto para el personal como el paciente.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención y control de infecciones en los centros de atención de larga estancia en el contexto de la COVID-19. Orientaciones provisionales 21 de marzo de 2020 [Internet]. OMS; 2020 [citado 14 de julio de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/k2x8z3c>
2. Labrada Despaigne A. Seguridad anestésica ¿Dónde estamos y qué nos queda? Rev Cuba Anestesiol Reanim. 2020;19(0):e584. Disponible en: <https://cutt.ly/S2x8TxV>
3. Sillero-Sillero A, Zabalegui A. Safety and satisfaction of patients with nurse's care in the perioperative. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2019;27:e3142. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/o2x43Z3>
4. Díaz M, Gattas S, López JC, Tapia A. Enfermería oncológica: estándares de seguridad en el manejo del paciente oncológico. Rev Méd Clín Las Condes. 2013;24(4): 694-704. Disponible en: <https://cutt.ly/T2x7ys9>
5. García Hernández ML, Cárdenas Becerril L, Arana Gómez B, Monroy Rojas A, Hernández Ortega Y, Salvador Martínez C. Construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería. Texto & Contexto Enfermagem. 2011;20:74-80.
6. PAHO TV. Sesión Informativa OPS COVID-19, 2 de septiembre de 2020. [video de internet]. Washington: PAHO; 2020 [citado 14 de julio de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/g2x7gcC>
- 7.- Cardenas Matto RM, Cobeñas Jacobo CR, García Hoyos JR. Calidad del cuidado de enfermería en pacientes del Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue Lima 2017. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017. Disponible en: <https://cutt.ly/J2x7cu8>
8. Agency for Healthcare Research and Quality. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.

9. México. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [Internet]. Ciudad de México: Diario Oficial de la Federación; 1988 [citado 14 de julio de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/R2x7W6L>
10. Organización Mundial de la Salud. Garantizar la seguridad de los trabajadores de la salud para preservar la de los pacientes [Internet]. OMS; 2020 [citado 14 de julio de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/s2cqXF3>

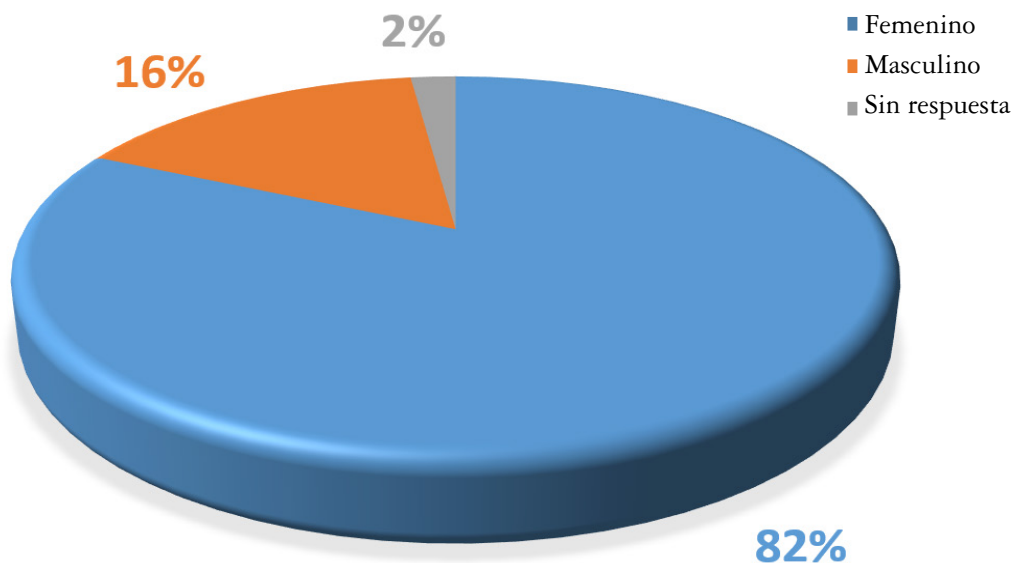
Anexos

Tabla No. 4. Características demográficas de la muestra de los profesionales de enfermería del centro de oncología.

	<i>Frecuencia (%)</i>
<i>Genero</i>	
Femenino	41 (82)
Masculino	8 (16)
Sin registro	1 (2)
<i>Edad</i>	
23-30 años	17 (34)
31-40 años	22 (44)
41-50 años	10 (20)
>50 años	1 (2)
<i>Escolaridad</i>	
Carrera técnica	4 (8)
Enfermera general	1 (2)
Licenciatura en enfermería	34 (68)
Maestría en enfermería	8 (16)
Posgrado	2 (4)
Sin respuesta	1 (2)
<i>Años de experiencia laboral</i>	
De 1 a 5 años	12 (24)
De 6 a 10 años	10 (20)
De 11 a 15 años	16 (32)
De 16 a 20 años	6 (12)
31 años o más	3 (6)
Sin respuesta	3 (6)

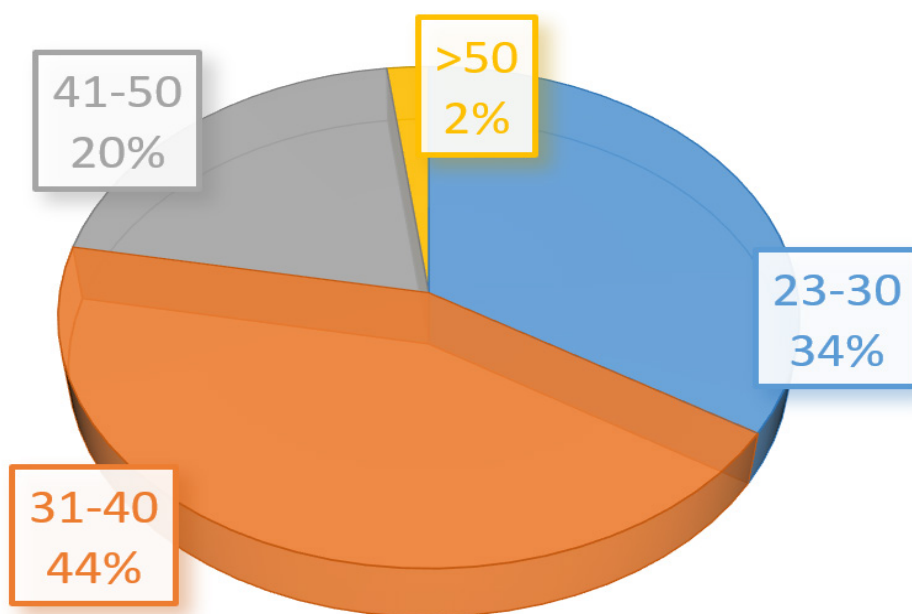
Fuente: formulario de seguridad del cuidado profesional de enfermería en la atención al paciente oncológico en el contexto de contingencia por COVID-19.

Gráfica No. 1. Género de los profesionales de enfermería del centro de oncología.



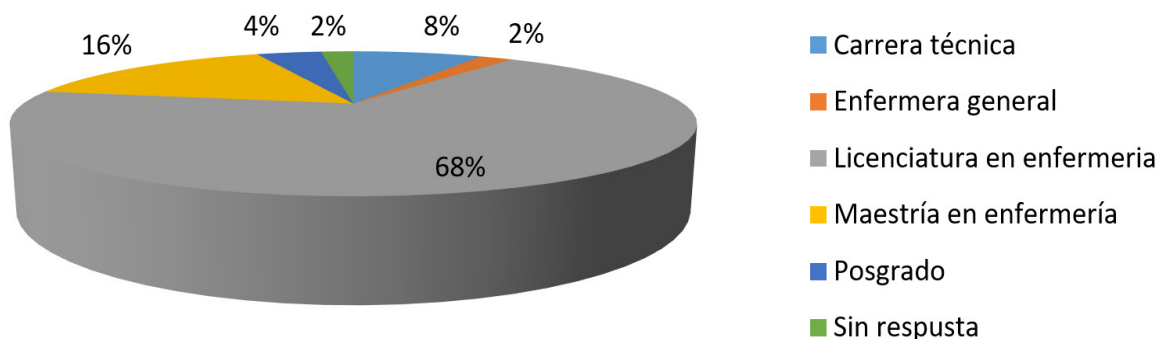
Fuente: formulario de seguridad del cuidado profesional de enfermería en la atención al paciente oncológico en el contexto de contingencia por COVID-19.

Gráfica No. 1. Género de los profesionales de enfermería del centro de oncología.



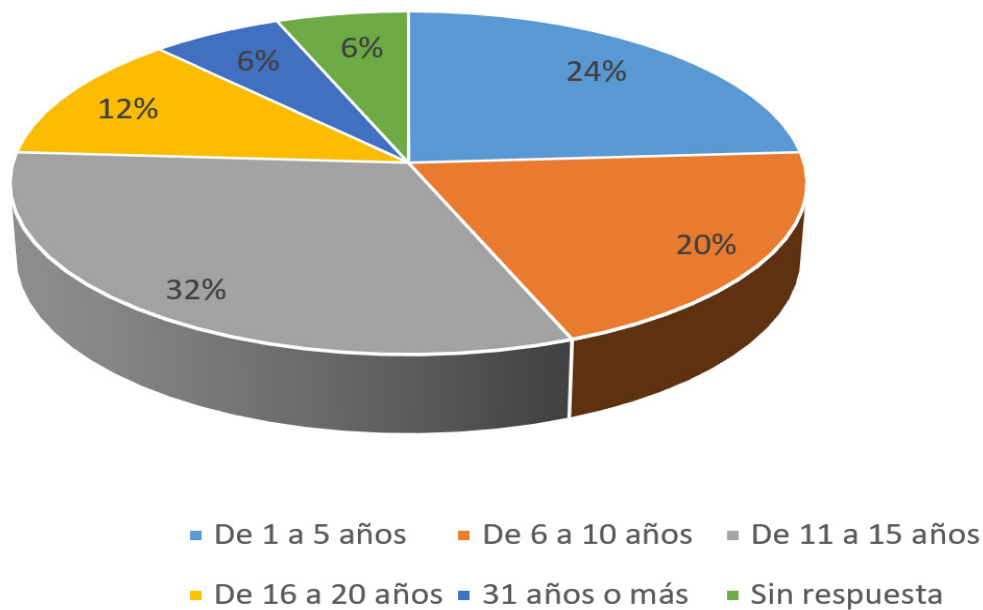
Fuente: formulario de seguridad del cuidado profesional de enfermería en la atención al paciente oncológico en el contexto de contingencia por COVID-19.

Gráfica No. 3. Escolaridad de los profesionales de enfermería del centro de oncología.



Fuente: formulario de seguridad del cuidado profesional de enfermería en la atención al paciente oncológico en el contexto de contingencia por COVID-19.

Gráfica No. 4. Experiencia laboral de los profesionales de enfermería del centro de oncología



Fuente: formulario de seguridad del cuidado profesional de enfermería en la atención al paciente oncológico en el contexto de contingencia por COVID-19.



Concordance of pain assessment between the Escala de Conductas Indicadores de Dolor and Behavioral Pain Scale

Concordancia de valoraciones del dolor entre la Escala de Conductas Indicadores de Dolor y Behavioral Pain Scale

Gloria del Carmen Alejos Echavarría  Alba Verónica Ángeles Vargas  Joel Martínez Martínez 

Abstract

Introduction: Pain assessment in critical patients is based on behavioral indicators. Currently, there are various scales that differ in their pain-scoring systems.

Objective: To determine the concordance between pain measurements according the Behavioural Indicators of Pain Scale (ESCID, by its acronym in Spanish) and Behavioral Pain Scale (BPS).

Methods: Observational study in patients subjected to mechanical ventilation. The BPS and the ESCID were applied at rest and during aspiration of secretions, in order to determine their concordance using Cohen's kappa coefficient and pain level according to ESCID.

Results: The statistical concordance between the BPS and ESCID was 0.23 according to Cohen's kappa coefficient, considered "regular" as stated by Landis and Koch. BPS determined the presence of pain in 93.4% of patients during aspiration of secretions, and ESCID detected it in 100% of patients, with 80% in the moderate-severe level.

Study limitations: Sample of 15 patients. The study was performed two times. Originality: The obtained results have no comparison with other studies, since they only analyze inter-observer concordance.

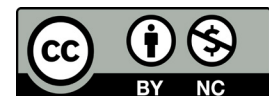
Conclusions: The concordance between pain measurements with both scales is considered low. ESCID shows higher pain sensitivity, although low score levels may be caused by factors not related to pain. BPS shows lower sensitivity, since it considers the presence of pain with scores without intermediate classifications. This study supports the use of ESCID as a reliable scale for pain assessment

Key words: concordance, pain, scale, critical patient.

Citación: Alejos Echavarría G del C., Ángeles Vargas AV., Martínez Martínez J. Concordancia del dolor entre ESCID y BPS. Rev Enferm Neurol.2022;21(2):pp. 157-165.

Correspondencia: Gloria del Carmen Alejos Echavarría
Email: gcae14@hotmail.com
Centro Médico Naval

Recibido: 25 mayo 2022
Aceptado: 6 julio 2022



Resumen

Introducción: La valoración del dolor del paciente crítico se basa en indicadores conductuales. Actualmente existen diversas escalas con diferencias en la forma de puntuar la presencia de dolor.

Objetivo: Determinar la concordancia entre mediciones del dolor según la Escala de conductas indicadoras de dolor (ESCID) y la Behavioral Pain Scale (BPS).

Métodos: Estudio observacional en pacientes con ventilación mecánica. Se aplicaron la BPS y la ESCID en reposo y durante aspiración de secreciones, a fin de determinar su concordancia mediante el coeficiente Kappa de Cohen y el nivel de dolor de la ESCID.

Resultados: La concordancia estadística entre la BPS y la ESCID fue 0.23 según el coeficiente Kappa de Cohen, considerada “regular” de acuerdo con Landis y Koch. La BPS determinó presencia de dolor en 93.4% de pacientes durante la aspiración de secreciones, y la ESCID lo detectó en el 100%, clasificando 80% en nivel moderado-grave.

Limitaciones de estudio: Muestra de 15 pacientes. El estudio se realizó en dos momentos.

Originalidad: El resultado obtenido no tiene comparación con otro estudio, pues sólo se ha estudiado la concordancia entre observadores.

Conclusiones: La concordancia entre las mediciones del dolor con ambas escalas se considera baja. La ESCID muestra mayor sensibilidad, aunque los niveles de puntuaciones bajas pueden ser causados por factores no relacionados con dolor. BPS muestra menor sensibilidad, pues considera la presencia de dolor con puntajes sin clasificaciones intermedias. Este estudio apoya el uso de ESCID como una escala confiable en las valoraciones del dolor.

Palabras clave: concordancia, dolor, escala, paciente crítico.

Introducción

El dolor es “*una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con daño tisular real o potencial*”.¹ Debido a esto, se busca brindar en las terapias intensivas una adecuada analgesia y sedación en los pacientes.^{2,3}

En el caso específico de los pacientes críticos que cursan por terapia intensiva, la mayor parte se encuentra bajo un estado de sedación o con limitaciones fisiológicas.^{4,5} Por ello la base para la valoración del dolor se ve limitada, lo que obliga a recurrir a distintos parámetros, como gesticulaciones, expresiones físicas o comportamientos conductuales basados en la observación del profesional de la

salud.^{4,6} Asimismo, dicha valoración debe ser continua, para lo cual el personal de enfermería muchas veces se vale del monitoreo de los signos vitales y de la detección de alteraciones en los patrones fisiológicos.⁷

Sin embargo, estos parámetros fisiológicos no deben ser determinantes para identificar la presencia de dolor en un paciente crítico, ya que la patología de base que lo llevo a tal condición de gravedad influye en la alteración del estado hemodinámico y, por lo tanto, en los parámetros fisiológicos.^{4,8,9,10} Por este motivo, actualmente existen diversas escalas validadas para medir el dolor en pacientes críticos basadas en indicadores conductuales, y es responsabilidad del personal

médico y de enfermería que labora en una unidad de cuidados intensivos (UCI) elegir la escala que más se adecúe a la condición del paciente.

Entre las escalas que pueden utilizarse en los pacientes críticos no comunicativos se encuentra la escala conductual del dolor o Behavioral Pain Scale (BPS), basada en tres ítems: la expresión facial del paciente, el estado de relajación de sus extremidades superiores y la sincronía con el ventilador mecánico invasivo. En esta escala, a mayores puntuaciones corresponde una mayor intensidad de dolor,^{4,11} clasificado como presencia de dolor, dolor objetivo y dolor inaceptable o severo,^{4,12,13,14} sin embargo, no cuenta con valoración de estados intermedios ni determina el nivel de dolor,^{15,12} aunque actualmente es de las escalas más utilizadas en las instituciones de salud.

La BPS puede limitar la valoración del dolor por parte del personal de enfermería y, por ende, el resultado de la evaluación diaria, ya que no permite conocer el nivel de dolor que podría estar presentando el paciente, sobre todo durante la realización de actividades nociceptivas propias de enfermería, a pesar de la administración continua de sedación y analgesia.^{12,13}

Otro instrumento es la escala de conductas indicadoras de dolor (ESCID), nueva versión desarrollada a partir de la escala propuesta por Campbell y validada en el 2011 por Latorre y cols.,¹⁰ en la cual se sustituye el ítem “*respuesta verbal*” por “*adaptación a la ventilación mecánica*”, y se estructura con un total de cinco ítems conductuales: musculatura facial, tranquilidad, tono muscular, confortabilidad y adaptación a la ventilación mecánica. Esta escala tiene la cualidad de cuantificar el nivel de dolor en leve-moderado, moderado-grave o muy intenso, de acuerdo con el puntaje de menor a mayor.^{10,12}

La ESCID es más ecuánime en la valoración del dolor en procedimientos nociceptivos,³ pues

permite evaluar la presencia y, particularmente, el nivel de dolor que podría tener el paciente con ventilación mecánica e infusiones de sedoanalgesia, lo que sugiere el uso de dosis de analgesia adicional previo o durante las actividades. Su único inconveniente en comparación con las demás escalas es el poco reconocimiento que tiene en el personal de sanidad, ya que existen pocos estudios sobre su aplicación, como lo afirman las guías de práctica clínica americanas del 2019.^{12,16}

Tanto la BPS como la ESCID son escalas para valorar el dolor en pacientes críticos, basadas en los diferentes valores de puntuación otorgados a los ítems que evalúa cada una; por lo tanto, es de interés analizar la concordancia de la presencia de dolor entre ambas escalas y así comprobar que no haya discrepancias en los resultados de las valoraciones realizadas con cada una, puesto que las dos registran la presencia del dolor por igual.

El objetivo del presente trabajo consiste, por lo tanto, en determinar la concordancia estadística entre las mediciones realizadas con la BPS y la ESCID, a fin de optimizar por parte de enfermería la valoración del dolor en los pacientes críticos, no comunicativos y con apoyo mecánico ventilatorio, durante los procedimientos rutinarios que se realizan en la terapia intensiva.

Además, este artículo podría contribuir a las investigaciones realizadas sobre la ESCID y a la recomendación de su uso, pues se comprueba la eficacia y las ventajas que puede tener frente a la BPS. En este sentido, los estudios existentes sobre escalas de dolor que comparan la ESCID con la BPS miden la concordancia de la valoración entre dos observadores distintos, comprobando su utilidad y eficacia a la par, pero ninguno ha identificado su concordancia en la medición de la presencia de dolor y las posibles discrepancias que pueden existir.

Material y métodos

El presente trabajo es un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y prospectivo, realizado en la UCI del Centro Médico Naval (CEMENA) durante los meses de julio y agosto del 2022, y aprobado por el comité de ética en investigación y el comité de investigación del CEMENA con el número de dictamen 58/2022.

El muestreo fue realizado por conveniencia, en el cual se estudió a quince pacientes en estado crítico dentro de la UCI que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: apoyo mecánico ventilatorio invasivo, sedoanalgesia continua, una puntuación de -3,-2,-1, 0 en la Richmond Agitation Sedation Scale (RASS), imposibilidad de cualquier forma de comunicación y la aceptación de la participación en el estudio mediante la firma de consentimiento informado por parte de un familiar cercano. Se excluyeron pacientes que tuvieran restricción para movilizarse y para la aspiración de secreciones, una puntuación de -4,-5 en la RASS, y bloqueo neuromuscular o hemiplejía.

Primero se evaluó el nivel de sedación según la escala RASS, la cual se mide a través de diez niveles. Los niveles crecientes positivos se relacionan con la agitación y los niveles negativos se relacionan con la sedación. En segundo lugar se registraron en la hoja de recolección de datos los signos vitales del paciente en reposo, parámetros que se tomaron del monitor cardíaco. Asimismo, se recabaron datos sociodemográficos de la hoja de enfermería.

Como tercer paso, se aplicaron las escalas del dolor BPS y ESCID, primero en estado de reposo y posteriormente durante la aspiración de secreciones, así como también se registraron los signos vitales manifestados por el monitor cardíaco a largo del procedimiento nociceptivo.

La BPS tiene una puntuación general que va de 3 (no dolor) a 12 puntos (dolor máximo⁴), basada

en los tres ítems anteriormente mencionados que pueden calificarse del 1 al 4, sin embargo, sus resultados no tienen valoración de estados intermedios.^{15,12} Para este estudio se empleó la versión traducida al español de la BPS y señalada en distintos artículos,^{4,12,13,14} que clasifica los resultados de las puntuaciones en: presencia de dolor o evento de dolor ≥ 6 puntos, dolor inaceptable o severo >7 puntos, y objetivo de la escala <6 puntos.

Por su parte, cada uno de los cinco ítems de la ESCID puede recibir una puntuación mínima de 0, 1 o máxima de 2. En el formato de la escala se dan descripciones ya establecidas para explicar los comportamientos y conductas esperadas para cada puntuación, de manera que se pueda puntuar coherentemente dentro de cada ítem. El rango de puntuación total es de 0 (ausencia del dolor) a 10 puntos (máximo dolor), y se clasifica el nivel de dolor en: leve-moderado de 1-3 puntos (en este nivel debe considerarse la posibilidad de otras causas), moderado-grave de 4 a 6 puntos, y dolor muy intenso más de 6 puntos.^{10,17}

Se procesaron los datos de todos los cuestionarios en el programa software estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) v. 21.0, y se capturaron los datos generales de los pacientes como edad, sexo, diagnóstico, medicamentos de sedoanalgesia utilizada y nivel de RASS. Los resultados ponderados para cada escala se obtuvieron sumando el puntaje de los tres ítems en BPS y de los cinco ítems en ESCID, y según la suma obtenida se asignó la clasificación descrita en párrafos anteriores. Con los puntajes obtenidos antes y durante el procedimiento se obtuvieron las frecuencias y porcentajes de los resultados de ambas escalas, lo que permitió graficarlas y resumir la descripción de dolor que cada una brindaba.

Los signos vitales se capturaron tal como resultaron durante las valoraciones en reposo y durante

el procedimiento, para obtener posteriormente la media de los resultados de los quince pacientes y comparar la media de los signos vitales en reposo con la registrada durante el procedimiento.

Para valorar la concordancia con la prueba estadística Kappa de Cohen, se capturó el resultado final de cada escala de presencia o no de dolor en reposo y durante el procedimiento, asignando el valor de 1 cuando no hubo dolor y de 2 cuando lo hubo. De acuerdo con los criterios de puntuación de la BPS, la presencia de dolor se obtuvo al tener de 6 puntos en adelante,^{11,12,13,14} mientras que en la ESCID se considera el dolor a partir de 1 punto.^{10,12} Se obtuvo la Kappa de Cohen para establecer el nivel de concordancia, tomando en cuenta la interpretación dada por Landis y Koch¹⁸: <0 No concordancia, 0-0.20 leve concordancia, 0.21-0.40 regular, 0.41-0.60 moderado, 0.61-0.80 sustancial y de 0.81 a 1 casi perfecta concordancia.

Resultados

De la muestra de quince pacientes con apoyo mecánico ventilatorio y sedoanalgesia, 73.3% (n=11) fue del género masculino. La edad mínima

fue de 20 años y la máxima de 88 años, con una mediana de 56 años y media de 56.7 años. La patología que motivó el ingreso a UCI fue principalmente de tipo neurológico con el 46.7% (n=7). Entre los diagnósticos que se incluyeron hubo traumatismos craneoencefálicos que ameritaron apoyo mecánico ventilatorio como protección de la vía aérea.

La puntuación principal de RASS fue -1 con el 60% (n=9), que se considera “adormilado” en la escala de sedación. La dexmedetomidina fue el sedante más usado, con el 80% (n=12) de los pacientes, y la buprenorfina el analgésico que más se empleó, con el 66.7% (n=10).

En lo que respecta a la alteración de los indicadores fisiológicos durante la aspiración de secreciones, hay que destacar que la media de la presión arterial media (PAM) del total de la muestra se vio aumentada de 90 mmHg en reposo a 96 mmHg inmediatamente después de la aspiración; asimismo, la frecuencia cardíaca (FC) aumentó el promedio de 83 a 90 latidos por minuto (LPM). La saturación de oxígeno y frecuencia respiratoria no presentaron cambios relevantes, aunque aumentaron levemente (ver Cuadro 1).

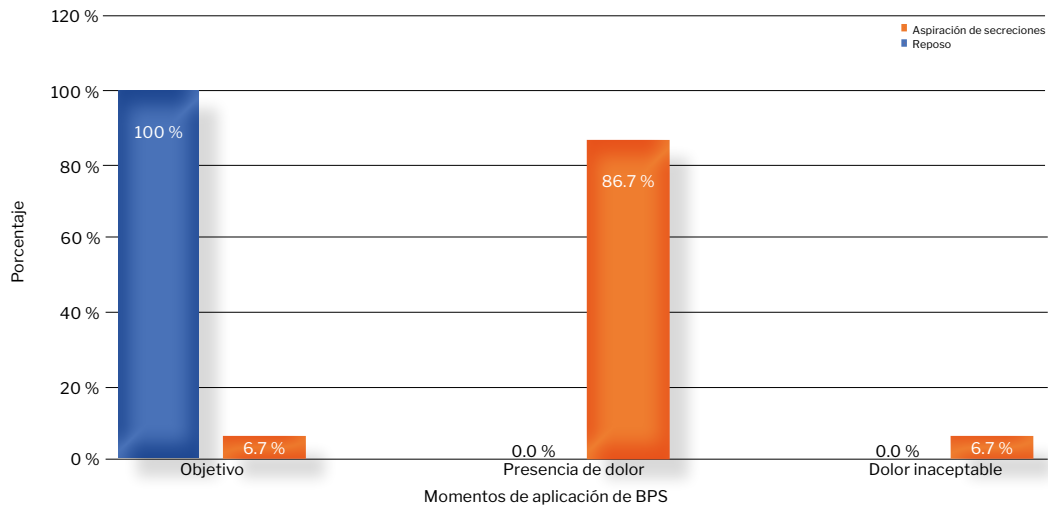
Cuadro 1. Indicadores fisiológicos (antes e inmediatamente después de la aspiración de secreciones)

<i>Signos vitales</i>	<i>Reposo Media ±DE</i>	<i>Durante el procedimiento Media ±DE</i>
PAM (mmHg)	90, ±14.8	96 ±15
FC	83, ±19	90, ±19
FR	15, ±5	20, ±6
SatO2	96, ±2	97, ±2

PAM: presión arterial media, FC: frecuencia cardíaca, FR: frecuencia respiratoria, SatO2: saturación de oxígeno, ± DE: desviación estándar, mmHg: milímetros de mercurio

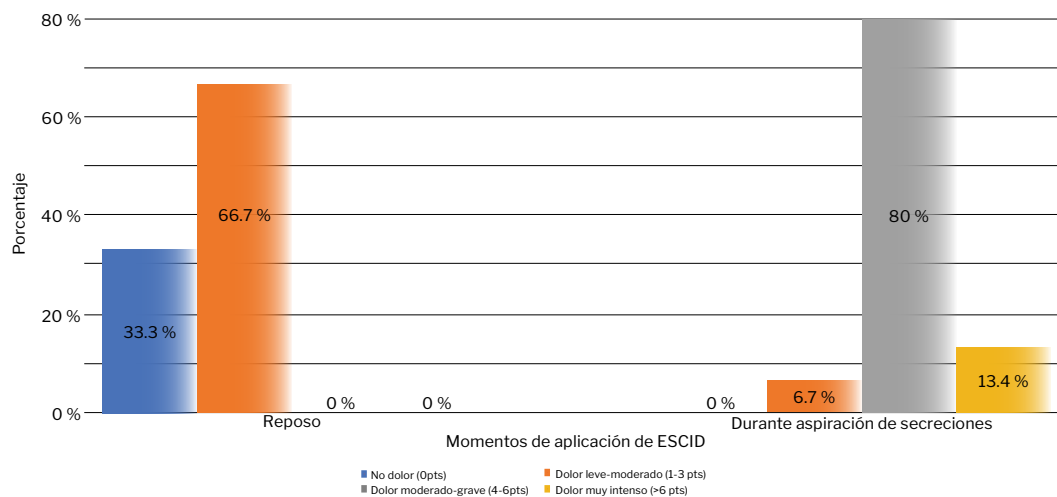
Durante el reposo se aplicaron ambas escalas para valorar el dolor, y la BPS no detectó dolor en ningún paciente, pues 100% lo puntuó en un rango que la escala considera como “objetivo”; sin embargo, durante el procedimiento de aspiración de secreciones, la BPS identificó con “presencia de dolor” a 86.7% de la muestra y 6.7% fue catalogado con un “dolor inaceptable” (ver Figura 1).

Figura 1. Resultados de BPS



Por su parte, la ESCID detectó el dolor durante el reposo en 66.7%, clasificándolo en un nivel de leve-moderado, y en el resto de la muestra no identificó dolor. Durante la aspiración de secreciones, la ESCID detectó dolor moderado-grave en 80% de los pacientes, y dos pacientes fueron clasificados con dolor muy intenso (ver Figura 2).

Figura 2. Resultados de ESCID



Para determinar la concordancia estadística de la presencia de dolor entre las dos escalas con el coeficiente de Kappa de Cohen, se abarcaron los dos momentos en que se aplicaron las escalas, obteniendo un coeficiente de 0.23 que es clasificado por Landis y Koch como un grado de acuerdo “regular” entre las mediciones con ambas escalas.

Discusión

El nivel de concordancia estadística de la presencia de dolor entre la BPS y la ESCID fue baja, y la interpretación de Landis y Koch elaborada en 1977 es subjetiva, como el mismo dolor,¹⁹ pero es una de las más ampliamente usadas para dicha prueba estadística. Este resultado en el nivel de concordancia no tiene punto de comparación con algún otro estudio, ya que no se encontraron análisis previos que midieran específicamente la concordancia de resultados de la BPS y la ESCID; los estudios consultados han medido la concordancia entre diferentes observadores en cada escala, el mismo observador en diferentes tiempos o la correlación entre las escalas.

La discordancia de las puntuaciones de las dos escalas puede deberse a una mayor sensibilidad de medición de la ESCID o un menor grado de detección de la BPS, lo cual rechaza la hipótesis planteada al inicio del estudio.

De acuerdo con el estudio de García,²⁰ realizado en una UCI de Sonora en 2018, el dolor prevaleció en casi 70% de los pacientes, mientras que en el presente estudio 90% presentó dolor durante el procedimiento según la BPS, y 100% según la ESCID, aunque fuera leve. La diferencia puede deberse al uso de politerapia analgésica en 75% de la población de Sonora en comparación con la de este estudio, en la que sólo se usó un tipo de analgésico de forma continua.

En 2013 en España, López y cols.¹⁷ puntuaron a sus pacientes en un nivel leve-moderado según ESCID, lo cual difiere con nuestros resultados, pues la mayoría de los pacientes fueron puntuados en un nivel moderado-grave según la misma escala. En el estudio del 2011 que realizó Latorre¹⁰ para la validación de la ESCID, describió que 28% de sus pacientes observados recibió una dosis extra de sedoanalgesia durante los procedimientos, intervención que en este estudio no se observó ni consideró. Esto contrasta con la postura de Olmos en 2019,²¹ quien menciona que deben adoptarse medidas de sedoanalgesia que garanticen la tranquilidad y confortabilidad de los pacientes, lo cual es apoyado por las guías de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo, publicadas en 2020.

El aumento en los valores de los parámetros fisiológicos durante el procedimiento coincide con lo descrito por López en 2013,¹⁷ pues afirma que la PAM y la FC fueron los signos vitales con mayor alteración. Sin embargo, como se menciona en las guías de práctica clínica¹⁴ y en los artículos de Cala y Rivas,^{7,8} ambos del 2018, los signos vitales no pueden ser indicativos absolutos de la presencia de dolor en los pacientes críticos, aunque sí una pauta para indagar su presencia, por lo que siguen siendo un apoyo en la valoración del dolor.¹⁶

Este estudio tuvo limitaciones respecto al tamaño de la muestra por el corto tiempo que se tuvo para seleccionar a los pacientes, tratándose de un muestreo por conveniencia dependiente del número de pacientes ingresados a la UCI que cumplieran con los criterios planteados. De igual forma, se restringió el número de procedimientos nociceptivos en los cuales se realizaría la aplicación de escalas debido a las limitaciones logísticas de tiempo dentro de la rutina de la UCI, motivo que impidió la aplicación en más procedimientos y

redujo el número de observaciones para medir la concordancia.

Sin embargo, al medir específicamente la presencia de dolor con diferentes escalas se destaca la diferencia que puede haber en las valoraciones, según el tipo de instrumento que se emplee y las características que se evalúen con cada uno. Por lo tanto, el personal de salud debe conocer las distintas opciones que tiene para una mejor valoración del dolor, y elegir la que más información les proporcione. Destacamos en este estudio las cualidades de la ESCID de acuerdo a una mayor percepción del dolor en los pacientes, clasificándolo en niveles que marcan una diferencia en los resultados. Esto supone una pequeña contribución a los estudios que respaldan dicha escala, además de aportar una mayor objetividad en los procedimientos nociceptivos de la UCI, como lo mencionó Carrillo-Torres en 2016.⁴

Conclusiones

La concordancia entre las mediciones para valorar la presencia de dolor con las dos escalas es baja, pues aunque la hay se esperaba que fuera mayor. Este resultado puede deberse a una mayor sensibilidad de medición de la ESCID o un menor grado de detección de la BPS para valorar el dolor, tomando en cuenta las diferencias en las puntuaciones de cada escala y su forma de evaluación.

Referencias

1. Dolor.com [Internet]. Madrid: Grünenthal Pharma; 01 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://cutt.ly/v2czBpN>
2. Chamorro C, Romera MA. Dolor y miedo en la UCI. *Med Intensiva* [Internet]. 2015; 39(7): 442-4. Disponible en: DOI: [10.1016/j.medin.2015.05.005](https://doi.org/10.1016/j.medin.2015.05.005)
3. Rojas V. Humanización de los cuidados Intensivos. *Rev Med Clin Condes* [Internet]. 2019; 30(2): 120-5. Disponible en: DOI: [10.1016/j.rmcl.2019.03.005](https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.03.005)
4. Carrillo-Torres O, Ramírez-Torres MA, Mendiola-Roa MA. Update on the assessment and treatment of pain in critically ill patients. *Rev Med Hosp Gen Méx* [Internet]. 2016; 79(3): 165-73. doi:[10.1016/j.hgmx.2016.05.012](https://doi.org/10.1016/j.hgmx.2016.05.012)
5. Petzold A, Girbes A. Pain Management in neurocritical care. *Neurocrit Care* [Internet]. 2013; 19: 232-56. doi:[10.1007/s12028-013-9851-0](https://doi.org/10.1007/s12028-013-9851-0)
6. Salinas Mendez MA. Escalas para valoración del dolor en pacientes sometidos a ventilación mecánica con sedación y analgesia: revisión integrativa. Tesis de especialidad de Enfermería en cuidados intensivos, Universidad de Sonora [Internet]. 2019. Disponible en: salinasmendezmiltonalexie.pdf
7. Rivas Riveros E, Alarcón Pincheira M, Gatica Cartes V, Neupayante Leiva K, Schneider Valenzuela MB. Escalas de valoración de dolor en pacientes críticos no comunicativos: revisión sistemática. *Enfermería (Montev)* [Internet]. 2018; 7(1): 115-29. doi:[10.22235/ech.v7i1.1544](https://doi.org/10.22235/ech.v7i1.1544)
8. Cala Hernández FJ, Gómez-Llusá García R. Sedación y analgesia en pacientes con ventilación mecánica en unidades de cuidado intensivo: una revisión narrativa. Trabajo de fin de Grado en Enfermería, Universidad Autónoma de Madrid [Internet]. 2018. Disponible en: <https://cutt.ly/H06fW05>
9. Cabral A. Conceptos históricos y teorías del dolor. *Ciencias* [Internet]. 1993; 31: 20-7. Disponible en: <https://cutt.ly/106fO0l>
10. Latorre Marco I, Solís Muñoz M, Falero Ruiz T, Larrasquitu Sánchez A, Romay Pérez AB, Millán Santos I. Validación de la Escala de Conductas Indicadoras de Dolor para valorar el dolor en pacientes críticos, no comunicativos y sometidos a ventilación mecánica: resultados del proyecto ESCID. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2011; 22(1): 3-12. doi:[10.1016/j.enfi.2010.09.005](https://doi.org/10.1016/j.enfi.2010.09.005)
11. Payen JF, Bru O, Bosson JL, Lagrasta A, Novel E, Deschaux I, et al. Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale.

- Crit Care Med [Internet]. 2001; 29(12): 2258-63. doi:10.1097/00003246-200112000-00004
12. Clarett M. Escalas de evaluación de dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva [Internet]. Buenos Aires: Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento. 2012. Disponible en: <https://cutt.ly/H06f4Xl>
 13. Rocha Cruz CA. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”. Departamento de Medicina del Dolor y Paliativa [Internet]. México; 2022 [citado 2022 junio]. Disponible en: <http://www.dolorypaliativos.org/jc311.asp>
 14. Chanques G, Jaber S, Barbotte E, Violet S, Sebbane M, Perrigault PF et al. Impact of systematic evaluation of pain and agitation in an intensive care unit. Crit Care Med [Internet]. 2006; 34(6): 1691-9. doi:10.1097/01.CCM.0000218416.62457.56
 15. Pardo C, Muñoz T, Chamorro C. Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Med Intensiva [Internet]. 2006; 30(8): 379-85. doi:10.1016/S0210-5691(06)74552-1
 16. López López C, Robleda Font G, Frade Mera MJ, Gil Castillejos D, Sánchez Sánchez MM, Acevedo Nuevo M et al. Guía de práctica clínica del American College of Critical Care Medicine sobre prevención y manejo del dolor, agitación/sedación, contenciones mecánicas, delirio, inmovilidad y alteraciones del sueño del paciente adulto. Enferm Intensiva [Internet]. 2019; 30(1): 38-42. doi:10.1016/j.enfi.2019.01.002
 17. López López C, Murillo Pérez MA, Torrente Vela S, Cornejo Bauer C, García Iglesias M, Orejana Martín M et al. Aplicación de la Escala de conductas indicadoras de dolor (ESCID) en el paciente con trauma grave no comunicativo y ventilación mecánica. Enferm Intensiva [Internet]. 2013; 24(4): 137-44. doi:10.1016/j.enfi.2013.07.003
 18. Landis J, Koch G. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics [Internet]. 1977; 33(1): 159-174. Disponible en : <https://cutt.ly/12czK6w>
 19. Martos Silván C. Lifereder [Internet]; 2014 – Teoría de la compuerta; 2021. Disponible en: <https://www.lifereder.com/teoria-de-la-compuerta/>
 20. García Ramírez PE, Valenzuela Molina LC, Zazueta Araujo E, López Morales CM, Cabello Molina R, Martínez Hernández Magro P. Prevalencia de dolor en pacientes hospitalizados en Unidad de Cuidados Intensivos Metabólicos con intubación orotraqueal y bajo sedación, medido con escala COMFORT. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2018; 25(1): 7-12. doi:10.20986/resed.2017.3581/2017
 21. Olmos M, Varela D, Klein F. Enfoque actual de la analgesia, sedación y el delirium en Cuidados Críticos. Rev Med Clin Condes [Internet]. 2019; 30(2): 126-39. doi:10.1016/j.rmclc.2019.03.002



Nursing interventions in organ procurement for adults with brain death: Systematic review

Intervenciones de enfermería en procuración de órganos de personas adultas con muerte encefálica: Revisión sistemática

Teresa de Jesús Solís López  Josefina Gallegos Martínez 

Abstract

Introduction: Organ donation is the definitive treatment for patients whose only survival option is the transplantation of one or more healthy organs from another person. Therefore, the nursing professional must have the scientific, technical, technological and humanistic knowledge that integrates the correct maintenance and organ procurement in adults with brain death.

Objective: To conduct a systematic literature review on nursing interventions in the management of organ procurement in adults with brain death, to later propose a corresponding clinical guideline of nursing interventions based on the NANDA – NOC – NIC taxonomy.

Material and method: The PICO framework was used to limit the research data, and the classification of the levels of evidence of the Centre for Evidence – Based Medicine of Oxford (OCEBM) for its assessment.

Results: Nursing interventions focus on the most frequent complications in organ procurement, such as heart failure, hypotension, arrhythmias, pulmonary edema, diabetes insipidus, hypothyroidism failure of thermoregulatory mechanisms, and eye infection.

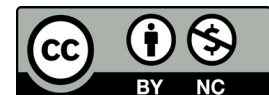
Conclusions: Nursing interventions focused on preventing complications in organ procurement in adults with brain death generate an optimal donation process – organ transplantation.

Key words: Nursing, nervous system, brain death.

Citación: Solís López TJ., Gallegos Martínez J. Intervenciones de enfermería en procuración de órganos de personas adultas con muerte encefálica: revisión sistemática. Rev Enferm Neurol.2022;21(2):pp. 166-176

Correspondencia: Teresa de Jesús Solís López
Email: solis_tere_15@hotmail.com
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
Manuel Velasco Suárez

Recibido: 13 marzo 2022
Aceptado: 21 de julio 2022



Resumen

Introducción. La donación de órganos se ha posicionado como el tratamiento definitivo para quienes la única forma de sobrevivencia es la inserción de uno o más órganos sanos donados por otras personas. Por lo anterior, el profesional de enfermería debe poseer los conocimientos científicos, técnicos, tecnológicos y humanísticos que integran el correcto mantenimiento y procuración de órganos en personas adultas con muerte encefálica.

Objetivo. Analizar la literatura sobre intervenciones de enfermería en el manejo de procuración de órganos en las personas adultas con muerte encefálica, en función de una revisión sistemática para fundamentar en una segunda fase la guía clínica de intervenciones de enfermería correspondiente con el uso de la taxonomía de NANDA, NOC, NIC.

Material y método. Para la limitación de búsqueda de información científica se ejecutó el método PICO, y para su evaluación la clasificación de los niveles de evidencia basados en el Centre for Evidence – Based Medicine de Oxford (OCEBM). Resultados. Las intervenciones de enfermería se enfocan en las complicaciones que la procuración de órganos presenta frecuentemente, como falla cardíaca, hipotensión, arritmias, edema pulmonar, diabetes insípida, hipotiroidismo, falla en los mecanismos termoreguladores e infección ocular.

Conclusiones. Las intervenciones de enfermería focalizadas en prevenir complicaciones en la procuración de órganos de personas adultas con muerte encefálica generan un óptimo proceso de donación – trasplante de órganos.

Palabras clave: Enfermería, sistema nervioso, muerte encefálica.

Introducción

Hoy en día, la donación de órganos se ha implementado como un programa en instituciones de salud públicas y privadas, posicionándose como el tratamiento definitivo para quienes la única forma de sobrevivencia es la inserción de uno o más órganos sanos donados por otras personas.¹

En el año 2020 en México, estaban en espera de recibir un órgano 23,469 personas. Entre los órganos más solicitados en la lista de espera se posicionaba en primer lugar el riñón por 17,418 personas, seguido de córnea por 5,570, corazón por 48, pulmón por tres personas y páncreas con un receptor en espera.¹

Asimismo, de acuerdo con el Registro Mundial de Trasplantes, en el año 2019 hubo un total de 139,024 órganos trasplantados, de los cuales 37,447 pertenecían a donantes fallecidos (DF),

comprendiéndose como tales a aquellos que presentaron muerte encefálica (ME) o parada cardíaca.¹

En ese sentido, la ME es definida como el cese irremediable de la funcionalidad de todo el encéfalo (tallo cerebral y cerebro), pues el daño cerebral implicado cesa de forma persistente e irreversible todas sus funciones; sin embargo, hay órganos como el corazón, córneas, pulmones, hígado, riñones, intestino y páncreas que siguen funcionando con la aplicación de actividades sanitarias, por lo que son los órganos donados más frecuentemente.²⁻⁴

De manera general, la muerte cerebral (MC) se entiende como la pérdida de las funciones cerebrales con capacidad de recuperación. Por otro lado, el estado de coma supone la deserción total del período de vigilia con ausencia de respuesta

a estímulos tanto dolorosos como verbales, el cual puede evolucionar a estado vegetativo (EV) o MC. De igual manera, el EV se caracteriza por pérdida de la vigilia y funciones hemodinámicas conservadas pero con la capacidad de recuperarse.^{2,5,6}

Ahora bien, las causas de la ME consisten en situaciones de salud como la hemorragia subaracnoidea o intraparenquimatosas de origen hipertensivo, que es la más frecuente, al igual que el traumatismo craneoencefálico (TCE), los ictus de origen isquémico o hemorrágico, la encefalopatía anóxica, así como infecciones y tumores del sistema nervioso central (SNC).^{1,7} Su fisiopatología radica en el aumento de la presión intracraneal (PIC) debido al daño estructural y funcional de la etiología en cuestión, lo cual conduce a una disminución de flujo sanguíneo cerebral que impide, al no haber perfusión sanguínea, el aporte de nutrientes, oxígeno y glucosa, provocando la ME.³

Ante dicha situación, es importante que el profesional de salud conozca los criterios de sospecha de la ME, pues el tiempo que se tiene para realizar alguna actividad en pro de la donación de órganos es fundamental. Los criterios de sospecha de la ME son daño irreversible del encéfalo, deserción de reflejos del tronco encefálico, prueba de atropina positiva, prueba positiva de apnea y pruebas de daño estructural en la actividad motora medular o espinal, aunque esta última puede o no estar presente. La pauta del tiempo nos dará el criterio científico para proseguir con los requisitos confirmatorios de dicho diagnóstico, por lo que las mediciones se deberán realizar a las 6, 12 y 24 horas posteriores a la primera evaluación.⁷⁻¹⁰

Los criterios confirmatorios de la ME se basan en los resultados de la evaluación mediante electroencefalograma, potenciales somatosensoriales o evocados, arteriografía cerebral de los cuatro vasos, arteriografía cerebral, angiografía mediante tomografía computarizada

y doppler transcraneal, que es el gold standard de dichos instrumentos.^{7,11-14} Además, como herramienta complementaria, se puede hacer uso de la lista de verificación para determinación de ME en la Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico de muerte encefálica y manejo del potencial donante de órganos.¹⁵

Para el posible proceso de donación y trasplante de órganos, el profesional de enfermería debe poseer los conocimientos científicos, técnicos, tecnológicos y humanísticos que integran el correcto mantenimiento y procuración de órganos en personas adultas con ME, independientemente de la respuesta favorable o, en su defecto, negativa de los familiares de la persona en situación de donación. De esta manera, se evita mayor daño a los órganos por incremento de alteraciones que impidan llevar a cabo el proceso de donación y trasplante de los mismos.¹⁶

Ante dicha situación, impera la necesidad de fundamentar las intervenciones de enfermería en procuración de órganos, basada en una revisión sistemática e integrativa con el uso de la taxonomía propuesta por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), así como la Nursing Outcomes Classification (NOC) y la Nursing Interventions Classification (NIC), a fin de otorgar un marco metodológico de referencia para la práctica profesional de enfermería sobre la persona adulta con ME.

Objetivo

Analizar la literatura sobre intervenciones de enfermería en el manejo de procuración de órganos de las personas adultas con ME, en función de una revisión sistemática para fundamentar en una segunda fase la guía clínica de intervenciones de enfermería correspondiente.

Métodos

En una primera fase (que se aborda en el presente reporte) se realizó una revisión sistemática basada en el método PICO (por sus siglas en inglés): [P] significa persona o problema, [I] se refiere a intervención(es), [C] representa las

intervenciones de colaboración, grupos de control o de comparación, y [O] los resultados. Para realizar la búsqueda se utilizaron descriptores como “enfermería” (nursing), “muerte encefálica” (brain death), “intervenciones” (interventions), y/o cuestionamientos estratégicos, como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. Descripción del método PICO: intervenciones de enfermería en cuidado crítico en procuración de órganos de personas adultas con ME

P	Paciente o problema	Personas adultas con muerte encefálica.
I	Intervención	Intervenciones o actividades de enfermería en procuración de órganos de las personas adultas con muerte encefálica preferentemente basadas en NANDA, NOC, NIC: metas hemodinámicas, respiratorias, nutricionales y endócrinas de los órganos más frecuentes a donar, como lo son riñones, pulmones, corazón, páncreas y córneas.
C	Control o comparación	Complicaciones de los órganos más frecuentes a donar, como lo son riñones, pulmones, corazón, páncreas y córneas.
O	Resultados (Outcomes)	Guía clínica de intervenciones de enfermería en procuración de órganos de personas adultas con muerte encefálica.

Fuente: Elaboración propia a partir del planteamiento del problema.

La búsqueda intencionada de información se asentó en bases de datos como PubMed, Dialnet, Google académico, Creativa UASLP, Redalyc, National Library of Medicine (NLH), National Institutes of Health (NIH) y Scielo.

Para la evaluación de la información científica, se usó la clasificación de los niveles de evidencia basados en el Centro de Medicina Basada en Evidencia de Oxford (OCEBM por sus siglas en inglés).

Esto tiene como propósito que en una segunda fase se desarrolle y fundamente una guía clínica de intervenciones de enfermería en procuración de órganos de personas adultas con ME, la cual se

abordará en otra comunicación científica.

Resultados

De acuerdo con las publicaciones obtenidas, los hallazgos se organizaron en dos categorías. La primera analiza la procuración de órganos en personas adultas con ME y las principales complicaciones de los órganos que se donan con mayor frecuencia, las cuales deben considerarse en las intervenciones de enfermería. Entre las complicaciones más usuales se identificaron la diabetes insípida que conlleva hipovolemia e hipernatremia, taquicardia, edema pulmonar,

hipotiroidismo, coagulación intravascular diseminada, hiperglucemia, hipertensión arterial y acidosis metabólica y/o respiratoria. Por lo tanto, los sistemas endócrino, cardiológico y respiratorio son los que con mayor frecuencia presentan alteraciones (Tabla 2).

Tabla 2. Procuración de órganos en personas adultas con ME y las complicaciones de los órganos más frecuentes a donar por personas adultas con ME

<i>Secuencia de referencias bibliográficas</i>	<i>Tipo de estudio</i>	<i>Resultados principales</i>	<i>Nivel de evidencia y grado de recomendación</i>
17	Revisión sistemática	Pérdida de los mecanismos reguladores centrales, dando como resultado hipotermia, hipotensión, diabetes insípida, arritmias, edema pulmonar y paro cardíaco.	5 – D
18	Revisión sistemática	Hipotensión, edema pulmonar, diabetes insípida, hipernatremia e hiperglucemia, hipotiroidismo, presencia de hipertermia inicial seguida de un cuadro de hipotermia. Acidosis respiratoria, arritmias, respuesta inflamatoria sistémica, y coagulopatía intravascular diseminada.	5 – D
19	Revisión sistemática	Hipotensión, arritmias, edema pulmonar, diabetes insípida, hiperglucemia, trastornos de la termorregulación, hipernatremia, hiperpotasemia e hipopotasemia, coagulación intravascular diseminada, reacción inflamatoria sistémica, y paro cardíaco.	5 – D
20	Revisión sistemática	Vasoconstricción periférica, taquicardias seguida de hipotensión y disminución del gasto cardíaco, daño pulmonar, presencia de diabetes insípida, hipovolemia e hiponatremia, e hiperglucemia. Hipotermia, acidosis respiratoria, y coagulopatía intravascular diseminada, así como respuesta inflamatoria sistémica.	5 – D
21	Revisión sistemática	Hipotensión que conduce a hipoperfusión tisular. Edema pulmonar, presencia de diabetes insípida, síndrome eutiroideo enfermo e hiperglucemia. Pérdida de la termorregulación, coagulación intravascular diseminada y arritmias.	5 – D
22	Opinión de expertos	Diabetes insípida, hipernatremia y shock hipovolémico, hiperglucemia, hipotermia e hipertermia. Arritmias y lesión pulmonar, coagulopatía intravascular diseminada.	5 – D
23	Revisión sistemática	Hipotermia, hipotensión, diabetes insípida, arritmias, edema pulmonar y paro cardíaco.	5 – D
24	Revisión sistemática	Hipotensión, bradicardia, edema pulmonar, diabetes insípida, hipotiroidismo, respuesta sistémica inflamatoria, hiperglucemia e hipotermia. Coagulación intravascular diseminada y septicemia.	5 – D
25	Revisión sistemática	Hipernatremia, hiponatremia, hiperpotasemia, hipopotasemia, acidosis metabólica o respiratoria, alcalosis metabólica o respiratoria, hiperglucemia, diabetes insípida e hipotermia.	5 – D
26	Revisión sistemática	Atelectasias, barotrauma, neumotórax, infecciones nosocomiales. Shock neurogénico, hipotermia, y diabetes insípida, la cual conduce a hipocalcemia e hiponatremia.	5 – D

Fuente: Elaboración propia a partir de la literatura analizada.

Nivel de evidencia científica y grado de recomendación. Se determinó con base en el Centro de Medicina Basada en Evidencia de Oxford (OCEBM).

La segunda categoría de resultados corresponde a la información científica sobre las intervenciones de enfermería NANDA, NOC, NIC en procuración de órganos en personas adultas con ME y las metas hemodinámicas, respiratorias, endócrinas y nutricionales de los órganos más frecuentes a donar —riñones, pulmones, corazón, páncreas y córneas—, las cuales se focalizan principalmente en la resolución de las complicaciones (Tabla 3).

Tabla 3. Intervenciones de enfermería en cuidado crítico en procuración de órganos en personas adultas con ME y las metas hemodinámicas, respiratorias, endócrinas, y nutricionales de los órganos más frecuentes a donar: riñones, pulmones, corazón, páncreas y córneas.

Secuencia de referencias bibliográficas	Tipo de estudio	Resultados principales	Nivel de evidencia y grado de recomendación
27	Revisión sistemática	Cuidados de córneas, cardiopulmonares, de termorregulación, cuidados renales y metabólicos.	5 – D
28	Revisión sistemática	Monitorización y cuidado hemodinámico, cuidados cardiopulmonares, de termorregulación, monitorización y cuidado endócrino, cuidado hematológico, renal y de córneas.	5 – D
29	Revisión sistemática	Cuidado cardiopulmonar, respiratorio y endócrino, cuidado nutricional y hematológico.	5 – D
30	Revisión sistemática	Cuidado cardiopulmonar, de termorregulación y endócrino. Cuidado metabólico, hematológico y de córneas.	5 – D
31	Revisión sistemática	Monitorización hemodinámica, cuidados cardiopulmonares, y endocrinos. Cuidados de termorregulación, hematológicos y oculares.	5 – D
32	Revisión sistemática	Monitorización hemodinámica, cuidados cardiopulmonares, y endocrinos. Cuidados de termorregulación, hematológicos y oculares.	5 – D

Fuente: Elaboración propia a partir de la literatura analizada.

Nivel de evidencia científica y grado de recomendación. Se determinó con base en el Centro de Medicina Basada en Evidencia de Oxford (OCEBM).

Discusión

Las complicaciones más frecuentes en personas adultas con ME se presentan en los sistemas cardiovascular, pulmonar y termorregulador, y están relacionadas con la pérdida de los mecanismos reguladores centrales y el aumento de la presión intracraneal (PIC), que resulta en la liberación masiva de citocinas y catecolaminas proinflamatorias y antiinflamatorias.³³ En consecuencia, se

compromete el flujo sanguíneo cerebral y se desarrolla isquemia. Manifestada clínicamente por bradicardia e hipertensión en primera instancia, la isquemia progresa hacia el bulbo raquídeo y resulta en una hipertensión arterial compensatoria que puede asociarse con bradicardia, vasoconstricción intensa, aumento de la resistencia vascular sistémica y taquicardia. Este cuadro clínico, o “tormenta de catecolaminas”, se relaciona con la redistribución central del volumen sanguíneo, el aumento de la poscarga y la isquemia visceral.^{34,35}

Sin embargo, el avance de la isquemia produce hipotensión grave como resultado de una reducción de la poscarga e isquemia miocárdica.³⁵ Esta hipoperfusión multiórganos, incluido el corazón, disminuye con rapidez su posibilidad de donación.³⁶ A dicha hipotensión, y por ende hipoperfusión, puede contribuir incluso el tratamiento con manitol, la reanimación inadecuada con soluciones cristaloides, entre otros.

Por estos motivos, la meta hemodinámica de intervenciones de enfermería se enfoca en mantener el volumen normal para controlar la presión arterial (PA) y optimizar el gasto cardíaco (GC) que haga posible una óptima presión de perfusión de todos los órganos. La enfermería de cuidado crítico debe ser competente en la reanimación adecuada, la administración de agentes vasoactivos, tanto para el mantenimiento de la PA como de la volemia misma. Asimismo, debe asegurar la normotermia con el fin de evitar que la diuresis fría hipotérmica afecte la función cardíaca y genere arritmias, cascadas de coagulación e interfiera con el suministro de oxígeno a los tejidos. Es necesario, por lo tanto, asegurar el suministro de oxígeno y de flujo sanguíneo a nivel de los órganos dianas, potenciales para su donación.^{37, 38}

La meta de intervención focalizada en la ventilación mecánica protectora se fundamenta en la comprensión de los eventos de la tormenta simpática en lesión neurológica, la cual produce vasoconstricción sistémica y un aumento de la poscarga cardíaca que, por mecanismos de incremento de presión del lado izquierdo, conlleva hasta el edema pulmonar y el consecuente daño del endotelio capilar por la presión hidrostática elevada. Por ende, se progresa a apnea y paro cardíaco si no hay ventilación mecánica de apoyo con una presión en las vías respiratorias menor a 40 cm H₂O, fracción de oxígeno inspirado (FiO₂) lo más baja posible para mantener, entre otros

parámetros deseables, la saturación de oxígeno arterial periférico (SpO₂) mayor o igual a 92%.^{35,39,40}

La meta de intervención de enfermería focalizada en el manejo endócrino incluye la administración de fármacos, como la terapia hormonal tiroidea, la reposición de electrolitos debido a la excreción anormal de uresis o la administración de hormona antidiurética para vasoconstricción de la economía circulatoria, a fin de evitar la pérdida de volumen por exceso de uresis, así como el control de los mecanismos de coagulación. El propósito es dar respuesta a las deficiencias por daño encefálico o cerebral, dado que se pierde hasta un 80% de la función de la glándula pituitaria, provocando diabetes insípida que produce desequilibrio electrolítico, hipovolemia e inestabilidad circulatoria, así como alteraciones endocrinas en los niveles de las hormonas tiroideas. Además, en presencia de una lesión cerebral se libera tromboplastina tisular y activadores del plasminógeno, lo cual da como resultado una coagulación intravascular diseminada que complica el proceso de donación – trasplante de órganos.⁴¹⁻⁴³

Con respecto a la meta de intervenciones de enfermería para la preservación de órganos, así como para el periodo de tiempo en la ejecución de intervenciones de enfermería que preserven o mantengan los órganos susceptibles de donación en situación de ME diagnosticada, la literatura internacional afirma que se debe actuar con celeridad y buena praxis, pues la ME desencadenará a corto plazo parada cardíaca y el cese irreversible de la actividad cardíaca y circulatoria, con la consiguiente pérdida de órganos potencialmente a donar.⁴⁴

La meta de intervención de enfermería en el cuidado ocular se enfoca en la preservación de

córnea, cuyos cuidados se basan en mantenerla libre de infecciones y en la lubricación.^{27, 28}

Ahora bien, la meta de intervención de enfermería en su dimensión humanística se enfoca en el afrontamiento del duelo, considerando el rol parenteral y el duelo de las y los familiares del potencial donante, en esto concuerdan los diferentes hallazgos científicos de enfermería.⁴⁵

Respecto a la meta de intervención focalizada en la educación para la salud, la enfermería de cuidado crítico plantea estrategias que aborden este aspecto en relación con la cultura de donación – trasplante de órganos, puesto que hoy en día dicho proceso se ha establecido como una alternativa de subsistencia para la población en general. Otro factor a considerar es la recomendación de una actualización constante de la regulación legislativa del proceso específico de procuración de órganos en personas adultas con diagnóstico médico de ME de la población mexicana, además de la difusión de información sobre mantenimiento o procuración de órganos en personas con parada cardíaca extra o intra hospitalarias.

La información sobre el período de tiempo estimado para mantener los órganos a procurar en óptimas condiciones, y así evitar las complicaciones que den lugar a la contraindicación para el proceso de donación de órganos, es muy escasa, pues más bien se alude a las condiciones en que éstos deben mantenerse, por lo que se hace evidente la necesidad de realizar estudios con ese propósito.

Las publicaciones científicas se refieren principalmente a las complicaciones abordadas desde un enfoque médico, mientras que el material acreditado que otorgue bases tanto teóricas como técnicas y humanísticas al profesional de enfermería es insuficiente. Por consiguiente, se recomienda para futuros trabajos sobre el tema que se amplíe la investigación y la guía clínica de intervenciones de enfermería en procuración

de órganos, en primer lugar para las personas fallecidas en parada cardíaca, y en segundo para la población pediátrica.

Conclusiones

Los órganos que con mayor frecuencia son donados en situación de ME en personas adultas son los riñones, pulmones, corazón, páncreas y córneas, mientras que las complicaciones más comunes son diabetes insípida que conlleva hipovolemia e hipernatremia, taquicardias, edema pulmonar, hipotiroidismo, coagulación intravascular diseminada, hiperglucemia, hipertensión arterial y acidosis metabólica y/o respiratoria. De este modo los sistemas endócrino, cardiológico y respiratorio son los que suelen presentar alteraciones.

Las intervenciones de enfermería en la procuración de órganos se focalizan en la prevención de las complicaciones, por lo que entre las más frecuentes se encuentran el cuidado cardiopulmonar, renal, endocrinológico, nutricional, hematológico y de termorregulación.

En intervenciones relativamente recientes se consideran los cuidados espirituales enfocados en la familia del donante, pues ésta pasa por conflictos emocionales tanto en la parte personal como en el rol parenteral que ejerce. Por este motivo, las nuevas competencias del profesional de enfermería demandan visibilizar y atender a la población en este contexto, desde el punto de vista holístico, psicológico y emocional.

Las y los profesionales de enfermería como agentes de cambio deben mantenerse en constante actualización científica y desarrollo del juicio clínico profesional, para lo cual una de las herramientas que pueden utilizar es la enfermería basada en evidencia que coadyuve a incrementar la selección de las mejores intervenciones en los procesos de cuidado.

Referencias

- 1 Centro Estatal de Trasplantes [Internet]. Estado de México: Centro Estatal de Transplantes; 2020 [citado el 11 de noviembre 2020]. Disponible en: https://salud.edomex.gob.mx/cetraem/ac_preguntas.
- 2 García-Balmaseda A, Miranda-Pérez Y, Rodríguez Quiñonez E, Breijo Puentes A. Muerte encefálica y mantenimiento del donante, tres años de experiencia. *Rev Ciencias Médicas*. 2019; 23(2): 232-40 Disponible en: <https://cutt.ly/z2ccWBT>
- 3 Veloso J, Nobre K, de Melo CM. Evaluación del conocimiento de los médicos intensivistas de Teresina respecto a la muerte cerebral. *Rev Bioét [Internet]*. 2016 [citado el 11 de noviembre de 2020]; 24 (1): 156-64. Disponible en: <https://cutt.ly/o2ccPRJ>
- 4 Plum F, Posner JB. Muerte cerebral. En: *Estupor y coma*. 2ª edición en español. México: El Manual Moderno. 1982. p. 365-379.
- 5 Padilla-Zambrano HS, Ramos-Villegas Y, Manjarrez-Sulbaran J, Pereira-Cabeza J, Pájaro-Mojica RA, Andrade-López A, et al. Coma y alteraciones del estado de conciencia: revisión y enfoque para el médico de urgencias. *Rev Chil Neurocirugía*. 2008; 44: 89-97. Disponible en: <https://cutt.ly/32ccBPW>
- 6 Grille P. Alteraciones del estado de conciencia en la sala de emergencia. *Arch Med Int [Internet]*. 2013 [citado el 10 de julio de 2020]; 35 (3): 85-92. Disponible en: <https://cutt.ly/E2cvqs5>
- 7 Escudero D. Diagnóstico de muerte encefálica. *Med Intensiva [Internet]*. 2009 [citado el 10 de julio de 2020]; 33 (4): 185-95. Disponible en: <https://cutt.ly/z2cvioC>.
- 8 Practice parameters for determining brain death in adults (summary statement). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology [Internet]*. 1995 May [citado el 10 de julio de 2020]; 45 (5): 1012-4. Disponible en: doi: [10.1212/wnl.45.5.1012](https://doi.org/10.1212/wnl.45.5.1012)
- 9 Salih F, Hoffmann O, Brandt SA, Masuhr F, Schreiber S, Weissinger F, et al. Safety of apnea testing for the diagnosis of brain death: a comprehensive study on neuromonitoring data and blood gas analysis. *Eur J Neurol [Internet]*. 2019 [citado el 10 de julio de 2020]; 26 (6): 887-92. Disponible en: doi: [10.1111/ene.13903](https://doi.org/10.1111/ene.13903)
- 10 Nodal-Arruebarrena JR, Marrero-Rodríguez JN, Santana-Cano A, Jova-Dueñas, J. Guía de práctica clínica para el tratamiento de la muerte encefálica. *MediSur [Internet]*. 2009 [citado el 10 de julio de 2020]; 7 (1): 243-8. Disponible en: <https://cutt.ly/D2cvLG0>
- 11 Moon JW, Hyun DK. Chronic Brain-Dead Patients Who Exhibit Lazarus Sign. *Korean J Neurotrauma [Internet]*. 2017 [citado el 10 de julio de 2020]; 13 (2): 153-7. Disponible en: doi: [10.13004/kjnt.2017.13.2.153](https://doi.org/10.13004/kjnt.2017.13.2.153)
- 12 Centanaro G. Guía para el diagnóstico de muerte encefálica. En: *Guía Neurológica Colombiana [Internet]*. 2010 [citado el 10 de julio de 2020]. p. 251-258 Internet. Disponible en: <https://cutt.ly/d2cbrVx>
- 13 Facco E, Machado C. Evoked potentials in the diagnosis of brain death. *Adv Exp Med Biol [Internet]*. 2004 [citado el 10 de julio de 2020]; 550: 175-87. Disponible en: <https://cutt.ly/T2cbfnw>
- 14 Ducrocq X, Hassler W, Moritake K, Newell DW, von Reutern GM, Shiohara T, et al. Consensus opinion on diagnosis of cerebral circulatory arrest using Doppler-sonography: Task Force Group on cerebral death of the Neurosonology Research Group of the World Federation of Neurology. *J Neurol Sci [Internet]*. 1998 [citado el 10 de julio de 2020]; 159 (2): 145-50. Disponible en: doi: [10.1016/s0022-510x\(98\)00158-0](https://doi.org/10.1016/s0022-510x(98)00158-0)
- 15 México. Diagnóstico de muerte encefálica y manejo del potencial donante de órganos. *Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones [Internet]*. Ciudad de México: CENETEC. 2019 [citado el 10 de julio de 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/b2cbTc7>
- 16 Martínez-Mompeller O, García-Rodríguez A, Breijo-Puentes A, Prieto-Hernández JA, Ceballos-Morejón Y, Martínez-Fabregas A. Problemas clínicos durante el mantenimiento del donante potencial de órganos. *Rev Ciencias Médicas [Internet]*. 2004 [citado el 10 de julio de 2020]; 8 (2): 69-77. Disponible en: <https://cutt.ly>

- [ly/x2cbSvp](#)
- 17 Anwar ASMT, Lee JM. Medical Management of Brain-Dead Organ Donors. *Acute Crit Care* [Internet]. 2019 [citado el 11 de noviembre de 2020]; 34 (1):14-29. Epub 28 de febrero de 2019. PMID: 31723901; PMCID: PMC6849043. Disponible en: doi:[10.4266/acc.2019.00430](https://doi.org/10.4266/acc.2019.00430).
 - 18 Kumar L. Brain death and care of organ donor. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol* [Internet]. 2016 abril-junio [citado el 11 de noviembre de 2020]; 32 (2): 146-52. PMID: 27275040; PMCID: PMC4874065. Disponible en: doi:[10.4103/0970-9185.168266](https://doi.org/10.4103/0970-9185.168266).
 - 19 Aristizábal AM, Castrillón Y, Gil T, Restrepo D, Solano K, Guevara M, et al. Manejo actual del donante potencial de órganos y tejidos en muerte cerebral: guía de manejo y revisión de la literatura. *Rev Colomb Cir* [Internet]. 2017 [citado el 11 de noviembre de 2020]; 32 (2): 128-45. Disponible en: <https://cutt.ly/m2cb8Eb>
 - 20 Figueroa VM. Anestesia para procuración de órganos. *Rev Mex Anest* [Internet]. 2019 [citado el 11 de noviembre de 2020]; 42 (S1): 188-91. Disponible en: <https://cutt.ly/S2cne8j>
 - 21 Díaz-Franco SD, Barraza-Cervantes AJ, Sosa-García JO. Manejo anestésico en procuración de órganos: un desafío fisiopatológico. *Rev Mex Anest* [Internet]. 2015 [citado el 11 de noviembre de 2020]; 38 (3): 170-7. Disponible en: <https://cutt.ly/H2cnyV4>
 - 22 Menna-Barreto LN, Marques-Cabral É, Chies N, de Abreu-Almeida M. Indicadores clínicos para o diagnóstico de enfermagem Síndrome do equilíbrio fisiológico prejudicado para doadores de órgãos. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2020 [citado el 11 de noviembre de 2020]; 24 (3): [aproximadamente 9 pp.] Disponible en: doi:[10.1590/2177-9465-ean-2019-0341](https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0341).
 - 23 Hahnenkamp K, Böhler K, Wolters H, Wiebe K, Schneider D, Schmidt HH. Organ-Protective Intensive Care in Organ Donors. *Dtsch Arztebl Int* [Internet]. 2016 [citado el 11 de noviembre de 2020]; 113 (33-34): 552-8. PMID: 27598872; PMCID: PMC5015577. Disponible en: [10.3238/arztebl.2016.0552](https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0552).
 - 24 Meyfroidt G, Gunst J, Martin-Loeches I, Smith M, Robba C, Taccone FS, et al. Management of the brain-dead donor in the ICU: general and specific therapy to improve transplantable organ quality. *Intensive Care Med* [Internet]. 2019 [citado el 11 de noviembre de 2020]; 45 (3): 343-53. Epub 11 de febrero de 2019. PMID: 30741327; PMCID: PMC7095373. Disponible en: doi:[10.1007/s00134-019-05551-y](https://doi.org/10.1007/s00134-019-05551-y).
 - 25 Miranda-Pérez Y, García-Balmaseda A. Complicaciones durante el mantenimiento del donante real de órganos en muerte encefálica. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2016 [citado el 11 de noviembre de 2020]; 20 (1): 27-32. Disponible en: <https://cutt.ly/f2cnRBH>
 - 26 De la Rosa Marín P. Formación del personal de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos en el mantenimiento del potencial donante de órganos. Proyecto de investigación de Grado en Enfermería, Universidad de La Laguna [Internet]. 2019 [citado el 11 de noviembre 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/k2cnORM>
 - 27 Rodríguez-Costa C, Pereira-da Costa L, Aguiar N. El papel de la enfermería y el paciente con muerte cerebral en la UTI. *Rev bioét* [Internet]. 2016 [citado el 11 de noviembre de 2020]; 24 (2): 368-73. Disponible en: doi:[10.1590/1983-80422016242137](https://doi.org/10.1590/1983-80422016242137)
 - 28 Reyero-Diez M. Cuidados de enfermería en el paciente en muerte encefálica candidato a donante de órganos. Trabajo de fin de Grado en Enfermería, Universidad de Valladolid [Internet]. 2017 [citado el 11 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/z2cnHXt>
 - 29 García-Penedo N. Manejo de un donante potencial de órganos con Muerte Encefálica en una Unidad de Cuidados Críticos. Trabajo de fin de Grado en Enfermería, Universidade da Coruña [Internet]. 2019 [citado el 11 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/M2cnLT8>
 - 30 Merino-Estébanez C. Mantenimiento del donante de órganos en muerte encefálica por enfermería: Revisión Sistemática. Trabajo de fin de Grado en Enfermería, Universidad de Valladolid [Internet]. 2018 [citado el 11 de noviembre de 2020] Disponible en: <https://cutt.ly/22cnVIs>

- 31 Benítez-Hernández P. Cuidados de enfermería al paciente donante de órganos y tejidos en muerte encefálica. Revisión Bibliográfica. Trabajo de fin de Grado en Enfermería, Universidad de La Laguna [Internet]. 2020 [citado el 11 de noviembre de 2020] Disponible en: <https://cutt.ly/72cn1ni>
- 32 Alonso-García MA, Alonso-Gómez M, Bernat-Adell MD. Plan de cuidados sobre la donación de órganos en pacientes con muerte encefálica. *Agora de salud* [Internet]. 2018 [citado el 11 de noviembre de 2020]; 5: 309-17. Disponible en: <https://cutt.ly/D2cn2Ta>
- 33 Amado JA, López-Espadas F, Vázquez-Barquero A, Salas E, Riancho JA, López-Cordovilla JJ, et al. Blood levels of cytokines in brain dead patient: Relationship with circulating hormones and acute-phase reactants. *Metab Clin Exp*. 1995; 44 (6): 812-6.
- 34 Wong J, Tan HL, Goh JP. Management of the brain dead organ donor. *Trends Anaesth Crit*. 2017; 13: 6-12.
- 35 McKeown DW, Bonser RS, Kellum JA. Management of the heartbeating brain-dead organ donor. *Br J Anaesth*. 2012; 108 (S1): 96-107.
- 36 Szabó G, Hackert T, Sebening C, Vahl CF, Hagl S. Modulation of Coronary Perfusion Pressure Can Reverse Cardiac Dysfunction After Brain Death. *Ann Thorac Surg*. 1999; 67 (1): 18-25.
- 37 Wood KE, Becker BN, McCartney JG, D'Alessandro AM, Coursin DB. Care of the potential organ donor. *N Engl J Med*. 2004; 351 (26): 2730-9.
- 38 Pandit RA, Zirpe KG, Gurav SK, Kulkarni AP, Karnath S, Govil D, et al. Management of Potential Organ Donor: Indian Society of Critical Care Medicine: Position Statement. *Indian J Crit Care Med*. 2017; 21 (5): 303-16.
- 39 Novitzky D, Wicomb WN, Rose AG, Cooper DK, Reichart B. Pathophysiology of pulmonary edema following experimental brain death in the chacma baboon. *Ann Thorac Surg*. 1987; 43 (3): 288-94.
- 40 Powner DJ, Darby JM, Kellum JA. Proposed Treatment Guidelines for Donor Care. *Prog Transplant*. 2004; 14 (1): 16-26.
- 41 Howlett TA, Keogh AM, Perry L, Touzel R, Rees LH. Anterior and posterior pituitary function in brain-stem-dead donors. A possible role for hormonal replacement therapy. *Transplantation*. 1989; 47 (5): 828-34.
- 42 Gramm HJ, Meinhold H, Bickel U, Zimmermann J, von Hammerstein B, Keller F, et al. Acute endocrine failure after brain death? *Transplantation*. 1992; 54 (5): 851-7.
- 43 Barklin A, Tønnesen E, Ingerslev J, Sørensen B, Fenger-Eriksen C. Coagulopathy during induced severe intracranial hypertension in a porcine donor model. *Anesthesiology*. 2009; 110 (6): 1287-92.
- 44 Dueñas-Jurado JM. Protocolos clínicos de actuación ante el proceso de donación y extracción de órganos y tejidos para trasplante en donación en muerte encefálica. *Cuad med forense* [Internet]. 2015 [citado el 22 de junio de 2022]; 21 (1-2): 34-42. Disponible en: doi: [10.4321/S1135-76062015000100005](https://doi.org/10.4321/S1135-76062015000100005).
- 45 Verdigué-Sotelo K, Carrasco-Quiroz A, López-Macías PA, Ortiz-Lerma R. Calidad de tejido corneal procurado por personal médico no oftalmólogo capacitado. *Rev Med Inst Mex Seguro Social*. 2016; 54 (6): 688-95.



Syndemic, social anomie and complexity of the COVID-19 emergency

Sindemia, anomia social y complejidad de la emergencia del COVID-19

Julio Hernández Falcón¹,  Adela Alba Leonel¹ 

Abstract

The COVID-19 pandemic, declared in 2020 by the World Health Organization (WHO), has become one of the crises with the greatest impact on health and its social determinants. Syndemics appear when the health inequity of the prevailing biopolitics displays its power over life. In order to face this syndemic, it is necessary to understand, improve and consider the social determinants of health, with the purpose of restoring the well-being conditions of the population and thus reducing social inequities. The presence of unhealthy environments, the stigmatization of the sick or of health service providers manifested through acts of aggression and violence, reveal social anomie; a moment when the state loses its capacity for normative regulation, which can result in forms of individual and collective resistance that have an impact on preventive work.

The recognition of the syndemic by the political and social actors and the common citizen must move towards a more egalitarian scenario and reassess anomic behaviors. It is necessary to empower the population, promote citizenship, as well as the use of scientific evidence, reconfigure health care systems and, above all, fully integrate the population into the decisions taken and implemented by the state.

Actions against the syndemic and the social anomie resulting from the pandemic and exacerbated by economic-social factors, requires citizen convergence and the reformulation of state biopolitics.

Keywords: COVID-19, biopolitics, syndemic, anomie

Citación: Hernández Falcón J, Alba Leonel A. Sindemia, anomia social y complejidad de la emergencia del COVID-19. Rev Enferm Neurol.2022;21(2): pp. 177-183.

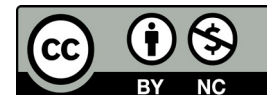
Correspondencia: Adela Alba Leonel

Email: adelaalbaleonel65@gmail.com

¹Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México

Recibido: 3 agosto 2022

Aceptado: 26 agosto 2022



Resumen

La pandemia de COVID-19, declarada en el 2020 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se ha constituido en una de las crisis de mayor impacto para la salud y sus determinantes sociales. Las sindemias se presentan cuando la inequidad sanitaria de la biopolítica predominante manifiesta su control sobre la vida. Para hacer frente a esta sindemia, es necesario comprender, mejorar y tomar en cuenta las determinantes sociales de la salud, con el propósito de propiciar las condiciones del bienestar de la población y reducir las inequidades. La presencia de entornos no saludables, la estigmatización de los enfermos o de los prestadores de servicios de salud, manifestada en actos de agresión y violencia, revelan la anomia social; el momento en que el estado pierde su capacidad de regulación normativa, y que tiene como resultado la resistencia individual y colectiva que repercute en la labor preventiva.

El reconocimiento de la sindemia por parte de los actores políticos, sociales y del ciudadano común debe asentarse en un escenario más igualitario y reconsiderar las conductas anómicas. Es necesario empoderar a la población, fomentar la ciudadanía, así como el uso de la evidencia científica, reconfigurar los sistemas de atención a la salud e integrar a la población en las decisiones asumidas e instrumentadas por el estado.

La atención de la sindemia y la anomia social, producidas por la pandemia e intensificadas por factores socioeconómicos, requiere la solidaridad ciudadana y la reformulación de la biopolítica de estado.

Palabras clave: COVID-19, biopolítica, sindemia, anomia

Introducción

En junio de 2020 la OMS declaró la pandemia de COVID-19, lo que transformó y afectó a todo el orbe; para el 10 de marzo de 2021, ya se habían reportado 117,332,262 casos confirmados y 2,605,356 defunciones a nivel mundial. La tasa de letalidad global fue del 2.2 por mil. La OMS clasificó los casos de acuerdo a la distribución por regiones afectadas, en la cual América tenía el primer lugar de casos confirmados, seguida por Europa, Asia, África y Oceanía.¹

Esta pandemia se trata de una de las mayores crisis sociales de la historia, comparable con algunas de las catástrofes del siglo XX, como fueron las guerras mundiales o el colapso económico de los años 30, por no hablar de otras pandemias, como la de la gripe española, que mató entre 1918 y 1920 a más de 40 millones de personas en todo

el mundo — si bien se desconoce la cifra exacta de afectados que alcanzó entre 1918 y 1919.

Es importante destacar que el coronavirus 2 (SARS-CoV-2)² no es un agente infeccioso que afecte únicamente al cuerpo humano, pues la pandemia a la que ha dado lugar también implica una alteración del orden social en la que puede haber una interacción entre noxas, es decir, agentes o factores que atentan contra la salud de un organismo. En consecuencia, quienes padecen hipertensión arterial, diabetes, tabaquismo o alcoholismo experimentan de forma distinta la enfermedad. No es menos serio el impacto de los trastornos mentales, producto de la respuesta individual. La angustia y otras patologías emocionales determinan la aceptación, el rechazo e incluso la alteración de las medidas consideradas como terapéuticas o preventivas.

En este sentido, una sindemia está presente

cuando coexisten dos o más enfermedades en el mismo tiempo y lugar, que interactúan entre sí a nivel biológico y social, así como también comparten otra clase de determinantes que subyacen a ellas. La sindemia es un término que se refiere a problemas complejos que no sólo afectan la salud, sino también los ámbitos económicos y sociales. Por lo tanto, las comorbilidades y las multimorbilidades de enfermedades como la diabetes o el COVID-19 aceptan dicho calificativo.^{3,4} Las sindemias generalmente se manifiestan cuando la inequidad sanitaria se hace presente a causa de la biopolítica, es decir, de la incidencia política del poder sobre la vida. Hoy en día, las tecnologías de la información y la comunicación, así como el control y el manejo del poder, constituyen terrenos que se renuevan continuamente en su relación con las subjetividades y los cuerpos. En este sentido, el filósofo Michel Foucault se refiere a la biopolítica como el conjunto de técnicas disciplinarias del poder y el control demográfico. En la vida moderna, la individualización y la humanización tienen por función aniquilar y suprimir a los seres humanos, tanto en la subjetividad como la corporeidad.⁵

De esta manera, para enfrentar la presente sindemia es necesario comprender, mejorar y tomar en cuenta los determinantes sociales de la salud, con el propósito de asentar las condiciones propicias del bienestar de la población y así reducir sus inequidades. El hecho de realizar acciones de doble o triple función ayudará a dar soluciones para actuar simultáneamente en dos o tres pandemias.

La vulnerabilidad de las personas frente a la sindemia de COVID-19 se debe en gran medida a un entorno no saludable, así como al calificativo de letal que se atribuye a los individuos que la portan; esto ha generado agresiones físicas y verbales a los portadores, incluyendo al personal de salud que ha estado atendiendo a los enfermos.

Por su parte, la anomia social está relacionada con la falta o degradación de normas y convenciones sociales a causa de diversos factores. El término fue desarrollado por Émile Durkheim, quien analiza el momento en que los vínculos sociales se debilitan y la sociedad pierde su fuerza para integrar y regular adecuadamente a los individuos.⁶ Las funciones de la sociedad, por lo tanto, se tornan anómicas cuando disminuye su capacidad de regulación debido a las diferencias entre sus integrantes. En este sentido, la pandemia del COVID-19 ha puesto de manifiesto la anomia social existente por la incapacidad del estado para regular de manera aceptable los efectos de la sindemia, las comorbilidades y las multimorbilidades que tiene la población mexicana. En consecuencia, la sindemia constituye una sincronía de eventos que han superado la propia ciencia disponible, y que a su vez ha acentuado las diferencias sociales a las que da lugar la biopolítica y el control.

Es importante señalar que, en tan solo un año y medio, los intentos por frenar en distintos países la pandemia del SARS-COV-2 han enfrentado de diversas formas la resistencia individual y colectiva, que no sólo favorecen la transmisibilidad, sino que también limitan los efectos de la actividad preventiva, a su vez que se ha hecho evidente la inequidad de la estratificación social en materia de salud pública dirigida a los grupos más pobres y vulnerables.

La resistencia a través de las movilizaciones y de los grupos de oposición a las medidas de confinamiento se presenta de múltiples formas en todo el mundo. La voluntad de mantener las economías y de preservar las formas de vida previas a la pandemia ha puesto en entredicho las decisiones políticas en los países desarrollados y ha intensificado la presión sobre los países en vías de desarrollo. Las estadísticas muestran un deceso de más de medio millón en la población de Estados

Unidos, Brasil, la India y México. No sería extraño que el panorama epidemiológico cambie en los próximos meses de acuerdo a cada país, pues este se halla sujeto a variables como los avances en materia de inmunización, pero sobre todo a las formas de producción, distribución y accesibilidad de las vacunas que, si bien deberían constituir un bien global, han sido objeto de un estricto control tanto por parte de Europa como de Estados Unidos.

Junto a la biopolítica y el ejercicio del poder del estado en el marco de la pandemia, el desconocimiento, la incertidumbre y determinados comportamientos sociales han conformado una franca oposición y resistencia al debido manejo de la situación sanitaria. Pese a la necesidad de una conciencia responsable y solidaria, con frecuencia se suscitan reuniones de grupos numerosos, falta de medidas de sana distancia, resistencia al uso de cubrebocas, festejos, manifestaciones, agresión y violencia franca a los servicios de salud y a sus representantes. Todos estos patrones culturales pueden afectar el curso de la pandemia en determinados grupos y en la propia sociedad.

El repunte de la pandemia en Europa y las nuevas olas de contagio no sólo son indicativos de la resistencia al control social y de la negación de una realidad emergente, ante la cual la población no estaba preparada ni los gobiernos en turno. El panorama se complica aún más cuando se reporta la presencia de mutaciones en el virus, lo que puede dar lugar a diferentes velocidades de transmisión y de contagio, así como a distintos periodos de infectividad y contagiosidad. Incluso ha incrementado la población vulnerable, pues en un inicio el grupo en mayor riesgo era principalmente el de los adultos mayores y con multimorbilidades (hipertensión arterial y diabetes mellitus), y conforme la pandemia ha evolucionado la población de jóvenes y menores no sólo se ven en riesgo de enfermar, sino también

de presentar complicaciones a corto y mediano plazo e inclusive la muerte. Esto se debe sobre todo a la falta de un tratamiento específico, lo cual puede saturar la demanda de atención médica y disminuir la producción científica y social, elementos característicos de la sindemia.

Por estos motivos, resulta importante considerar el grado de anomia en la emergencia sanitaria relacionada con diversos grupos y comunidades.⁷ La negligente atención asistencial sufrida por la población adulta mayor en la presente sindemia ha hecho visible la marginación de este grupo en nuestras complejas sociedades postindustriales, así como ha evidenciado la marcada gerontofobia de una cultura que privilegia los ideales de cuerpos jóvenes, vigorosos y saludables, en contraposición con aquellos que son considerados erróneamente improductivos y limitados injustamente a sus derechos sociales básicos.

Las encuestas, cuestionarios, estadísticas de ingresos y egresos hospitalarios, cuarentenas y pesquisas diagnósticas, son solo algunos mecanismos para reducir o retrasar los efectos de la pandemia, pues constituyen ejemplos del modelo disciplinario de poder, según lo define Foucault, derivado de la panóptica de Bentham como máquina que disocia la pareja ver-ser visto.⁸ De acuerdo a este postulado, el individuo que forma parte de la estructura panóptica, instituida desde el siglo XIX, se sabe en un estado de permanente vigilancia y eso garantiza la pasividad y el control de sus movimientos. Dicho modelo resulta en la actualidad insuficiente ante la globalización y complejidad de la pandemia que desarticula todo intento del estado por mantenerse, por lo que este incrementa las formas de control invasivo/represivas. Tal es el caso de las tecnologías de información y comunicación que, en muchos casos, debido a su uso irreflexivo, inciden sobre

las prácticas e imaginarios globales en un lapso muy corto de tiempo. La recolección masiva de datos personales, biométricos, de geolocalización e imágenes a través de cámaras de vigilancia, drones, teléfonos móviles, GPS, bluetooth y otros dispositivos no es un recurso nuevo; sin embargo, en el contexto de la pandemia ha surgido como forma de control —no es extraño que se haya incorporado fácilmente en países con regímenes de tradición autoritaria. El uso de esta tecnología vulnera el derecho a la privacidad, la protección de los datos y la democracia, pues su implementación mediante los dispositivos mencionados condiciona la movilidad ciudadana, el acceso a los servicios y muchos otros derechos más.⁹

En contra del uso de los dispositivos de control se manifiestan formas de rechazo a través del permanente reclamo que emerge de un pasado histórico. El derecho formal cede ante el derecho informal (las largas filas de espera para recibir la vacuna, la exigencia de la vacuna a través de los bloqueos). El estado no puede resolver la crisis, pero quizás el control sí, ya que la desobediencia puede propiciar el riesgo de contagio e impedir la acción preventiva.¹⁰

Una dicotomía sumamente generalizada es la que se plantea a partir de la atracción-repulsión, el amor-odio, la generosidad-egoísmo, y que asimismo emerge en las manifestaciones culturales. En este sentido, la anomia social presenta el carácter de una resistencia a la bondad y a la norma, que consiste en la oposición de la violencia y el sentimiento trágico de la existencia. Es necesario reconocer que esta realidad permite una existencia más concreta y real, así como, una actitud serena.¹¹

El reconocimiento de la sindemia por parte de los actores políticos, sociales y del ciudadano común debe partir de un escenario más igualitario, que reformule el servicio de salud como un

derecho universal, con amplia participación cuantitativa y cualitativa, y que a su vez reconozca las particularidades de cada sociedad y cultura. Se deben, por lo tanto, reconsiderar las conductas anómicas como indicios alarmantes, que hacen necesario llevar a cabo cambios profundos en las relaciones de poder y de representación social.

Los ejemplos suceden con mayor frecuencia en los grupos vulnerables, como en el caso de las mujeres que viven una escalada de violencia doméstica y de género. La búsqueda de formas de supervivencia da pie a la intensificación de las actividades ilícitas y marginales, la delincuencia organizada, la búsqueda de nuevos horizontes a través de la migración, cuyo componente común es la pobreza que se recrudece y reproduce, reduciendo las expectativas de estos sectores. Los propios representantes del estado, aunque apelan a un imaginario más alentador en sus propuestas, no trascienden a los hechos el nivel discursivo de sus declaraciones, pues las ficciones del poder apuntalan esperanzas políticas que no tardan en perder la vigencia de su pregón.

Recomendaciones de cómo se debe de combatir la sindemia del COVID-19:

- Empoderar a la población con las medidas de mitigación para combatir el COVID-19 a través de normas, tratados nacionales e internacionales.¹²
- Fomentar el cambio y compromiso de la sociedad civil en la aplicación de medidas de mitigación para combatir el COVID-19.
- Contemplar en la investigación con evidencia científica los determinantes sociales de la salud.
- Fomentar el uso de evidencia científica de la información respecto al COVID-19 para combatir las fake news, ya que contar con información veraz y confiable permite tomar decisiones más acertadas, así como establecer medidas de prevención.¹³

- Robustecer los sistemas de rendición de cuentas de las acciones políticas para abordar la sindemia de COVID-19.
- Crear modelos que promuevan la salud con un enfoque de ganancias a corto plazo, en el que se visibilice los beneficios para la sociedad.

Recomendaciones de cómo podemos combatir la anomia social e institucional ante el COVID-19 y otras enfermedades:

- Garantizar la accesibilidad de los servicios de salud.
- Considerar los determinantes sociales para reducir la inequidad en salud.
- Disminuir las desigualdades entre los grupos sociales.
- Enfocar la atención sanitaria en la población más vulnerable.
- Implementar intervenciones de salud pública multisectoriales que estén dirigidas a disminuir las desigualdades en salud.
- Evaluar la extensión de las desigualdades en salud y las intervenciones puestas en marcha.
- Promover y facilitar la participación de la población en general y especialmente de los sectores más vulnerables, pues tienen diferentes actitudes, valores y preocupaciones.
- El gobierno debe hacer un cambio radical en las políticas de salud pública.
- Los profesionales deben de incentivar la promoción y prevención de la salud.
- Cambiar el modelo basado en el paradigma clínico de enfermedad y enfocar el interés de los profesionales de salud pública en los problemas cotidianos de la gente.
- Realizar estudios sobre desigualdades.

Conclusiones

En México, al igual que en otros países, es evidente la existencia de las desigualdades

socioeconómicas en salud, así como también la falta de políticas para disminuirlas y la falta de control de la sindemia y la anomia social.

Las políticas de salud pública son un gran reto, así como la reducción de las desigualdades en la salud, por lo que se requiere cambiar el paradigma biomédico, centrado en los problemas de salud individual, y enfocar su interés en la población y en los determinantes sociales de la salud. Sin embargo, es necesario un alto compromiso político que involucre a todas las áreas del gobierno, así como la participación de la población tanto en la priorización de los problemas de salud, su diagnóstico, diseño de programas, implementación y evaluación.

Posiblemente el principal obstáculo es la falta de voluntad política, de conocimiento tanto de la evidencia científica como de capacidad y coordinación para realizar proyectos multisectoriales, además de la falta de fondos públicos suficientes para el área de la salud y de la investigación. Por estos motivos, el sistema de salud se debe basar en principios de equidad y proporcionar atención a la población independientemente de su capacidad económica, tal como se establece en el objetivo número dos de las estrategias de salud para el siglo XXI de la OMS.

Referencias

1. Statista. Número de casos confirmados de coronavirus a nivel mundial a fecha de 12 de junio de 2022, por continente [Internet]. Disponible en: <https://cutt.ly/R2gLoUa>
2. Lolas Stepke F. Perspectivas bioéticas en un mundo en sindemia. *Acta bioeth.* 2020;26(1):7-8. Disponible en: <https://cutt.ly/O2gLx9A>
3. Garrot M. Sindemia. Una compleja situación que persiste en México desde hace décadas [Internet]. México: Código F; 2020. Disponible en: <https://cutt.ly/Z2gLEAK>

4. Sullivan KA, Messer LC, Quinlivan EB. Substance abuse, violence, and HIV/AIDS (SAVA) syndemic effects on viral suppression among HIV positive women of color. *AIDS Patient Care STDS*. 2015;29(Suppl 1):S42-S48. doi:[10.1089/apc.2014.0278](https://doi.org/10.1089/apc.2014.0278)
5. Tejada JL. Biopolítica, control y dominación. *Espiral, Estudios sobre Estado y Sociedad* 2011;18(52):77-107. Disponible en: <http://www.espiral.cucsh.udg.mx/index.php/EEES/article/view/908>
6. López MP. El concepto de anomia de Durkheim y las aportaciones teóricas posteriores. *Iberofórum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*. 2009;4(8):130-147. Disponible en: <https://cutt.ly/F2gLLJ6>
7. Cardoso RT. Los aspectos múltiples de la crisis sanitaria por COVID 19. *Antropología médica de una sindemia. Anales del Museo Nacional de Antropología*. 2019;21:55-61. Disponible en: <https://cutt.ly/J2gLB5T>
8. Foucault M. *Vigilar y Castigar*. México: Siglo XXI Editores; 1980.
9. Chávez H, Gaybor J. COVID-19, tecnología y poder: los peligros del optimismo tecnológico y el surgimiento del omnióptico global. *F-ILIA*. 2020;2(2): 27-65. Disponible en: <https://cutt.ly/y2gL6hc>
10. Lell HM. Instituciones socio-jurídicas en tiempos de pandemia por coronavirus: cuando lo biológico ressignifica lo cultural. *Opinión Jurídica*. 2020;19(40):109-124. Disponible en: <https://cutt.ly/S2gZnMk>
11. Maffesoli M. *La tajada del diablo*. México: Siglo XXI Editores; 2005.
12. Alba A, Papaqui J, Papaqui S. Medidas de mitigación que la población debe empoderarse para combatir el COVID-19. *Rev CONAMED*. 2021;26(3):143-148. doi:[10.35366/101679](https://doi.org/10.35366/101679)
13. Alba A, Papaqui S, Omaña MF, Gracida AM. Impacto a la salud de la infodemia y de la mala información durante la pandemia por COVID-19. *Rev Enferm Neurol*. 2021;20(1):33-38. Disponible en: <https://cutt.ly/k2gXPTF>



History of Pediatric Nursing at the Children's Hospital of Mexico Federico Gomez

Historia de la Enfermería Pediátrica en el Hospital Infantil de México Federico Gómez

Eloy Margarita Aguilar¹, Araceli Saldívar Flores², Olivia Aguilar Guzmán³, Maricela Cruz Jiménez⁴,
Guadalupe Romero Herrera⁵, Jonathan de los Santos Chametla⁶

Abstract

The care of children has a relevant place in Mexico nursing history; in Aztec culture, children were prepared for their future activities in the calmecac, telpuchcalli and culcalli; in the pre-Cortesian period the main figure was the tlamatqui-ticitl (midwife), who looked after pregnant women and their newborn during the first months.

Subsequently, the Hospital de la Inmaculada Concepción (nowadays Hospital de Jesús) was founded, as well as protection centers for indigenous, mestizo and criollo children administered by Augustinian, Franciscan, Dominican and Jesuit monks. Vasco de Quiroga also founded an orphanage, that earned him the title of "*protector of the Indian child of America*". Archbishop Francisco de Lorenzana y Butrón founded as well the Casa de Niños Expósitos in Mexico City.

During the Maximilian of Habsburg Empire, empress Carlota managed to establish a "*maternity and childhood home*". Eventually, the first child hygiene center was planned and the Casa Cuna de Coyoacán was founded.

On April 30, 1943, the Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG) was officially founded, and its pediatric nursing courses were settled, which changed over time to constitute the specialty in pediatric nursing and give rise to the specialty in neonatology and oncology.

Keywords: Care, children, hospitals.

Citación: Margarita Aguilar E., Saldívar Flores A., Aguilar Guzmán O., Cruz Jiménez M., Romero Herrera G., De los Santos Chametla J. Rev Enferm Neurol.2022;21(2):pp. 184-189.

Correspondencia: Eloy Margarita Aguilar

Email: maromayou@hotmail.com

¹Coordinadora de Investigación en Enfermería

²Jefe del Departamento de Enfermería

³Subjefe del Departamento de Enfermería

⁴Coordinadora de la Especialidad de Enfermería Infantil

⁵Coordinadora de la Especialidad de Enfermería del Neonato

⁶PESS asignado a la Coordinación de Investigación en Enfermería

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Recibido: 10 diciembre 2021

Aceptado: 16 junio 2022



Resumen

El cuidado otorgado a los niños tiene un lugar importante para la historia de la enfermería en México; desde la cultura azteca, se les preparaba para sus actividades futuras en el calmecac, telpuchcalli y culcalli, mientras que durante la época precortesiana la principal figura era la tlamatqui-ticitl (partera), responsable de atender a las embarazadas y a sus niños durante los primeros meses.

Posteriormente se funda el Hospital de la Inmaculada Concepción (hoy Hospital de Jesús), así como centros de protección para niños indígenas, mestizos y criollos a cargo de monjes agustinos, franciscanos, dominicos y jesuitas. Vasco de Quiroga fundó una casa cuna, motivo por el cual fue llamado “protector del niño indio de América”, y el arzobispo Francisco de Lorenzana y Butrón fundó la Casa de Niños Expósitos de la ciudad de México.

Durante el Imperio de Maximiliano de Habsburgo, la emperatriz Carlota logró el establecimiento de una “casa de maternidad e infancia”. Tiempo después se planea el primer centro de higiene infantil y se funda la Casa Cuna de Coyoacán.

El 30 de abril de 1943 se funda oficialmente el Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG) e inician los cursos de enfermería pediátrica, que con el tiempo cambian para constituir la especialidad en Enfermería infantil y dar origen a la especialidad en Neonatología y Oncología.

Palabras clave: Cuidado, niños, hospitales

Antecedentes

Nuestro país se ha caracterizado por su constante preocupación para brindar amor y dedicación a los infantes en todas las etapas de su desarrollo.

En este trabajo haremos referencia a los momentos trascendentales que han pautado el cuidado de la salud de niños(as), y que desde la época prehispánica se ha transmitido culturalmente de generación en generación.

En la cultura azteca se preparaba a los niños para sus actividades del futuro en instituciones como el calmecac, el tepuchcalli y el culcalli, de acuerdo con sus distintas clases sociales. En la época del tlatoani Moctezuma, la atención de enfermos se realizaba en el tuihuacan, dentro de Tenochtitlan, donde se atendía a los veteranos de guerra, discapacitados, y se realizaba el traslado y cuidado inmediato de los heridos en combate, comprendido esto como la práctica de una enfermería militar. La curación de los heridos de guerra era realizada por enfermeros varones.¹

Posteriormente, en el México precortesiano, se denominaba ticitl al hombre o mujer que se dedicaba a la atención de los enfermos. La enseñanza de esta práctica se recibía de otro ticitl y era un trabajo exclusivo de esclavos o sirvientes. El médico curaba las enfermedades mediante las propiedades de miles de plantas medicinales, algunas de las cuales se siguen utilizando actualmente.¹

Tanto mujeres como hombres podían ser enfermeros, médicos o curanderos en el hogar. Para los aztecas la principal figura de consulta era la partera, quien primero se ocupaba de la madre desde que se consideraba embarazada, y luego daba atención a la madre y al producto durante el parto y los primeros meses del niño; estas mujeres tenían el nombre de tlamatqui-ticitl.¹ Solamente la mujer podía desempeñarse como partera y era entrenada por su abuela o madre, utilizando hierbas para acelerar el trabajo de parto y la dilatación del cuello uterino.¹ La enfermera administraba brebajes, realizaba lavados

intestinales, curaba mediante fricciones, colocaba férulas y vigilaba los temaxcalli, que eran los baños de vapor utilizados para que la transpiración alejara los malos humores y que, según se ha comprobado en la actualidad, en conjunto con el uso de hierbas medicinales aportan beneficios como la relajación muscular, eliminación de toxinas, entre otros.¹

En el momento en el que se da el encuentro de europeos y nativos americanos, se inicia en el actual territorio de México una nueva etapa histórica, y con ello una nueva manera de practicar la enfermería. Con los conquistadores llegó una matrona: Isabel Rodríguez, quien asistió a los heridos de Zempoala y Cholula.

Debido a la deficiente atención a los enfermos, las autoridades de la Colonia encargaron al protomedicato una solución. En consecuencia, en 1524 se fundó el entonces llamado Hospital de la Inmaculada Concepción, hoy día Hospital de Jesús.¹ Asimismo, los monjes en sus diferentes órdenes (franciscanos, agustinos, dominicos y jesuitas) se ocuparon de la fundación de escuelas y centros de protección para los niños indígenas, mestizos y criollos.

En 1532 en el pueblo de Santa Fe, Michoacán, Vasco de Quiroga funda la primera casa cuna destinada a cuidar infantes, darles atención hospitalaria, criarlos y alimentarlos, razón por la que le llamaron "*protector del niño indio de América*".² Por su parte, el 11 de enero de 1776 el arzobispo Francisco de Lorenzana y Butrón, primado de España, fundó la Casa de Niños Expósitos de la ciudad de México.

Hasta el siglo XIX la enfermería no se veía como un oficio, cualquier persona podía contratarse como sirviente en un hospital y realizar funciones como las ya mencionadas, además de llevar a cabo otra clase de tareas, pues había enfermera-lavandera, enfermera-cocinera,

enfermera-mandadera y enfermera-partera como la categoría más alta, sin dejar de estar subordinadas a un médico.³

Fue relevante que, en noviembre de 1861, Benito Juárez emitió un decreto para la creación de un hospital de maternidad e infancia, para lo cual se destinó el Hospital de Terceros de San Francisco, hoy en día el Palacio de Correos ubicado en Tacuba y eje Lázaro Cárdenas.⁴

En el año de 1870, durante el imperio de Maximiliano de Habsburgo, se constituye el Hospital de San Andrés, primer hospital de la ciudad de México. La emperatriz Carlota mostró interés especial por los niños, por lo que se estableció un anexo a este hospital denominado "*casa de maternidad e infancia*".

En 1877, bajo los auspicios del presidente Porfirio Díaz y del gobernador en turno del estado de San Luis Potosí, nace la Escuela de Obstetricia en el entonces Instituto Científico y Literario. Como requisito de ingreso a la carrera, que tenía una duración de tres años, se pedía haber concluido el cuarto año de primaria y se presentaba un examen recepcional ante tres sinodales. El título otorgado era de partera, doctora en partos o profesora en partos. El documento lo otorgaba el Consejo Superior de Salubridad del departamento de México.⁵

La Escuela de Enfermería y Obstetricia fue fundada el 11 de diciembre de 1880, iniciándose la enseñanza en forma de adiestramiento domiciliario y enfocada a la atención de partos.⁵ Hacia 1886, la Casa Cuna ofreció atención más específica a los niños enfermos.

En 1888 en el Hospital de San Andrés se llevó a cabo el primer curso de enfermería bajo la supervisión de la Escuela Nacional de Medicina, el cual obtuvo una mención por el Dr. Eduardo Liceaga diez años más tarde, cuando se convocó a un nuevo curso.³

Los hospitales perpetuaron la costumbre de contratar sirvientes para realizar las funciones de auxilio paliativo. Por lo tanto, se creó una escuela especialmente dedicada a la formación del personal auxiliar del médico, que una enfermera capaz se encargaría de dirigir para su funcionamiento en el Hospital de Maternidad.³

Hacia 1898 la instrucción de enfermería queda bajo el cuidado de la Escuela Nacional de Medicina, hasta que el Dr. Liceaga consigue la aceptación del presidente Porfirio Díaz para el proyecto de una escuela teórico-práctica de enfermería adscrita al Hospital de Maternidad e Infancia, ubicado en la calle de Revillagigedo y la actual calle Artículo 123.³

El 5 de febrero de 1905 se inauguró el Hospital General de México y, en relación con la atención médica infantil, se cumplió con la creación de pabellones exclusivos para niños, programada por el Dr. Liceaga desde la presentación de su proyecto: 55 camas destinadas para el tratamiento hospitalario de pacientes pediátricos, 31 en el “pabellón 23” y 24 en el “pabellón 29”.²

En 1922 el Dr. Liceaga planeó el primer centro de higiene infantil y en 1926 se funda la Casa Cuna de Coyoacán.

En 1930 es creada la Sociedad de Puericultura, promovida por el Dr. Isidro Espinoza de los Reyes mediante la reunión de todos los pediatras de México, quienes firmaron el acta constitutiva correspondiente. En 1937 cambia su nombre al de Sociedad Mexicana de Pediatría y centra su principal actividad en la atención hacia la niñez. Dentro de ese grupo se integró una comisión con los Drs. Mario Torroella, Manuel Cárdenas de la Vega, Rigoberto Aguilar y Federico Gómez para gestionar en 1933 la edificación de un hospital especializado en los niños. El presidente Abelardo Rodríguez acepta la propuesta, emite la carta correspondiente y se comunica con el Jefe del Departamento Central para dar inicio a la obra.

Por razones políticas, económicas y debido a

que parte del material era importado y transcurría la Primera Guerra Mundial, la obra se detuvo. Después de cuatro años en que no se perdió la esperanza de continuar la construcción (tiempo en que los cimientos estuvieron a la intemperie), el Dr. Salvador Zubirán, Jefe del Departamento de Asistencia Infantil, solicita a las instancias correspondientes la reanudación de la obra; sin embargo, los arquitectos no emitieron un juicio favorable debido a que la estructura se estaba hundiendo. Se realizaron nuevas gestiones que llegaron ante el presidente de la República, el Gral. Lázaro Cárdenas, quien ordenó, ante la ausencia de riesgos para los niños y el personal, continuar la obra al Arq. José Villagrán García, aunque posteriormente fue suspendida de nuevo.

Durante la administración del presidente Manuel Ávila Camacho se designó a los Drs. Gustavo Baz y Salvador Zubirán el cargo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública, quienes inteligentemente ofrecieron determinante apoyo al Dr. Federico Gómez para inaugurar el 30 de abril de 1943 el Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG).

El Dr. Gómez proyectó una gran organización desde antes del inicio de las actividades: programó al personal que debía laborar y a su vez planeó la capacitación integral, por lo que envió al extranjero a un numeroso grupo de médicos, enfermeras y administradores para capacitarse. Una vez que entra en funcionamiento el hospital se da lugar a la formación de enfermeras.

De 1943 a 1953 se inician los cursos de enfermería pediátrica que funda Carmen Gómez Sigler, en los que se formaron 323 enfermeras especializadas en técnicas pediátricas. Únicamente en este periodo el curso tuvo un reconocimiento institucional. Hacia 1953 éste y otros cursos que se emitían en el Distrito Federal fueron incorporados a la División de Graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM),

con la finalidad de otorgar un reconocimiento universitario. Aunado a esto, durante el periodo en que Isaura Martínez Hernández estuvo como responsable del curso de enfermería pediátrica se habilitó un programa con residencia para los adscritos. En 1966 se afilia el curso de enfermería pediátrica a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la UNAM.

De 1953 a 1994 hubo 1131 egresadas⁷ a las que se les otorgó un diploma, 107 provenían del extranjero (Colombia, Paraguay, Guatemala, etc.), y únicamente 20 personas obtuvieron constancia por asistencia debido a que no acreditaron íntegramente el curso.

De 1954 a la fecha el reconocimiento es universitario, con la diferencia de que a partir de 1998 se dio inicio a la especialidad de Enfermería infantil como parte del desarrollo de la enfermería especializada en la niñez.

De 1955 a 1987 el curso fue dirigido por la Lic. Ma. del Consuelo Mendoza Laugier, quien dedicó tiempo extraordinario para la formación de excelentes enfermeras pediátricas con la finalidad de que su desarrollo estuviera en los más altos índices de gestión, logro que causó un gran impacto en la atención del paciente pediátrico.

En 1971 da inicio el curso de enfermería pediátrica en el Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez (IMAN, actualmente Instituto Nacional de Pediatría), contando con la experiencia de las fundadoras del HIMFG que se trasladaron a esa institución.⁸

Debido al alcance del curso postécnico de enfermería pediátrica, éste fue extendiéndose a varias instituciones, como la Escuela de Enfermería de la UANL (1969), IMSS (1980), Hospital Infantil de Tamaulipas (1985), Departamento del Distrito Federal (DDF, 1985), ISSSTE (1986), Escuela de Enfermería de la UAEM (1990), Escuela de Enfermería de la UJAT (1989); Hospital para

el Niño Poblano (1992), Escuela Militar de Enfermería, así como también a otras entidades de la República, como Toluca (1972), Morelia, Guadalajara, Hidalgo (1996), entre otros.

En un periodo comprendido de 1987 a 1993 continuaron la dirección del curso la E.P. Eloy Margarita Aguilar y la E.P. Imelda Velázquez Rangel, quienes participaron mediante una investigación con la ENEO, el ISSSTE y el DDF en el análisis del impacto de este curso en el ámbito laboral, a fin de justificar e impulsar el nivel de la enfermería y contribuir a la creación de la especialidad en Enfermería infantil.

En 1995 la Mtra. Magdalena Franco Orozco fue apoyada por las Lics. Eloy Margarita Aguilar y Susana Salas Segura, con adscripción en el HIMFG y la ENEO, respectivamente, para realizar la maestría en enfermería en el Hospital Universitario de Monterrey. De esta manera, a su regreso instrumentó el programa para dar inicio a la especialidad de Enfermería infantil. Es así como, mediante la continuación del convenio ENEO-UNAM-HIMFG, en 1998 inicia la especialidad en Enfermería infantil a nivel de posgrado en el HIMFG, de la que es asignada como coordinadora la Mtra. Franco Orozco.

Desde 1998 a 2019 se han formado 377 enfermeras(os) procedentes del ISSSTE, SEDENA, IMSS, DDF, ISSSEM, Pemex, y de instituciones privadas, de diferentes estados de la República (Aguascalientes, Puebla, Edo. de México, Guerrero, Oaxaca) y del extranjero (Venezuela y Colombia). Las enfermeras especialistas obtienen 118 créditos. Desde 2007 a la fecha la coordinación está a cargo de la E.E.I. Maricela Cruz Jiménez y otras especialistas.

La misión educativa de la enfermería es constitutiva del HIMFG, por lo que en el año 2011, con el objetivo de brindar atención altamente especializada a la población infantil, se inicia

la especialidad en Enfermería del neonato que actualmente la Mtra. Guadalupe Romero continúa dirigiendo con diligencia, sumando 94 especialistas egresadas(os) hasta 2019. Para el año 2017 se integra la especialidad de Enfermería oncológica a cargo de la Mtra. Lorena Bárcenas Bobadilla, quien a la fecha ha coordinado a un total de 24 alumnas(os).⁸

Con este panorama resaltamos la importancia que ha adquirido la enfermería hacia la población infantil dentro de un marco de respeto, solidaridad y humanismo, tan característico de esta profesión.

Referencias

1. Cuevas L, Guillén D. Breve Historia de la Enfermería en México. *CuidArte*. 2012; 1(1): 62-70.
2. Anzures López B. Remembranza del inicio de la pediatría en el Hospital General de México. *Rev Med Hosp Gen Mex*. 1999; 62(1): 5-10.
3. Torres Galán J, Sanfilippo y Borrás J. El nacimiento de la Escuela de Enfermería en la Ciudad de México (1888-1911). *Tzinzun Rev Estud Históricas*. 2016; (64): 139-64.
4. Plascencia MJ, Barbosa R, Herrera MG. Historia de la neonatología en México. En: *Cuidados avanzados en el neonato. Libro 1: Estructura de la atención y cuidado neonatales*. México: Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. 2010. p. 1-5.
5. Rubio Domínguez S. Conmemoración de los 100 años de la formación Universitaria de Enfermeras. *Enferm Universitaria*. 2007; 4(1): 3-8.
6. Cárdenas Becerril L, Monroy Rojas A, Arana Gómez B, García Hernández M de L. Formación de enfermeras mexicanas en el período revolucionario. *Revista Uruguaya de Enfermería*. 2009; 4(1): 31-42.
7. Nance DC. Adela Vázquez Schiaffino: una enfermera en la Revolución Mexicana. *Rev Enferm Ins Mex Seguro Soc*. 2011; 19(1): 43-7.