

REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA



AÑO 6
NÚMERO 1
Enero-Abril de 2018

ISSN: 2339-7284

EN ESTE NÚMERO:

P.5

La profesionalización de enfermería como garantía de la gestión del cuidado de calidad en la población mexicana

P.7

Percepción del profesional de enfermería sobre la atención a usuarios adictos a la marihuana en un hospital de psiquiatría

P.15

Valoración de lesiones intraorales en la contribución del diagnóstico estomatológico oportuno de granulomatosis con poliangéitis por el profesional de enfermería

P.22

Retos del equipo de salud ante el panorama epidemiológico de las infecciones asociadas al cuidado de la salud

P.28

La necesidad de asumir la presencia de la muerte en la vida personal y profesional de enfermería

P.32

ISSSTE resiliente en el 19S



PERMANYER MÉXICO
www.permayer.com



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

Cuerpo Editorial

Editora en jefe

Lizeth Guadalupe López López

Coeditor

Silvino Arroyo Lucas

Editores asociados

David Kershenobich Stalnikowitz

Director General del INCMNSZ

Alberto Lifshitz Guinzberg

Secretario de enseñanza clínica e internado médico UNAM

Sergio Ponce de León Rosales

Director de enseñanza del INCMNSZ

Alvar Loria Acereto

Investigador de la Unidad de Epidemiología Clínica del INCMNSZ

Alicia J. Frenk Mora

Subdirectora de Servicios Paramédicos del INCMNSZ

Marina Martínez Becerril

Subdirectora de Enfermería del INCMNSZ

María de los Ángeles Torres Lagunas

Jefa de División de Estudios de Posgrado en Enfermería ENEO UNAM

Victoria Fernández García

Fundadora-Presidenta de la Asociación Mexicana de Investigación en Enfermería (AMIENF, A.C.) Docente e Investigadora en Enfermería ENEO-UNAM

María Paula Nájera Ortiz

Jefa del Departamento de Enfermería del INCMNSZ

Rosa María Nájera Nájera

Investigadora de la Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco

Araceli Jiménez Méndez

Jefa del Departamento de la Escuela de Enfermería del INCMNSZ

Comité de Árbitros

Antonio Velázquez González

Argelia Lara Solares

Christian Haydee Flores Balcázar

Diana Cecilia Tapia Pancardo

Eduardo González Flores

Emma Myrna Barquera Núñez

Francisco Jair S. González Robles

Guadalupe Citlähua Hernández

Jorge Salinas Cruz

José Alberto Ávila Funes

Judith González Sánchez

Lorena Bautista Paredes

Luis Manuel H. Pérez Pantoja

Ma. Del Pilar Sosa Rosas

Margarita Pulido Navarro

María Alberta García Jiménez

María de Lourdes Alemán Escobar

María Diana Ruvalcaba Rodríguez

María Paula Nájera Ortiz

Marina Martínez Becerril

Patricia Domínguez Sánchez

Rafael Antonio Estévez Ramos

Ricardo Cuellar Romero

Roberto Reyes Guerrero

Rosa María Ostiguin Meléndez

Sandra Antonieta Palacios García

Sergio Lemus Alcántara

Silvino Arroyo Lucas

Angélica María Armendáriz Ortega

Ulises Rieke Campoy

Bertha Medel Pérez

Graciela Hernández

Yesica Claudia Juárez Serrano

Martha Kaufer Horwitz

Ulises Rieke Campoy

Arturo Galindo Fraga

Irvin Samuel Dionisio Calderón

Javier Rosales Ortega

Juan Jesús Villegas Cortés

Nelson Rodrigo Cruz Castellanos

Gloria María Galván Flores

Noé Sánchez Cisneros

José Fabián Hernández Díaz

Víctor Hugo Toral Rizo

Saúl May Uitz

Yolanda Murad Robles

Luis Antonio Hernández Flores



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

Comité Internacional de Árbitros

Júlia Esteve Reig

*Directora de la Escuela de Enfermería EUI - Sant Pau
Barcelona, España*

María Antonia Martínez Momblán

*Docente (grado y máster) de la Escuela de Enfermería EUI - Sant Pau
Barcelona, España*

Isabel Pérez Pérez

*Vicedegana de grado, calidad y comunicación de la Facultad de Ciencias de la Salud
Blanquerna
Universidad Ramon Llull
Barcelona, España*

Rosa Rifà Ros

*Directora del grado en Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna
Universidad Ramon Llull
Barcelona, España*

Eva Roman Abal

*Docente de la Escuela de Enfermería EUI - Sant Pau
Barcelona, España*

Dedys Yajaira Berbesi Fernández

*Facultad de Enfermería
Universidad CES
Medellín, Colombia*

Doriam Camacho Rodríguez

*Universidad Cooperativa de Colombia Seccional Santa Marta
Santa Marta, Colombia*

Sandra Guerrero Gamboa

*Investigadora de la Universidad Nacional de Colombia
Bogotá, Colombia*

Eva Brunet Campaña

*Quironsalud
Sitges, España*

Revista Mexicana de Enfermería es una revista oficial del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMSZ). El objetivo es socializar el conocimiento generado de la práctica asistencial, trabajos originales, análisis de experiencias, propuestas de mejora, escenarios educativos y de administración validados a través de un método científico que garantice la calidad en la gestión del cuidado de Enfermería.

Esta obra se presenta como un servicio a la profesión médica. El contenido de la misma refleja las opiniones, criterios y/o hallazgos propios y conclusiones de los autores, quienes son responsables de las afirmaciones. En esta publicación podrían citarse pautas posológicas distintas a las aprobadas en la Información Para Prescribir (IPP) correspondiente. Algunas de las referencias que, en su caso, se realicen sobre el uso y/o dispensación de los productos farmacéuticos pueden no ser acordes en su totalidad con las aprobadas por las Autoridades Sanitarias competentes, por lo que aconsejamos su consulta. El editor, el patrocinador y el distribuidor de la obra, recomiendan siempre la utilización de los productos de acuerdo con la IPP aprobada por las Autoridades Sanitarias.



PERMANYER
www.permanyer.com

© 2018 Permanyer

Mallorca, 310 – Barcelona (Cataluña), España
permanyer@permanyer.com

© 2018 Permanyer México

Temístocles, 315
Col. Polanco, Del. Miguel Hidalgo
11560 Ciudad de México
Tel.: (044) 55 2728 5183
mexico@permanyer.com



www.permanyer.com



Impreso en papel totalmente libre de cloro

Edición impresa en México



Este papel cumple los requisitos de ANSI/NISO
Z39.48-1992 (R 1997) (Papel Permanente)

ISSN: 2339-7284

Ref.: 4395AX181

Reservados todos los derechos

Sin contar con el consentimiento previo por escrito del editor, no podrá reproducirse ninguna parte de esta publicación, ni almacenarse en un soporte recuperable ni transmitirse, de ninguna manera o procedimiento, sea de forma electrónica, mecánica, fotocopando, grabando o cualquier otro modo.

La información que se facilita y las opiniones manifestadas no han implicado que los editores lleven a cabo ningún tipo de verificación de los resultados, conclusiones y opiniones.



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

Índice

EDITORIAL

La profesionalización de enfermería como garantía de la gestión del cuidado de calidad en la población mexicana

Claudia Leija-Hernández y Daniel Guadalupe Choperena-Aguilar 5

ARTÍCULO ORIGINAL

Percepción del profesional de enfermería sobre la atención a usuarios adictos a la marihuana en un hospital de psiquiatría

Cecilia Delgado-Bonilla y Diana Cecilia Tapia-Pancardo 7

BUENAS PRÁCTICAS PARA LA ATENCIÓN EN SALUD

Valoración de lesiones intraorales en la contribución del diagnóstico estomatológico oportuno de granulomatosis con poliangéitis por el profesional de enfermería

Rubén Zaldívar-Díaz y Francisco Jair S. Gonzáles-Robles 15

ARTÍCULOS DE OPINIÓN

Retos del equipo de salud ante el panorama epidemiológico de las infecciones asociadas al cuidado de la salud

Eric Ochoa-Hein, Alma Rosa Chávez-Ríos, Martha Asunción Huertas-Jiménez y Arturo Galindo-Fraga 22

La necesidad de asumir la presencia de la muerte en la vida personal y profesional de enfermería

Emma Myrna Barquera-Núñez 28

ARTÍCULO ESPECIAL

ISSSTE resiliente en el 19S

Greta Miranda-Cerda, Antonio Cerritos, Martín Alejandro Camacho-Franco y Jorge Guerrero-Aguirre 32

Instrucciones para los autores 37



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

Index

EDITORIAL

The professionalization of nursing as a guarantee of quality care management in the population

Claudia Leija-Hernández and Daniel Guadalupe Choperena-Aguilar 5

ORIGINAL ARTICLE

Perception of the nursing professional about the attention to users addicted to marijuana in a psychiatric hospital

Cecilia Delgado-Bonilla and Diana Cecilia Tapia-Pancardo 7

GOOD PRACTICES OF HEALTH CARE

Assessment of intraoral injuries in the contribution of opportune stomatological diagnosis of granulomatosis with polyangiitis by the nursing professional

Rubén Zaldívar-Díaz and Francisco Jair S. Gonzáles-Robles 15

OPINION ARTICLES

Challenges of the health team in the epidemiological panorama of infections associated with health care

Eric Ochoa-Hein, Alma Rosa Chávez-Ríos, Martha Asunción Huertas-Jiménez and Arturo Galindo-Fraga .. 22

The need to assume the presence of death in the personal and professional life of nursing

Emma Myrna Barquera-Núñez 28

SPECIAL ARTICLE

Resilient ISSSTE in S 19th

Greta Miranda-Cerda, Antonio Cerritos, Martín Alejandro Camacho-Franco y Jorge Guerrero-Aguirre 32

Instructions to authors37



La profesionalización de enfermería como garantía de la gestión del cuidado de calidad en la población mexicana

Claudia Leija-Hernández^{1*} y Daniel Guadalupe Choperena-Aguilar²

¹Directora de Enfermería y Coordinadora General, Comisión Permanente de Enfermería; ²Coordinador de Proyectos. Ambos de la Dirección de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCEs)

Introducción

La profesionalización del personal de enfermería es un movimiento que recientemente ha tenido un auge importante en nuestro país, en las vertientes mencionadas por Rubio¹, en el que el personal de enfermería con formación técnica en las unidades médicas adquiere las características y perfil académico de la formación profesional a través de cursos de profesionalización proporcionados por diferentes instituciones, pero que varían en cuanto a contenidos académicos, duración, requisitos de ingreso o egreso, entre otros.

Dejando de soslayo la heterogeneidad de los programas de estudio, pero destacando que es un problema importante para la enfermería mexicana^{1,2}, resulta indispensable analizar los beneficios tangibles y mejoras en la gestión del cuidado de este personal, así como su papel en el fortalecimiento de la prestación de servicios médicos en el Sistema Nacional de Salud.

Una manera de observar las mejoras en la provisión de servicios de salud y de gestión del cuidado de enfermería podría ser la productividad por la cantidad de pacientes atendidos, días de estancia o egresos hospitalarios. Sin embargo, otros indicadores como la reducción de eventos adversos, las cuasi fallas y/o eventos centinela, la mortalidad, la morbilidad de ciertos padecimientos o la satisfacción del usuario con los cuidados del personal profesional de enfermería resultan más sustanciales.

A sabiendas de que diversos factores pueden intervenir, el personal de enfermería y su educación profesional especializada cobra especial importancia para la prestación de servicios de salud de calidad desde el momento en que estos profesionales representan la mayor proporción de personal sanitario, con 1.5-8.1 enfermeros por médico, dependiendo de la región³, y con tasas variables de acuerdo a la población (Fig. 1), además de que frecuentemente son el primer punto de contacto de los pacientes con la atención sanitaria.

La evidencia muestra que los beneficios tangibles de contar con enfermeras y enfermeros con educación profesional (licenciatura y posgrado), enfocados en la atención de sectores de la población específicos (p. ej., diabetes, cáncer, dermatología, VIH, etc.), formados con estándares de calidad aceptables y con la duración necesaria, puede conllevar a un incremento de la fuerza laboral en salud, con resultados similares o mejores que la atención sanitaria usual (predominante por el área médica). En prescripción de medicamentos por enfermería y farmacéuticos comparado con atención médica en padecimientos crónicos⁴, la evidencia muestra resultados como reducción de la tensión arterial a 12 meses de -5.31 mmHg (intervalo de confianza [IC] 95%: de -6.46 a -4.16; 12 estudios, 4,229 participantes), de la hemoglobina glucosada a los 12 meses de -0.62% (IC 95%: de -0.85 a -0.38; 775 participantes) o de las lipoproteínas de

Correspondencia:

*Claudia Leija-Hernández

E-mail: claudia.leija@salud.gob.mx

Fecha de recepción en versión modificada: 02-02-2018

Fecha de aceptación: 16-01-2018

DOI: 10.24875/ENF.M18000008

Cómo citar este artículo: Leija-Hernández C, Choperena-Aguilar DG. La profesionalización de enfermería como garantía de la gestión del cuidado de calidad en la población mexicana. Rev Mex Enf. 2018;6:5-6

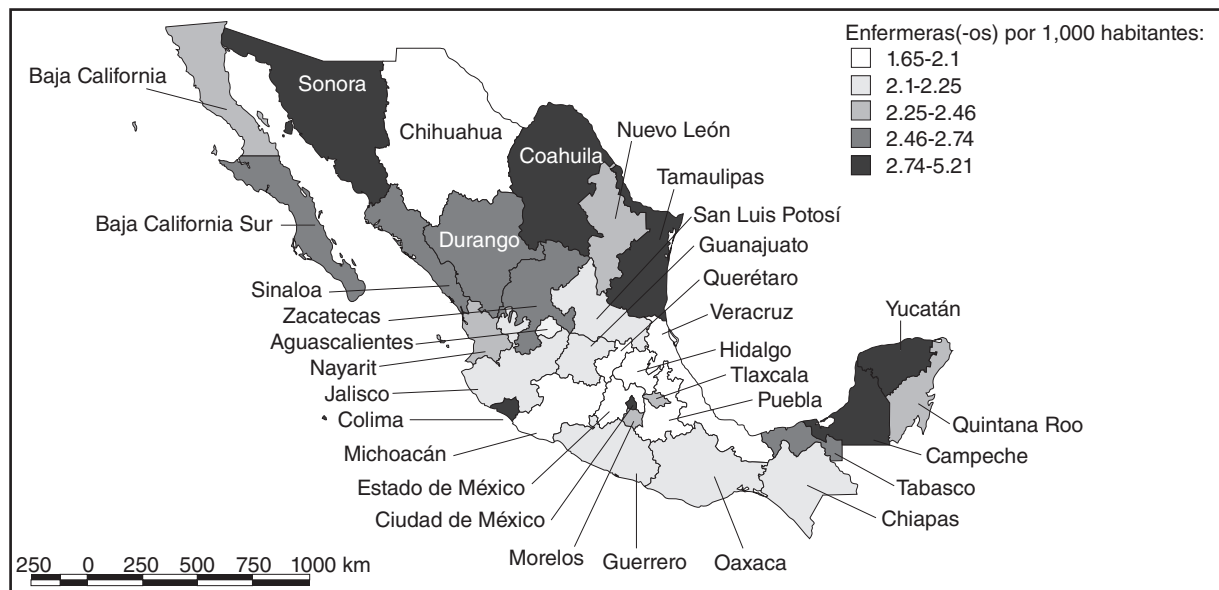


Figura 1. Personal de enfermería por 1,000 habitantes por entidad federativa (2017) (Fuente: Elaboración propia con información del Sistema Administrativo de Recursos Humanos en Enfermería (julio de 2017) y tabulados básicos (Encuesta Intercensal INEGI, 2015)).

baja densidad a los 12 meses de -0.21 mmol/l (IC 95%: de -0.29 a -0.14 ; 7 estudios, 1,469 participantes), o bien reducir las mermas y sus costos con una gestión efectiva en el manejo de los recursos materiales en ciertos servicios en el área hospitalaria⁵.

Es importante destacar que resultados como éstos son multifactoriales, y que otros aspectos como una asignación eficiente de pacientes por enfermero, ambientes laborales favorables⁶ o un adecuado acceso a recursos materiales y financieros⁷ también impactan en los cuidados del personal de enfermería de una manera significativa en diferentes contextos^{4,6}, y que la cantidad de enfermeras con grado de licenciatura está asociado a una reducción de la probabilidad de muerte en pacientes hospitalizados⁸.

Por otro lado, en el primer nivel de atención también existen efectos importantes con profesionales de enfermería capacitados y motivados, como la reducción de la ansiedad de los pacientes y tiempos de espera, una percepción de mejoras en la prestación de servicios en el primer contacto⁹, así como en el seguimiento de los pacientes, con resultados similares y con estándares de calidad tan altos como cualquier médico de familia¹⁰, así como un incremento de la cobertura en salud¹¹.

Como conclusión, resulta factible mencionar que existen beneficios importantes al contar con personal profesionalizado, así como también de que los roles y ámbitos de competencia de las enfermeras y enfermeros sean ampliados a través de una redistribución de

las funciones entre el personal sanitario en las instituciones que comprenden el sector salud para aprovechar al máximo este recurso mejor preparado. Así mismo, resalta el hecho de que deben existir condiciones laborales favorables para el desenvolvimiento de los trabajadores y garantizar que el personal profesional pueda brindar cuidados e intervenciones de calidad.

Bibliografía

- Rubio S. Profesionalización de Enfermería en México. *Rev Mex Enf Cardiol*. 2010;18(1-2):4-6.
- Ruiz J. Enfermeras técnicas. En: Nigenda G, Ruiz J, coords. Formación, empleo y regulación de los recursos humanos para la salud: Bases para su planeación estratégica. Instituto Nacional de Salud Pública; 2010. p. 65-88.
- Rosales Y, Ruiz J So, Sosa N. Licenciadas en Enfermería. En: Nigenda G, Ruiz J, coords. Formación, empleo y regulación de los recursos humanos para la salud: Bases para su planeación estratégica. Instituto Nacional de Salud Pública; 2010. p. 89-120.
- WHO. The world health report 2006: working together for health. Francia: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf
- Weeks G, George J, Maclure K, Stewart D. Non-medical prescribing versus medical prescribing for acute and chronic disease management in primary and secondary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;11:CD011227.
- Castro L, Castilho V. The cost of waste of consumable materials in a surgical center. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013;21(6):1228-34.
- Aiken LH, Cimiotti JP, Sloane DM, Smith HL, Flynn L, Neff DF. Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Med Care*. 2011;49(12):1047-53.
- Puchalski L, Khan S, Moore J, et al. Low- and middle-income countries face many common barriers to implementation of maternal health evidence products. *J Clin Epidemiol*. 2016;76:229-37.
- Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA*. 2003;290(12):1617-23.
- Kennedy F, McDonnell A, Gerrish K, Howarth A, Pollard C, Redman J. Evaluation of the impact of nurse consultant roles in the United Kingdom: a mixed method systematic literature review. *J Adv Nurs*. 2012;68(4):721-42.
- Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care (review). [Internet]. 2009. The Cochrane collaboration. Disponible en: <http://www.thecochranelibrary.com>. [Consultado el 04 de octubre de 2017].

Percepción del profesional de enfermería sobre la atención a usuarios adictos a la marihuana en un hospital de psiquiatría

Cecilia Delgado-Bonilla^{1*} y Diana Cecilia Tapia-Pancardo²

¹Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno, Edo. de México; ²Facultad de Estudios Superiores Iztacala, División de Investigación y Posgrado, Universidad Nacional Autónoma de México, Tlanepantla, Edo. de México, México

Resumen

Antecedentes: La revisión de la literatura médica ha permitido identificar que la percepción de los profesionales de enfermería sobre la atención a los usuarios adictos a las drogas es negativa. **Objetivo:** Describir la percepción del profesional de enfermería sobre la atención al usuario adicto a la marihuana en un hospital de psiquiatría. **Metodología:** Estudio cuantitativo, transversal, descriptivo y correlacional. La muestra estuvo constituida por 132 enfermeras y enfermeros de un hospital de psiquiatría de los diferentes turnos: matutino, vespertino, nocturno A, B y especial. La recolección de la información se llevó a cabo mediante la aplicación de un cuestionario que mide percepción. **Resultados:** La percepción de los profesionales sobre la atención a los usuarios adictos a la marihuana está basada en el respeto a los derechos humanos, evitando así el estigma social, y en la responsabilidad que sienten para otorgar a los usuarios la mejor atención posible. **Conclusión:** La percepción del profesional de enfermería sobre la atención al usuario adicto a la marihuana es satisfactoria, dado que los ítems que miden esta dimensión son los que representan los más altos porcentajes, reflejando un trato digno hacia los usuarios y el compromiso profesional para participar en su rehabilitación.

Palabras clave: Enfermería. Percepción. Cuidado. Adictos. Marihuana.

Abstract

Background: According to literature, review regarding the nursing professionals' perception on customer care services for drug addicts, there is a lack of information. **Objective:** Current study goal is to describe nursing professionals' perception on customer care services for marijuana addicts in a Psychiatric Hospital. **Method:** Quantitative, transversal, descriptive and correlational study. The sample was 132 nurses, both sexes that work in a Psychiatric Hospital with different shifts, i.e., morning, evening, night A and B, and special. Data collection was obtained through a questionnaire that measures perception. **Results:** Nursing professionals' perception on customer care services for marijuana addicts is based in the respects to human rights, then avoiding social stigma, and in the responsibility they feel to grant users the best possible care. **Conclusion:** Nursing professionals' perception on care services for marijuana addicts is satisfactory, since items that measure this dimension represent the highest percentages; reflecting the dignified treatment towards users and the professional commitment to participate in their rehabilitation. (Rev Mex Enf. 2018;6:7-14)

Corresponding author: Cecilia Delgado-Bonilla, E-mail: cedelbon@prodigy.net.mx

Key words: Nursing. Perception. Care. Addicts. Marijuana.

Correspondencia:

*Cecilia Delgado-Bonilla

E-mail: cedelbon@prodigy.net.mx

Fecha de recepción: 30-11-2017

Fecha de aceptación: 15-01-2018

DOI: 10.24875/ENF.M18000005

Introducción

La directriz de la disciplina de enfermería es hacia la profesionalización, lo que origina una tendencia hacia la atención con estándares de calidad; sin embargo, para poder brindar una atención de calidad es necesario conocer la percepción del profesional de enfermería con respecto a los usuarios a los que atiende, dado que ésta es el primer elemento que deriva las sensaciones y, por lo tanto, las conductas de los profesionales de enfermería durante su quehacer cotidiano¹.

En un estudio psicométrico realizado en Brasil se evaluaron las actitudes de los enfermeros con relación al usuario drogodependiente, quienes mencionaron que, de igual manera que la vida del drogodependiente es desagradable, no siendo el usuario de su preferencia, creen que merecen atención de enfermería como otros, pero indican indiferencia en cuanto a sentirse cómodas en dar atención, aunque afirmaron su disposición para ayudarlos. También observaron que perciben a los drogodependientes como personas sensibles y que tienen la opinión que consumir sustancias convierte a las personas normales en débiles y tontas, conceptualizando al individuo como usuario grave e irrecuperable. Los autores de este estudio señalan que las actitudes de los enfermeros reflejan su entorno personal, social y probablemente la formación que han obtenido sobre este tema².

En el presente trabajo se estableció como objetivo describir la percepción del profesional de enfermería sobre la atención que brinda a los usuarios adictos a la marihuana en un hospital de psiquiatría. Dado que la percepción es el primer proceso cognoscitivo a través del cual los sujetos captan información del entorno, también la utilizan para formar representaciones de la realidad. Cabe destacar que ésta no se determina simplemente por los patrones de estímulo, sino que más bien es una búsqueda dinámica de la mejor interpretación de los datos disponibles, que implica ir más allá de la evidencia dada de manera inmediata por los sentidos. Según Muggenburg, et al.³ y Oviedo⁴, la percepción es el proceso de conjuntar las sensaciones acerca del mundo en representaciones mentales utilizables, creando rostros, melodías, obras de arte e ilusiones extraídas de la sensación, en donde eminentemente se deja claro que la percepción implica estimulación sensorial y que en la mayoría de las veces ésta puede ser más poderosa y convincente para los sujetos⁵.

De esto se puede deducir que, al percibir algo, se formulan hipótesis que después se someten a prueba,

de acuerdo con la información y las experiencias con las que se cuente, pues en ellas se busca una interpretación de los datos obtenidos combinándolos con los sentidos y las experiencias de cada sujeto. Obviamente que cada uno tendrá su propia manera de combinar dicha información para sí mismo, pues la percepción es individual y varía según la historia y el entorno social en que éste se ha desarrollado, y por lo tanto, cada sujeto buscará la interpretación de dicha información de acuerdo con su propia manera de ver el mundo^{6,7}.

En este sentido, a lo largo del tiempo algunos autores han tratado de dar una explicación de los elementos que intervienen en el proceso de la percepción. Para Allport, citado en Barragán y Moreno⁸, la configuración perceptual es un prejuicio, predisposición o actitud para percibir rasgos particulares de un estímulo, es decir, la tendencia a percibir o notar algunos aspectos de los datos sensoriales disponibles e ignorar otros. Además, también intervienen algunos elementos como el contexto social, instrucciones, expectativas, motivación, emoción, experiencia pasada, diferencias individuales, factores culturales y predisposición. Por lo tanto, se puede decir que la percepción es individual y cada uno, según su experiencia, antecedentes y contexto en el que se ha desarrollado, manifestará una forma de vislumbrar las situaciones. Lógicamente, cada ámbito de la vida tendrá su propio contexto^{9,10}.

La revisión de la literatura médica permite identificar que en el proceso de la percepción existen dos etapas: la primera constituye la extracción de la forma, es decir, cuando llegan las sensaciones, en la que el sujeto analiza algún objeto con elementos dispersos y globalmente intenta clasificarlos, así como el objeto completo, cuando ya está clasificado, y lo compara con patrones existentes en su memoria; cuando ese objeto concuerda con lo que hay en su memoria, se acaba la percepción del objeto. La segunda etapa es conocida como de interpretación, y se da cuando en la primera etapa no se ha podido clasificar el objeto; suele pasar cuando existe alguna ambigüedad que hace necesaria la comparación con un contexto^{4,6}.

Así pues, se puede decir que, una vez pasadas estas dos importantes etapas, la percepción resulta fundamental para la supervivencia, dado que es lo que nos permite ver el mundo, adaptarnos y funcionar en él, ya que una vez construida y generada una representación por medio de la información, es posible sentir y elaborar cualidades de los sujetos,

objetos, palabras, situaciones, colores, texturas, circunstancias, etc. De este modo, el proceso de la percepción de cada sujeto busca y facilita las respuestas conductuales que permiten la adaptación y el funcionamiento en el mundo^{5,11,12}.

En consecuencia, en la mayoría de los casos de la percepción que se tenga determinará la actitud hacia los objetos o personas; y en relación con la atención a los adictos a las drogas, socialmente en una gran mayoría no es positiva, y más aún cuando no se considera a estas personas como enfermas dignas de merecer cuidados.

Una de las teorías surgidas en la tarea de estudiar e interpretar la percepción es la teoría de la Gestalt, conocida también como una corriente de pensamiento dentro de la psicología moderna surgida a principios del siglo XX en Alemania, cuyos máximos representantes fueron M. Wertheimer, W. Köhler y K. Koffka. El principio del siglo XX estuvo caracterizado por una atmósfera de conmoción creativa en todos los campos del saber, y es en ese clima del conocimiento y de las artes en el que surge precisamente el estudio de la percepción^{4,13}.

La palabra *Gestalt* no tiene un equivalente exacto en español, pero en esencia significa 'conjunto o patrón'. Se dice que los gestaltistas pensaban que el cerebro no sólo produce una experiencia perceptual coherente, la cual es algo más que la suma de la información sensorial disponible, sino que además lo hace en forma regular y predecible, sosteniendo que los sujetos perciben directamente en primera instancia configuraciones complejas en una totalidad, y que el análisis de los elementos es posterior a esa aprehensión global, definiendo la percepción como una tendencia al orden mental en el que ésta determina la entrada de información y, en segundo lugar, garantiza que la información retomada del ambiente permita la formación de abstracciones (juicios, categorías, conceptos). Además, defienden que el papel del aprendizaje es importante, pues sostienen que las capacidades perceptuales sufren grandes cambios con la edad y el género, refiriendo que con el tiempo aumenta la constancia perceptual y varían las susceptibilidades a las ilusiones, ya que se incrementa la capacidad de organización y los estímulos según los patrones adquiridos socialmente⁴.

Material y método

Estudio cuantitativo, transversal, descriptivo y correlacional. Universo: constituido por personal de

enfermería de un hospital de psiquiatría, con un total de 132 individuos, de las diferentes categorías, entre ellas; enfermero auxiliar, enfermero general, especialista y jefe de servicio, de los diferentes turnos (matutino, vespertino, nocturno A y B, especial [sábados, domingos y días festivos]). Muestra: probabilística estratificada (132 individuos). La recolección de los datos se realizó mediante la aplicación de un cuestionario que mide la percepción, el cual cuenta con dos apartados: el primero contiene variables sociodemográficas, entre las que se incluyen sexo, estado civil, categoría de enfermería, años de antigüedad laboral y turno; y el segundo hace referencia a variables de percepción, con 20 indicadores en escala tipo Likert, que va de «Totalmente de acuerdo» a «Totalmente en desacuerdo», dimensionando 10 ítems para medir la percepción positiva en relación con los derechos humanos y otros 10 para medir percepción negativa, relacionada con el estigma social del personal de enfermería con respecto a la atención del paciente adicto a la marihuana. Los enunciados con los números 2, 3, 4, 8, 9, 10, 12, 13, 16 y 19 (50% de los ítems) miden la percepción positiva, y los enunciados con los números 1, 5, 6, 7, 11, 14, 15, 17, 18 y 20 (50% de los ítems) miden la percepción en la dimensión del estigma social. Todos los enunciados se codifican de acuerdo a los valores de la escala de Likert. La validación del instrumento se realizó mediante el juicio de especialistas en psicología clínica de la FES Iztacala y FES Zaragoza, en psiquiatría y adictología, del Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Juan Ramón de la Fuente Muñiz y del Hospital de Psiquiatría Dr. Samuel Ramírez Moreno, en enfermería de salud mental de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma Nacional de México y en enfermería psiquiátrica del Instituto Nacional de Neurología. El proyecto se sometió al Comité Científico y de Ética y se presentó el consentimiento informado a cada participante. Se realizó la prueba de confiabilidad a través del alfa de Cronbach, obteniendo 0.78 de resultado después de haber aplicado la prueba piloto. Se utilizó estadística descriptiva, y se realizó análisis de varianza (ANOVA), t de student y chi cuadrada.

Resultados

De la muestra estudiada, 71 profesionales (54% del personal de enfermería) son mujeres y 61 (46%) varones; respecto al estado civil, 65 profesionales (49%) están casados, 20 (15%) solteros, 9 (7%) viudos,

Tabla 1. Enunciados del cuestionario aplicado para medir la dimensión de los derechos humanos

Enunciados que miden la percepción	Media $\pm$ DE
Dimensión de derechos humanos	
2. El personal de enfermería debe apoyar a los adictos a la marihuana para su rehabilitación	4.7 $\pm$ 0.669
3. Los adictos a la marihuana deben ser atendidos adecuadamente para lograr su reinserción social	4.8 $\pm$ 0.54
4. Tenemos la responsabilidad de otorgar a los adictos a la marihuana la mejor atención posible	4.7 $\pm$ 0.74
8. No existen suficientes servicios de salud para el tratamiento adecuado a los adictos a la marihuana	4.0 $\pm$ 1.069
9. Se les deben dar responsabilidades a los adictos a la marihuana en lo posible y de acuerdo a sus capacidades	4.41 $\pm$ 1.080
10. Nadie tiene derecho a discriminar a los adictos a la marihuana	4.68 $\pm$ 0.705
12. Es necesario que el personal de enfermería conozca la historia de vida de los usuarios adictos a la marihuana	4.60 $\pm$ 0.856
13. Es importante el respeto de los derechos humanos de los usuarios adictos a la marihuana	4.66 $\pm$ 0.821
16. Es satisfactorio proporcionar atención a los usuarios adictos a la marihuana	4.39 $\pm$ 0.925
19. El personal de enfermería no tiene nada que temer de los usuarios adictos a la marihuana	3.82 $\pm$ 1.367
Media total	4.476

DE: desviación estándar.
Fuente: Cuestionario aplicado.

14 (11%) divorciados y 24 (18%) viven en unión libre; sobre la categoría laboral, 50 profesionales (38%) son auxiliares de enfermería, 51 (39%) enfermeros generales, 20 (15%) especialistas en psiquiatría y salud mental, y 11 (8%) jefes de servicio. La media de años de antigüedad laboral es de 17 ± 7 . Respecto al turno laboral, 30 profesionales (23%) pertenecen al turno matutino, 23 (17%) al vespertino, 49 (37%) al nocturno de las guardias A y B, y 30 (23%) al turno especial (sábados, domingos y días festivos). Como se observa en la tabla 1, los ítems contemplados en la dimensión referente a los derechos humanos (con una media de 4.476) obtuvieron calificaciones mayores de 4.0, lo que indica que los enfermeros tienen una percepción que contempla los derechos humanos hacia la atención que brindan a los usuarios adictos a la marihuana. En esta dimensión, los valores asignados en la escala fueron: 5 «Totalmente de acuerdo», 4 «Parcialmente de acuerdo», 3 «No está de acuerdo ni en desacuerdo», 2 «Parcialmente en desacuerdo», 1 «Totalmente en desacuerdo» (Tabla 1).

En la tabla 2, los ítems contemplados en la dimensión referente al estigma social presentan una media de 3.05, lo que indica que, al caer las respuestas entre las opciones de respuesta de parcial y totalmente en

desacuerdo, se convierte en una percepción positiva, ya que no considera el estigma social. En esta dimensión, los valores asignados en la escala fueron: 1 «Totalmente de acuerdo», 2 «Parcialmente de acuerdo», 3 «No está de acuerdo ni en desacuerdo», 4 «Parcialmente en desacuerdo», 5 «Totalmente en desacuerdo».

Así pues, los resultados por dimensiones son los siguientes:

- Dimensión correspondiente a los derechos humanos: ítem 2, 106 profesionales (80%) están totalmente de acuerdo; ítem 3, el 89% (117 profesionales) está totalmente de acuerdo; ítem 4, el 82% (108 profesionales) está totalmente de acuerdo; ítem 8, 94 profesionales (71%) están completamente de acuerdo; ítem 9, el 68% (90 profesionales) está completamente de acuerdo; ítem 10, el 79% (104 profesionales) está completamente de acuerdo; ítem 12, 98 profesionales (74%) están completamente de acuerdo; ítem 13, el 79% (104 enfermeros) está completamente de acuerdo; ítem 16, 51 profesionales (61%) están completamente de acuerdo; ítem 19, el 42% (55 profesionales) está totalmente de acuerdo.
- Dimensión correspondiente a estigma social: ítem 1, 62 profesionales (47%) están totalmente de

Tabla 2. Enunciados del cuestionario aplicado para medir la dimensión de estigma social

Enunciados que miden la percepción	Media $\pm$ DE
Dimensión de estigma social	
1. Los adictos a la marihuana son objeto de burla	2.5 $\pm$ 1.689
5. Los adictos a la marihuana no siempre merecen nuestra simpatía	2.84 $\pm$ 1.573
6. Los adictos a la marihuana son una carga para la sociedad	2.48 $\pm$ 1.355
7. El gasto en los servicios de salud para los adictos a la marihuana es una pérdida de dinero	3.05 $\pm$ 1.495
11. Los adictos a la marihuana son más peligrosos de lo que la gente supone	2.56 $\pm$ 1.404
14. Los usuarios adictos a la marihuana en la mayoría de los casos son ignorantes	3.17 $\pm$ 1.683
15. Los usuarios adictos a la marihuana son indeseables	3.26 $\pm$ 1.653
17. Los adictos a la marihuana no tienen remedio o curación	3.35 $\pm$ 1.607
18. La construcción de instituciones para adictos a la marihuana en barrios residenciales pone en peligro a los residentes	3.27 $\pm$ 1.612
20. Atender a usuarios adictos a la marihuana denigra la profesión de enfermería	4.10 $\pm$ 1.612
Media total	3.058
DE: desviación estándar. Fuente: Cuestionario aplicado.	

acuerdo; ítem 5, el 27% (36 enfermeros) está totalmente en desacuerdo; ítem 6, 36 profesionales (27%) están totalmente de acuerdo y el 36% (48 profesionales) está parcialmente de acuerdo; ítem 7, 26 profesionales (20%) están totalmente de acuerdo y el 25% (33 profesionales) está parcialmente de acuerdo; ítem 11, el 29% (38 participantes) está totalmente de acuerdo y el 27% (36) está parcialmente de acuerdo; ítem 14, 49 profesionales (37%) están totalmente en desacuerdo; ítem 15, el 37% (49 participantes) está totalmente en desacuerdo; ítem 17, el 37% (49 profesionales) está totalmente en desacuerdo; ítem 18, 48 profesionales (36%) están totalmente en desacuerdo; ítem 20, el 73% (96 participantes) está totalmente en desacuerdo.

Para evaluar si había diferencias en la percepción del profesional de enfermería sobre la atención al usuario adicto a la marihuana según su sexo, categoría laboral o antigüedad laboral, se realizaron diversas pruebas estadísticas, como análisis de varianza, t de student, chi cuadrada y otras pruebas de correlación. En ellas se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas, lo que quiere decir que la percepción de los profesionales de enfermería es igual entre hombres y mujeres, y no influye la antigüedad laboral, ya que no es un elemento determinante para

emitir una percepción personal, es decir, que la percepción del profesional de enfermería sobre la atención al usuario adicto a la marihuana es la misma independientemente del sexo, categoría y antigüedad laboral.

Para evaluar la relación de la percepción del profesional de enfermería sobre la atención al usuario adicto a la marihuana con las variables sociodemográficas, estado civil y turno laboral, se aplicó la prueba ANOVA, la cual reportó la existencia de diferencias estadísticamente significativas según el estado civil ($F = 11.779$; $gl = 4, 126$; $p < 0.05$). Es decir, que la percepción del profesional de enfermería sobre la atención que brinda al usuario adicto a la marihuana es diferente según el estado civil, siendo el grupo de los casados el que marca la diferencia, con una $p < 0.05$. Al comparar la percepción del profesional de enfermería sobre la atención que brinda a los usuarios adictos a la marihuana con el turno laboral, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($F = 2.718$; $gl = 3$; $p = 0.047$). Es decir, que la percepción del profesional de enfermería sobre la atención que brinda al usuario adicto a la marihuana difiere según el turno, siendo el turno vespertino (81 ± 9) el que marca la diferencia, dado que tiene los promedios más altos.

Discusión

En el presente estudio se partió de una estructura conceptual, retomando la teoría de la Gestalt, la cual sostiene que los sujetos perciben en primera instancia directamente configuraciones complejas y el análisis de los elementos es posterior a esa aprehensión global, resaltando el papel del aprendizaje y de las capacidades perceptuales, las cuales sufren grandes cambios con la edad y los estímulos según los patrones adquiridos socialmente^{4,13}. Lo anteriormente señalado sostiene la existencia de elementos que conforman la percepción, en donde se involucran procesos de la experiencia, el aprendizaje y el contexto social, así como procesos cognitivos que de alguna manera permiten a la persona formarse una idea o una manera de ver las cosas y tener su propio concepto de ellas, tal como señala Allport, citado en Barragán y Moreno⁸, cuando afirma que la configuración perceptual es un prejuicio, predisposición o actitud ante un estímulo, por lo que podría decirse que cada uno percibirá las cosas según su propia historia y contexto en el que se ha desarrollado^{3,5,14,15}. Esto concuerda con los resultados sobre la construcción del estigma social que se tiene respecto al usuario adicto a las drogas, dado que los profesionales de enfermería están totalmente de acuerdo en que los adictos a la marihuana pueden ser objeto de burla, lo cual posiblemente se debe a los prejuicios y al contexto social en que se vive.

Sin embargo, el resto de resultados presentados en este estudio se contraponen a los antecedentes teóricos^{6,8,16}. Estudios realizados en Brasil^{2,14,15} reportaron que la percepción del profesional de enfermería hacia los adictos es de rechazo, pues a una gran mayoría del personal no les agrada trabajar con este tipo de usuarios, porque los consideran amoraless e irresponsables, y que además no tienen curación, lo cual no coincide con los resultados del presente estudio, en el cual los participantes consideran que los usuarios adictos a la marihuana deben ser apoyados para lograr su rehabilitación y reinserción social, por ser parte de los derechos humanos de todo usuario el recibir trato digno y respetuoso por parte del personal de enfermería y el personal que le brinde atención. Los resultados coinciden con las recomendaciones de la Organización de las Naciones Unidas en crear instituciones de salud para el tratamiento adecuado de los usuarios, al estar totalmente de acuerdo en que no existen suficientes servicios de salud y personal de enfermería para brindar un tratamiento

adecuado a estos usuarios para su rehabilitación, y que indudablemente refleja la preocupación de los profesionales de enfermería para lograr el cumplimiento de la misión del Hospital de Psiquiatría, en donde se ofrece atención integral de calidad a través de la interacción de acciones preventivas, curativas y rehabilitadoras para los usuarios que requieren de servicios especializados en salud mental. Y en concordancia con dicha misión, los profesionales de enfermería están de acuerdo en asignar responsabilidades a los adictos a la marihuana como fomento para su reinserción social; además, consideran que nadie tiene derecho a discriminar a los usuarios adictos a la marihuana, lo que concuerda con el derecho humano de no ser sujeto de discriminación por su condición de enfermo mental. Estos resultados también concuerdan con uno de los valores del hospital, el cual hace referencia al trato digno y respetuoso para los usuarios, y con la organización Pro-Salud Mental¹⁷. Además, contrasta con lo referido en el Congreso de Salud Mental que se realizó en Zihuatanejo¹⁸, en el que se mencionó que el estigma social contra los usuarios adictos provoca desdén y menosprecio, lo que pudiera dificultar la integración a la sociedad de estos usuarios. Otro estudio realizado en México¹² reportó que el estigma social genera que se perciba a estos usuarios como peligrosos para la seguridad pública, porque generalmente sus conductas son consideradas como desviadas, lo que es una manera de discriminación social hacia estas personas⁵, contrario a lo que opinan los encuestados, dado que están totalmente de acuerdo en que el personal de enfermería no tiene nada que temer de los usuarios adictos a la marihuana y están totalmente en desacuerdo en que la construcción de instituciones para adictos a la marihuana en barrios residenciales ponga en peligro a los residentes. Por otro lado, investigadores brasileños señalan la necesidad de poseer conocimientos sobre salud mental, pues ellos han reportado en sus estudios que en los enfermeros existe una escasa formación sobre esta temática y que son pocos los que están formados en este campo^{19,20}, lo cual concuerda con la mayoría de los participantes de nuestro estudio, que está totalmente de acuerdo en que es necesario conocer la historia de vida de los usuarios adictos a la marihuana para comprender y abordar de una forma integral su problema. También coinciden con los resultados obtenidos en Sao Paulo¹³ sobre la formación que necesitan los enfermeros con relación al fenómeno de las drogas, resaltando que el conocimiento y la comprensión hacia este

fenómeno es fundamental e imprescindible para el ejercicio profesional^{20,21,23}. En un estudio en México sobre el cuidado del usuario adicto a las drogas, los conocimientos y las creencias de amoralidad del personal de enfermería fueron mayores, por lo que puede decirse que, cuando se les considera de esta manera, poco se respetan sus derechos^{24,25}. La presente investigación resalta el respeto de sus derechos humanos, ya que los enfermeros están totalmente de acuerdo en respetarlos, y a su vez comparten la responsabilidad para otorgarles la mejor atención posible. Otro dato relevante que se presentó en el estudio es que los profesionales están totalmente en desacuerdo en que atender a los usuarios adictos a la marihuana denigre la profesión de enfermería, argumentando que es satisfactorio proporcionar atención a los usuarios adictos a la marihuana, lo que resalta el compromiso por parte del profesional de enfermería sobre la atención que deben brindar a los usuarios independientemente de su enfermedad. Estos resultados se contraponen nuevamente a algunos antecedentes revisados, ya que en un estudio realizado en Brasil¹⁹, en el que se evaluaron las actitudes de los enfermeros con relación al paciente drogodependiente, los resultados reportaron que la vida de estos es desagradable, no siendo el paciente de su preferencia, indicando indiferencia en cuanto a sentirse cómodos en dar atención; aunque afirmaron disposición para ayudarlos, no sienten satisfacción alguna al brindar atención a estos usuarios. Los resultados que aquí se discuten reflejan que, de acuerdo con el sexo, no existen diferencias estadísticamente significativas, lo que quiere decir que la percepción es similar entre ambos sexos; además, la categoría laboral tampoco influye, ya que, independientemente de ésta, la percepción de las y los enfermeros sobre la atención de estos usuarios es eminentemente positiva.

Conclusiones

Recordando lo señalado por Allport, citado en Barragán y Moreno⁸, que afirma que cada individuo percibirá las cosas de acuerdo con su propia historia y contexto en el que se desarrolla, los resultados de este estudio se apegan a dicha construcción de la percepción, pues se encontró que en la percepción del profesional de enfermería sobre la atención al usuario adicto a la marihuana, con relación al estado civil, existen diferencias estadísticamente significativas, de las y los enfermeros casados; esto puede deberse posiblemente a la interacción con el otro de

una manera cotidiana, la historia de vida, el aprendizaje que se va obteniendo con el paso de los años, como señala el autor antes mencionado.

Cabe resaltar que, al comparar la percepción de los profesionales de enfermería en diferentes turnos laborales, se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas entre éstos, siendo el grupo que marca la diferencia el del turno vespertino, posiblemente porque en dicho turno el personal de enfermería se apegas más a los indicadores de dotación de recursos humanos; además, la carga de trabajo es menor, ya que la mayoría de las actividades se realizan en el turno matutino. Cabe destacar que el turno vespertino se ve favorecido, entre otros aspectos, por la convivencia y comunicación efectiva con los usuarios, ya que en distintos momentos se tiene la oportunidad de interactuar directamente con cada uno de los usuarios y conocer en profundidad sus principales necesidades, con el fin de brindarles los mejores cuidados de enfermería.

Se concluye en el presente trabajo que los resultados en la mayoría de los casos contrastan con los antecedentes de los estudios anteriormente revisados, en los que la percepción de los profesionales de enfermería no es muy favorable, ya que los enfermeros perciben a las personas que consumen drogas como viciosas y amorales. En cambio, la percepción del profesional de enfermería del hospital psiquiátrico en cuestión es favorable hacia estos usuarios, destacando el trato digno y el compromiso profesional para participar en su rehabilitación y reinserción social.

Cabe resaltar que en el presente estudio se ve reflejada la percepción favorable de los profesionales de enfermería del hospital donde se realizó el estudio, destacando la empatía para apoyar a los usuarios en sus actividades de la vida diaria, terapias ocupacionales y de rehabilitación psicosocial, además de la preocupación por atenderlos adecuadamente. Esto manifiesta el importante rol que desempeña el profesional de enfermería, pues ellos constituyen el recurso humano imprescindible en la prevención, promoción y cuidado de las personas que presentan conductas adictivas.

También se puede observar que el profesional de enfermería está comprometido con el cuidado de los usuarios adictos a la marihuana, imperando tal compromiso sobre el estigma social que se tiene sobre estos usuarios, por lo que puede suponerse que, cuantos más profesionales de enfermería se sumen a esta labor, se puede minimizar la problemática social

de la adicción a la marihuana, destacando que el profesional de enfermería posee elementos valiosos para el cuidado humano de los individuos, familia y comunidad.

A su vez, los resultados abren la posibilidad de implementar un modelo de atención con programas específicos de rehabilitación psicosocial para usuarios adictos a la marihuana, tomando como directriz el seguimiento de los profesionales de enfermería como parte del equipo multidisciplinario.

Es importante promover programas de estudio que permitan a los futuros enfermeros interesarse y comprender el fenómeno de las conductas adictivas, entendiéndolo como un problema de salud pública que aumenta día a día.

Bibliografía

- Müggenburg-Rodríguez MC, Riveros-Rosas A. Interacción enfermera paciente y su repercusión en el cuidado hospitalario (I). *Enfermería Universitaria*. 2012;9(1):36-47.
- Reyes NP. Actitud de la enfermera de un complejo hospitalario en relación al usuario alcohólico. *Rev Latino-Americana Enfermagem*. 2004;12:420-6.
- Müggenburg-Rodríguez MC, Olvera S, Riveros A, Hernández-Guillen C, Aldana A. Autoevaluación de enfermeras respecto a la comunicación percibida con pacientes como resultado de un entrenamiento. *Enfermería Universitaria*. 2015;12(1):12-8.
- Oviedo GL. Percepción como un proceso de extracción y selección de información relevante. *Revista de Estudios Sociales*. 2004;18:89-96. Disponible en: <http://res.uniandes.edu.co/view.php/375/1.php>. [Consultado el 04 de mayo de 2009].
- Mora-Ríos J, Ortega-Ortega M, Nájera G. Autoestigma en usuarios de servicios psiquiátricos y su relación con variables sociodemográficas clínicas y sociales. *Acta psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 2015;59(3):147-58.
- Ramos-Frausto V, Rico-Venegas R, Martínez P. Percepción del familiar acompañante con respecto al cuidado de enfermería en hospitalización. *Enfermería Global*. 2012;11(25):219-32.
- Achury-Saldaña DM, Pinilla-Alarcón M, Alvarado-Romero H. Aspects that facilitate or interfere in the communication process between nursing professionals and patients in critical state. *Invest Educ Enferm*. 2015;33(1):102-11.
- Barragán-Becerra A, Moreno CM. Calidad percibida por usuarios de enfermería en tres hospitales públicos. *Enfermería Global*. 2013;12(29):217-28.
- Díaz-Cortés M. Comunicación enfermera/paciente: reflexión sobre la relación de ayuda. *Rev Esp Com Sal*. 2011;2(1):64-75.
- Bied B, Le Boutillier C. Social factors and recovery from mental health difficulties. *British Journal of Social Work*. 2011.
- Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería Universitaria*. 2015;12(3):34-43.
- Rengel MD. La constitución social del otro estigma perjuicio e identidad en drogodependientes y enfermos de sida. *Gaceta de Antropología*. 2005;21:21-5.
- Carraro T, Rassoool G, Luis M. La formación del enfermero y el fenómeno de las drogas en el Sul de Brasil: actitudes y creencias de estudiantes de enfermería sobre la atención. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005;13:863-71.
- Vargas D, Luis MAV. Alcohol, alcoholism and alcohol addicts: conceptions and attitudes of nurses from district basic health centers. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2008;16:543-50.
- Navarrete PR, Luis MAV. Actitud de la enfermera de un complejo hospitalario en relación al usuario alcohólico. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2004;12:420-6.
- Rodríguez LE, Caballero CG. Conocimientos, actitudes y prácticas de enfermería sobre salud mental. *Rev Médica Electrónica [Seriada en línea]*. 2002;24(1). Disponible en: http://www.revmatanzas.sld.cu/revista_médica/año2002/tema8.htm. [Consultado en mayo de 2009].
- Organización Voz Prosalud Mental. CDMEX. Disponible en: www.vozprosalud.org. 2016.
- Adicciones y comorbilidad. En: Simposio Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, TDA/H. Asociación de Especialistas en Salud Mental del IMSS, ESAME. Congreso Regional Vicepresidencia Centro Psiquiatría: ciencia y compromisos. Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C.; 2004. p. 1-25.
- Vásquez EM, Pillon SC. La formación de enfermeras y el fenómeno de las drogas en Colombia: conocimientos, actitudes y creencias. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005;13:845-53.
- Tapia D, Villalobos R, Valera M, Cadena J, Ramírez J. Adicciones en el adolescente: prevención y atención desde un enfoque holístico. [En línea] México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala; 2016.
- Souza MM. El personal de salud y el manejo de los síndromes adictivos (segunda y última parte). *Rev Electrónica Liber Addictus*. 2000;38. Disponible en: <http://www.infoadicciones.net/Pdf/0452-38.pdf>. [Consultado en mayo de 2009].
- Gallegos A. Conocimientos y creencias del personal de enfermería sobre el cuidado de drogas. *Revista Red de Enfermería de América*. 2007;2(4):35-9.
- Montoya AA, Pillon SC. Nursing students' perception regarding predicting factors of drugs use. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2008;16:607-13.
- Lupaca-Laime PS. Percepción del usuario sobre calidad de atención en el cuidado de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo. 2013.
- Blanco-Abril S, Sánchez-Vicario F, Cinchilla-Nevado MA, et al. Satisfacción de los pacientes de urgencias con los cuidados enfermeros. *Enfermería Clínica*. 2010;20(1):23-32.
- Payne F, Harvey K, Jessopp L, Plummer S, Tylee A, Gournay K. Knowledge, confidence and attitudes towards mental health of nurses working in NHS Direct and the effects of training. *J Adv Nurs*. 2002;40(5):549-59.
- Michael BF. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV. Texto y Criterios del DSM-IV. España: Ed. Elsevier Masson; 2007. p. 590.
- Organización Mundial de la Salud CIE-10 promovida por la (OMS, 2013), 2.ª ed. Geneva; 2013.
- Encuesta Nacional de epidemiología psiquiátrica. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente; 2016.

Valoración de lesiones intraorales en la contribución del diagnóstico estomatológico oportuno de granulomatosis con poliangeítis por el profesional de enfermería

Rubén Zaldívar-Díaz^{1*} y Francisco Jair S. González-Robles²

¹Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México;

²Servicio de Estomatología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Ciudad de México, México

Resumen

Introducción: La granulomatosis con poliangeítis (GPA) es una enfermedad sistémica autoinmune, caracterizada por vasculitis sistémica necrotizante, que afecta a los vasos sanguíneos de pequeño y mediano calibre y a menudo se asocia con anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA). No se conoce la etiología precisa de esta enfermedad, aunque bacterias y virus, así como factores genéticos, han sido implicados en su patogénesis. La incidencia de la GPA es igual en hombres y mujeres, y es más común en caucásicos que en otros grupos étnicos. La incidencia de manifestaciones orales en la GPA varía del 6 al 13% de los pacientes, y la boca es el sitio inicial de presentación clínica en el 5-6% de los casos. El tratamiento con corticoesteroides en combinación con ciclofosfamida es efectivo para la GPA. **Objetivo:** Contribuir en la identificación de lesiones orales de GPA por parte del profesional de enfermería como equipo multidisciplinario de primer contacto con el paciente hospitalizado. **Conclusiones:** La identificación temprana de las manifestaciones orales de la GPA por parte del profesional de enfermería en pacientes hospitalizados permitirá un diagnóstico estomatológico y un tratamiento multidisciplinario oportuno, en el que el tiempo es un factor importante debido a su rápida progresión y resultado potencialmente fatal. Por lo tanto, enfermeros, médicos y estomatólogos deben trabajar en conjunto en beneficio de la atención de calidad de los pacientes con este padecimiento.

Palabras clave: Granulomatosis con poliangeítis. Manifestaciones bucales. Valoración de enfermería. Diagnóstico oportuno.

Abstract

Introduction: Granulomatosis with polyangiitis (GPA) is an autoimmune systemic disease, characterized by systemic necrotizing vasculitis, which affects small- and medium-sized blood vessels and is often associated with antineutrophil cytoplasmic antibody. The precise etiology remains unknown, although bacteria and viruses as well as genetic factors have been implicated in its pathogenesis, the incidence of GPA is the same in men and women, and it is more common in Caucasians than in other ethnic groups. The incidence of oral manifestations in GPA range from 6–13% of patients, being the mouth the first site of clinical presentation in 5–6% of cases. Treatment with corticosteroids in combination with cyclophosphamide is effective for GPA. **Objective:** Contribute in the identification of oral lesions of Granulomatosis with Polyangiitis by the nursing professional as a multidisciplinary team of first contact with the hospitalized patient. **Conclusions:** The early identification of oral manifestations in Granulomatosis with polyangiitis by the nursing professional in hospitalized patients will allow a stomatological diagnosis and timely multidisciplinary treatment in which time is an important factor due to its rapid progression and potentially fatal outcome. Therefore, nurses, doctors and stomatologists must work in partnership to benefit the quality attention of patients with this condition (Rev Mex Enf. 2018;6:15-21)

Corresponding author: Rubén Zaldívar-Díaz,
E-mail: rubenzaldivard@gmail.com

Key words: Granulomatosis with polyangiitis. Dental assessment. Nursing assessment. Timely diagnosis.

Correspondencia:

*Rubén Zaldívar-Díaz

E-mail: rubenzaldivard@gmail.com

Fecha de recepción: 14-11-2017

Fecha de aceptación: 17-01-2018

DOI: 10.24875/ENF.M18000003

Cómo citar este artículo: Zaldívar-Díaz R, González-Robles FJS. Valoración de lesiones intraorales en la contribución del diagnóstico estomatológico oportuno de granulomatosis con poliangeítis por el profesional de enfermería. Rev Mex Enf. 2018;6:15-21

Tabla 1. Otras enfermedades descritas con resultados positivos para ANCA⁷

- Otras vasculitis (arteritis de células gigantes, vasculitis asociada a inmunoglobulina A [púrpura de Schönlein-Hench], enfermedad de Takayasu, vasculitis crioglobulinémica idiopática)*
- Enfermedades del tejido conjuntivo (AR, LEG, esclerodermia)
- Enfermedades gastrointestinales y hepáticas (CUCI, Crohn, colangitis esclerosante, cirrosis biliar primaria)
- Infecciones (tuberculosis, lepra, infección por el VIH, infección o crioglobulinemia por virus de la hepatitis C)
- Neoplasias (linfoproliferativas, mieloides, carcinomas)
- Enfermedades diversas (sarcoidosis, nefropatía por inmunoglobulina A, eritema *elevatum diutinum*)
- Asociadas a fármacos (propiltiouracilo, metamizol, hidrazalina, cocaína, cocaína adulterada con levamisol)

*Excepcional.

Introducción

La GPA, antes conocida como granulomatosis de Wegener, se caracteriza por ser una vasculitis necrotizante granulomatosa de pequeños vasos que afecta generalmente a las vías respiratorias altas, los pulmones y los riñones¹. Fue descrita originalmente por el patólogo alemán F. Wegener en 1937 con una incidencia de 7-12 nuevos casos/1,000,000 de habitantes al año².

Su etiología aún es desconocida, pero se cree que es originada por una infección (*Staphylococcus aureus*), el medio ambiente, químicos como el silicio, desencadenantes tóxicos o farmacológicos en pacientes con predisposición genética^{3,4}. Puede ocurrir a cualquier edad; sin embargo, es más común entre los 40-55 años⁵ y afecta a ambos sexos en igual proporción, y predominantemente a pacientes de raza blanca⁴.

La enfermedad puede presentarse en una forma localizada, que generalmente afecta al tracto respiratorio superior, o sistémica, la cual es más severa y agresiva. Las manifestaciones clínicas dependen de la afectación de los vasos sanguíneos comprometidos y, además de la tríada clásica, también puede afectar al sistema nervioso central y periférico, la piel, el tracto gastrointestinal y el sistema musculoesquelético¹. La tríada clásica de la GPA se caracteriza por necrosis vascular sistémica, inflamación granulomatosa y glomerulonefritis sin depósitos de inmunoglobulinas o pauciinmune⁶.

Las formas limitadas de GPA afectan predominantemente al tracto respiratorio superior, mientras que las formas generalizadas de la enfermedad incluyen manifestaciones renales y/o hemorragia alveolar y/o involucreción de órganos vitales, con una condición general alterada².

Diagnóstico

La GPA se diagnostica con base en manifestaciones clínicas de la vasculitis sistémica y evidencia histoló-

gica de necrosis vascular o inflamación granulomatosa².

Las vasculitis son un conjunto heterogéneo de enfermedades sistémicas caracterizadas por la inflamación y, en cierta medida, destrucción de los vasos sanguíneos; por ende, afectan a la perfusión o permeabilidad de dichos vasos⁵.

En 1985 se logró un avance significativo para su diagnóstico con el descubrimiento del ANCA, cuya presencia se correlaciona con la actividad de esta enfermedad⁴ y de otras enfermedades ANCA positivas⁷ (Tabla 1).

La inmunopatogenia de la GPA es compleja: se detectan ANCA con patrón citoplasmático dirigidos contra la proteinasa 3 en el 90% de los pacientes y contra la mieloperoxidasa en aproximadamente el 10% de los pacientes con GPA, siendo éste un marcador muy específico, aunque no patognomónico, de la enfermedad^{7,8}.

La detección de ANCA es tanto sensible como específica para el diagnóstico de GPA. Los ANCA son producidos con el auxilio de los linfocitos T, y activan a los leucocitos y los monocitos, los cuales conjuntamente dañan las paredes de los vasos pequeños. La lesión del endotelio también atrae a más leucocitos y extiende la inflamación⁹.

La detección en suero de ANCA es una herramienta diagnóstica valiosa; sin embargo, su positividad varía, siendo del 80 al 90% en los casos de GPA y poliangeítis microscópica, y solamente del 50% en la granulomatosis eosinofílica con poliangeítis. Cuando se combina la detección por inmunofluorescencia indirecta y análisis de inmunoabsorción ligada a las enzimas, la sensibilidad de esta prueba diagnóstica es del 80%, con una especificidad del 95%¹⁰.

El diagnóstico de la GPA se basa en las manifestaciones clínicas, biopsia de los órganos afectados y c-ANCA positivas. El *American College of Rheumatology*

Tabla 2. Criterios del ACR (1990) para la clasificación de la GPA¹¹

- Inflamación nasal u oral: úlceras orales, con dolor o sin él, o secreción nasal purulenta o hemorrágica
- Alteraciones de la radiografía de tórax: nódulos, imágenes cavitadas o infiltrados no migratorios ni fugaces
- Sedimento urinario activo: microhematuria (> 5 hematíes por campo) o cilindros hemáticos
- Biopsia: inflamación granulomatosa dentro de la pared de una arteria o en la región perivascular o extravascular de una arteria o arteriola

Nota: se requiere la presencia de dos criterios o más para la clasificación.

**Figura 1.** Exposición del hueso alveolar subyacente (triángulo)¹³.

(ACR) publicó en 1990 los criterios para la clasificación de la GPA¹¹ (Tabla 2).

La coexistencia de dos de estos cuatro criterios da una sensibilidad del 88.2% y una especificidad del 92% para el diagnóstico de la GPA¹².

Manifestaciones clínicas

La GPA tiene una amplia gama de síntomas iniciales, que incluyen fiebre, malestar general, pirexia, dolor de cabeza, sudores nocturnos, anorexia, rino-rrhea o epifora persistente, secreción nasal sanguinolenta purulenta, úlceras orales y/o nasales, sinusitis crónica, dolor de garganta, dolor de oído, pérdida de la audición, ronquera, estridor, disfonía, tos, disnea, pérdida visual, agrandamiento de las glándulas salivales, artritis, artralgias, mialgias, neuropatía periférica, pérdida de peso, dolor abdominal, melena y hemorragia vaginal⁶.

Manifestaciones orales para la valoración intraoral

Las manifestaciones en la cavidad oral están presentes en un 6-13% de los pacientes durante el curso de la enfermedad, pero la manifestación oral como el primer signo de la enfermedad se encuentra sólo en el 2% de los casos².

Tabla 3. Afectación oral de la GPA⁶

Estructura	Características clínicas
Mucosa oral	Ulceración, retraso de cicatrización postextracción Agrandamiento, «encía en fresa», eritema, petequias, hemorragia
Encía	Ulceración, necrosis Osteomielitis y resorción Ulceración, osteonecrosis, fístula oroantral
Lengua	Movilidad, pérdida de dientes
Hueso alveolar	Ulceración
Paladar	Masas nodulares, inflamación, descamación
Dientes	
Orofaringe	
Labios	

Las manifestaciones orales de la GPA se resumen en la tabla 3, e incluyen ulceraciones orales de la mucosa bucal y/o lingual, piso de boca, faringe posterior, tonsilas y nódulos en mucosa labial. Otras características incluyen retraso en el proceso de cicatrización postextracción, necrosis lingual, osteonecrosis del paladar, fístulas oroantrales, inflamación y descamación de labios y agrandamiento de las glándulas salivales (Fig. 1)⁶.

La manifestación predominante es la gingivitis granulomatosa papuloeritematosa, pudiendo verse también necrosis mucosa y úlceras inespecíficas con o sin repercusión de estructuras vecinas¹⁴.

La valoración intraoral consiste en observar clínicamente la cavidad y en particular la lesión. La manifestación más característica es la hiperplasia gingival de la encía adherida (agrandamiento de la encía), con hiperemia y petequias en su superficie, sangrante al roce. Por su aspecto, se la ha llamado *strawberry gingiva* o encía en fresa (Tabla 4)¹⁴.

Las biopsias de las lesiones gingivales rara vez muestran la típica vasculitis granulomatosa necrosante de los pequeños vasos; se ha encontrado con mayor frecuencia la combinación de hiperplasia pseudoepiteliomatosa, microabscesos neutrófilos y células gigantes multinucleadas (Fig. 2)¹⁵.



Figura 2. «Encía en fresa» en arcada superior e inferior¹⁰.

Tratamiento sistémico

La GPA requiere un tratamiento eficaz y directo de las manifestaciones agudas y crónicas. Una vez establecido el diagnóstico, se debe diseñar una estrategia de tratamiento apropiada para cada paciente, según la evidencia clínica actual, las pautas de tratamiento y las recomendaciones¹⁶.

El tratamiento se basa en una primera fase, conocida como la fase de inducción, que pretende poner rápidamente en remisión la enfermedad; dura alrededor de 3-6 meses, según la respuesta clínica. Una segunda fase, conocida como fase de mantenimiento, debe consolidar la remisión y limitar el riesgo de remisión; dura de 12 a 24 meses^{3,17}.

La intensidad del abordaje terapéutico inicial debe ajustarse para cada paciente, con base en la gravedad de la GPA con el fin de evitar dos dificultades: tratamiento excesivo asociado con un riesgo significativo de efectos secundarios y tratamiento insuficiente con un riesgo de fracaso o remisión temprana³.

Las terapias actuales minimizan la inflamación local y sistémica, y pueden preservar la función sistémica. Los agentes inmunosupresores se combinan con manejo de soporte, que incluye: compensación de la disfunción orgánica (tratamiento de la hipertensión o diálisis), tratar o prevenir la comorbilidad (infección, osteoporosis o cataratas), empeoramiento de comorbilidad preexistente (empeoramiento de enfermedad

Tabla 4. Diagnóstico diferencial de las gingivitis granulomatosas¹⁴

Manifestación oral del VIH
Tuberculosis
Leishmaniosis
Sífilis
Actinomicosis
Histoplasmosis
Coccidioidomicosis
Blastomicosis
Mucormicosis
Aspergilosis
Enfermedad de Crohn
GPA
Sarcoidosis
Granulomatosis de la línea media
Linfomas T/NK
Histiocitosis de Langerhans
Gingivitis por fármacos:
– Fenitoína
– Ciclosporina
– Verapamilo
– Nifedipino

cardíaca isquémica o la obesidad) y el desarrollo de nuevas enfermedades.

El abordaje del paciente debe incluir la evaluación de la severidad y el contexto en que se produce la enfermedad¹. En la tabla 5 se muestran los principales fármacos usados en el tratamiento de la GPA, con sus respectivos efectos adversos.

En la fase activa se pone en peligro la función vital orgánica; en estos casos es útil la ciclofosfamida intravenosa para inducir la remisión. Después se sugiere cambiar a otro agente menos tóxico para mantener esta remisión. La ciclofosfamida tiene varios efectos secundarios: supresión medular, coinfecciones, cistitis, infertilidad, mielodisplasia y cáncer de vejiga de células transicionales¹².

Si no se trata, la enfermedad tiene un curso rápidamente fatal y el 82% de los pacientes muere en un año. La enfermedad renal progresiva es la principal causa de muerte; al menos el 10% e incluso hasta el 30% de los pacientes con vasculitis ANCA positiva desarrollan insuficiencia renal que amerita sustitución de la función renal^{7,16}.

Afortunadamente, con enfoques terapéuticos cada vez más estandarizados y la aparición de nuevas bio-terapias, el 90% de los pacientes entra en remisión, y la tasa de supervivencia es de aproximadamente el 80% a los 10 años³.

La combinación de ciclofosfamida, glucocorticoide y plasmaféresis permite una mejor recuperación renal en comparación con el esquema sin plasmaféresis¹⁸.

Tabla 5. Medicamentos frecuentemente utilizados en el tratamiento de la GPA¹

Terapia	Fase	Dosis	Eventos adversos
Glucocorticoide	Inducción y mantenimiento	1 mg/kg/día	Riesgos de infección Cataratas Hipertensión Osteoporosis Síndrome de Cushing
Ciclofosfamida	Inducción	1.5-2 mg/kg/ dosis día; 6-10 dosis	Citopenia Náuseas y vomito Diarrea Pérdida de cabello Teratogénesis Cistitis hemorrágica Riesgo a largo plazo de infertilidad y tumores malignos
Metotrexato	Inducción o mantenimiento	15-25 mg/ semanal, oral o subcutáneo	Náuseas Diarrea Úlceras orales Pérdida de cabello Citopenia Disfunción hepática
Mofetil micofenolato	Inducción o mantenimiento	2-3 g/día	Náuseas Diarrea Úlceras orales Pérdida de cabello Citopenia Disfunción hepática
Azatriopina	Inducción y mantenimiento	2 mg/kg/día	Náuseas Diarrea Úlceras orales Pérdida de cabello Citopenia Disfunción hepática Tumores de piel no melanoma
Ciclosporina	Mantenimiento	2 mg/kg/día	Náuseas Diarrea Hiperplasia gingival Hipertricosis facial Citopenia Disfunción renal Hipertensión
Rituximab	Inducción o mantenimiento	2 g/kg, dosis única o dividida en 5 días	Neutropenia Hipogammaglobulinemia Infecciones Potencial para la reactivación viral Desarrollo de otras enfermedades autoinmunes

Tratamiento de las afecciones orales

El tratamiento va dirigido principalmente a evitar que las condiciones locales de la cavidad oral se agraven, a disminuir la molestia que éstas puedan ocasionar al paciente y a mantener unas condiciones adecuadas de higiene.

Las lesiones ulcerativas en la mucosa oral pueden ocasionar dolor y limitaciones en la alimentación. El

objetivo terapéutico es disminuir su severidad y aminorar la sintomatología.

Fármacos protectores de mucosa

El empleo de fármacos citoprotectores se debe con frecuencia a su bajo costo y a su facilidad de uso en forma de colutorio, en el que se combinan con anestésicos y/o antihistamínicos, los cuales forman una

capa protectora sobre la mucosa e incrementan la síntesis de las prostaglandinas E2 favoreciendo la reparación tisular. Otra característica es que poseen propiedades antiinflamatorias, analgésicas y antimicrobianas¹⁹.

La benzidamina es el fármaco que cuenta con mayor soporte en la literatura médica sobre su eficacia, ya que diversos estudios han demostrado que disminuye la severidad de las lesiones, así como la sintomatología dolorosa²⁰.

Se encuentran múltiples fórmulas para la preparación de la solución Filadelfia. Sus principales componentes son antihistamínicos, protectores de la mucosa, antifúngicos y anestésicos, entre otros. Su efecto se enfoca en la disminución de la severidad de las lesiones y disminución en la intensidad del dolor, mejorando la ingesta de alimentos por parte del paciente²¹.

Higiene oral

Una higiene oral deficiente es un factor desencadenante que agrava la sintomatología. La placa bacteriana y la enfermedad periodontal son factores determinantes que intervienen en la severidad de las condiciones orales²².

Aunado a esto, el paciente debe recibir tratamiento periodontal inicial o fase I periodontal con el objetivo de modificar o eliminar la causa microbiana y los factores contribuyentes de las enfermedades gingivales y periodontales que puedan agravar su condición local y sistémica²³.

La valoración del profesional de enfermería juega un papel preponderante en la identificación temprana de las manifestaciones orales en pacientes hospitalizados, así como la comunicación efectiva con el médico y estomatólogo, quienes se encargarán del tratamiento oportuno²⁴.

Es importante que el profesional de enfermería que tenga mayor contacto con el paciente hospitalizado lleve a cabo la educación y establezca los cuidados en la higiene que permitan mantener la salud bucal en la medida de lo posible.

La *American Academy of Periodontology* incluye los siguientes puntos en los parámetros de atención:

- Evaluación y modificación de los factores de riesgo sistémicos del paciente. Se incluyen, entre otros, enfermedades sistémicas, hábito de fumar, abuso de sustancias y consumo de medicamentos.
- Eliminación de la placa dentobacteriana (PBD) por el paciente (indicaciones de higiene oral).

- Remoción de la PBD y cálculo dental de las superficies dentarias (profesional).
- Control o eliminación de factores locales contribuyentes:
 - Retratamiento y/o corrección de restauraciones mal adaptadas.
 - Corrección de prótesis desajustadas.
 - Eliminación de caries y su posterior restauración dental.
 - Tratamiento de zonas de alojamiento y acumulación de alimentos.
 - Tratamiento del trauma oclusal.
 - Extracciones de dientes dañados irrecuperables²⁵.

Conclusiones

La GPA es una enfermedad sistémica autoinmune, caracterizada por vasculitis sistémica necrotizante, que afecta a vasos sanguíneos de pequeño y mediano calibre, tracto respiratorio superior e inferior, así como al riñón. Su diagnóstico se basa en manifestaciones clínicas, estudios de imagen, c-ANCA y estudios histológicos.

La hiperplasia gingival que no está asociada con la remisión después de terapia periodontal o con la administración de medicamentos debe considerarse relacionada con la GPA.

La valoración adecuada de las manifestaciones orales por parte del cirujano dentista permitirá el diagnóstico acertado y el tratamiento oportuno de una enfermedad en la que el tiempo es un factor importante, debido a su rápida progresión y resultado potencialmente fatal.

Las manifestaciones orales de la GPA están presentes en un bajo porcentaje de pacientes; no obstante, en pacientes hospitalizados es importante saber identificarlas de manera temprana; sin embargo, con el trabajo multidisciplinario y coordinado con el profesional de enfermería como equipo de primer contacto con el paciente es posible que éste sea referido oportunamente al cirujano dentista para un tratamiento oral adecuado, que es parte del tratamiento integral que estos pacientes deben recibir. Los tratamientos en la cavidad oral están encaminados a disminuir la sintomatología y mantener las condiciones orales adecuadas en el paciente.

Es importante que el cirujano dentista y los profesionales de la salud, como médicos internistas, enfermeros, nefrólogos, reumatólogos, etc. tengan conocimientos en el aspecto orofacial con el fin de detectar

de manera oportuna las manifestaciones clínicas de enfermedades poco frecuentes, como la GPA, para tratar de manera multifactorial y oportuna dichos padecimientos.

Los profesionales de la salud deben estar familiarizados con las manifestaciones orofaciales de enfermedades raras, como la GPA, para así poder derivar a los pacientes de manera oportuna a otros especialistas, como reumatólogos y nefrólogos, entre otros profesionales.

Es importante mantener la comunicación asertiva con los pacientes que presentan estas afecciones, informando sobre el tratamiento bucal y su relación con el tratamiento sistémico.

Bibliografía

1. Fabris JL, Jaramillo G, Torres R, et al. Compromiso renal en un paciente con granulomatosis de Wegener: caso clínico y revisión de la literatura. *Revista Colombiana de Nefrología*. 2017;4(1):99-111.
2. Fonseca F, Benites B, Ferrari A, et al. Gingival granulomatosis with polyangiitis (Wegener's granulomatosis) as a primary manifestation of the disease. *Aust Dent J*. 2016;62(1):102-6.
3. Comarmond C, Cacoub P. Granulomatosis with polyangiitis (Wegener): Clinical aspects and treatment. *Autoimmun Rev*. 2014;13(11):1121-5.
4. Vega Braga F, Machado de Carvalho G, Caixeta Guimarães A, Scaramussa L, Jordão Gusmão R. Manifestaciones otorrinolaringológicas de la granulomatosis de Wegener. *Acta Otorrinolaringológica Española*. 2013;64(1):45-9.
5. Hoyos S. Granulomatosis con poliangeítis: actualización y conceptos claves. *Revista Cubana de Reumatología*. 2016;18(1):36-44.
6. Almouhawis H, Leao J, Fedele S, Porter S. Wegener's granulomatosis: a review of clinical features and an update in diagnosis and treatment. *J Oral Pathol Med*. 2013;42(7):507-16.
7. Flores-Suárez L. Utilidad de los anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo en reumatología. *Reumatología Clínica*. 2012;8(6):351-7.
8. Belmonte Serrano M. *Enfermedades reumáticas*, 2.ª ed. Madrid: Ibáñez & Plaza Asociados; 2013.
9. Blengio Pinto J, Fauci A, Hauser S, et al. *Harrison principios de medicina interna*, 18.ª ed. México, D. F.: McGraw-Hill; 2012.
10. Uribe S, Sierra E, Arias L, Vanegas García A. Granulomatosis con poliangeítis, doble positividad de anticuerpos contra el citoplasma de neutrófilos y granuloma renal. *Revista Colombiana de Reumatología*. 2014;21(3):160-4.
11. Leavitt R, Fauci A, Bloch D, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Wegener's granulomatosis. *Arthritis Rheum*. 2010;33(8):1101-7.
12. Calzada J, Jaramillo H, Delgadillo G, Macías D. Granulomatosis de Wegener: presentación de un caso clínico y revisión de la bibliografía. *Medicina Interna de México*. 2012;28(5):504-7.
13. Sung I, Kim Y, Cho Y, Son J. Role of gingival manifestation in diagnosis of granulomatosis with polyangiitis (Wegener's granulomatosis). *J Periodontal Implant Sci*. 2015;45(6):247-51.
14. Candau A, Valenzuela B, Dean A, Alamillos F. Granulomatosis de Wegener con afectación de la mucosa oral como primera manifestación. *Acta Otorrinolaringológica Española*. 2014;65(1):53-5.
15. Thompson G, Benwell N, Hollingsworth P, McLean-Tooke A. Two cases of granulomatosis polyangiitis presenting with Strawberry gingivitis and a review of the literature. *Semin Arthritis Rheum*. 2017;47(4):520-3.
16. Iannella G, Greco A, Granata G, et al. Granulomatosis with polyangiitis and facial palsy: Literature review and insight in the autoimmune pathogenesis. *Autoimmun Rev*. 2016;15(7):621-31.
17. Holle J, Gross W. Treatment of ANCA-associated vasculitides (AAV). *Autoimmun Rev*. 2013;12(4):483-6.
18. Vera O, Olvera A, McDonal A, Pacheco M, Gayosso J. Granulomatosis de Wegener, abordaje diagnóstico y terapéutico. *Gac Med Mex*. 2009;146(2):121-9.
19. Lalla RV, Bowen J, Barasch A, et al. MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. *Cancer*. 2014;120(10):1453-61.
20. Sheibani K, Mafi A, Moghaddam S, Taslimi F, Amiran A, Ameri A. Efficacy of benzydamine oral rinse in prevention and management of radiation-induced oral mucositis: A double-blind placebo-controlled randomized clinical trial. *Asia Pac J Clin Oncol*. 2015;11(1):22-7.
21. Mínguez A, de Andrés J. La formulación magistral en la escalera analgésica de la OMS como estrategia de la atención farmacéutica. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 2005;12(4):235-41.
22. Cuevas-González M, Echevarría-y-Pérez E, Díaz-Aguirre C, Cuevas-González J. Tratamiento de la mucositis oral en pacientes oncológicos: revisión de la literatura y experiencia en el Hospital General de México. *Int J Odontostomatol*. 2015;9(2):289-94.
23. Schmidt D. Tratamiento periodontal (fase I). *Odontólogo Moderno*. 2007;4(39).
24. Bulechek MG, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CH. *Nursing Interventions Classification (NIC)*, 6.ª ed. Mosby; 2013.
25. Parameter on Chronic Periodontitis With Advanced Loss of Periodontal Support. *J Periodontol*. 2000;71(5 Suppl):856-8.

Retos del equipo de salud ante el panorama epidemiológico de las infecciones asociadas al cuidado de la salud

Eric Ochoa-Hein, Alma Rosa Chávez-Ríos,
Martha Asunción Huertas-Jiménez
y Arturo Galindo-Fraga*

Subdirección de Epidemiología Hospitalaria y Control de Calidad de la Atención Médica, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

Resumen

Las infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS) son los eventos adversos más frecuentemente asociados a la hospitalización, y acarrear una gran morbilidad y muchos costos. En este artículo proponemos un «decálogo» de retos que ha sido escasamente mencionado en la literatura médica y que debe atenderse a la par de las guías conocidas para la prevención de las IACS:

- Retos en detección, predicción y reporte de las IACS.
- Cultura de no culpabilidad.
- Inclusión de las IACS dentro del amplio concepto de la cultura de calidad y seguridad de la atención médica.
- Retos en comunicación.
- Empoderamiento del paciente y su participación en el ciclo de mejora continua.
- Retos en educación y aprendizaje del adulto.
- Cultura de transparencia y rendición de cuentas tanto dentro como fuera del hospital.
- Conducta del adulto.
- Reto de la responsabilidad compartida.
- Formación de líderes competentes que transmitan buenos ejemplos al resto del equipo de salud.

Palabras clave: Infecciones asociadas al cuidado de la salud. Infecciones asociadas a la atención de la salud. Infecciones nosocomiales. Personal de salud. Retos.

Abstract

Healthcare-associated infections (HAIs) are the most common adverse events related to hospitalization and are associated with high morbidity and costs. In this article we propose a “decatalogue” of challenges that have been scarcely mentioned in the medical literature and that must be considered alongside the known guidelines for the prevention of HAIs:

- *Challenges in detection, prediction and reporting of HAIs.*
- *A non-punitive, blame-free culture.*
- *Inclusion of HAIs within the broad concept of quality and safety in medical care.*
- *Challenges in communication.*
- *Patient empowerment and patient participation in the cycle of continuous improvement.*
- *Adult education and learning.*
- *Culture of transparency and accountability within and outside of the hospital*
- *Adult behavior.*
- *Shared responsibility.*
- *Generation of competent leaders able to disseminate good practices to the rest of the healthcare team.* (Rev Mex Enf. 2018;6:22-7)

Corresponding author: Arturo Galindo-Fraga, galindofraga@yahoo.com

Key words: Healthcare-associated infections. HAI. Hospital-acquired infections. Healthcare personnel. Challenges.

Correspondencia:

*Arturo Galindo-Fraga

E-mail: galindofraga@yahoo.com

Fecha de recepción en versión modificada: 09-01-2018

Fecha de aceptación: 08-02-2018

DOI: 10.24875/ENF.M18000007

Cómo citar este artículo: Ochoa-Hein E, Chávez-Ríos AR, Huertas-Jiménez MA, Galindo-Fraga A. Retos del equipo de salud ante el panorama epidemiológico de las infecciones asociadas al cuidado de la salud. Rev Mex Enf. 2018;6:22-7

Introducción

Las IACS son infecciones padecidas por los pacientes durante o después de la estancia en un hospital u otra instalación de cuidados de salud y que no estaban presentes o incubándose en el momento de ingresar^{1,2}. Las IACS son el evento adverso asociado a hospitalización más frecuente en el mundo (ocurren en aproximadamente el 7% de los pacientes hospitalizados en países desarrollados y en el 10% de los pacientes hospitalizados en países en vías de desarrollo)². Los costos médicos directamente asociados a la atención de pacientes con IACS en EE.UU. en 2007 fueron de aproximadamente 28.4-33.8 billones de dólares³.

Las IACS ya no deben ser consideradas como el resultado inevitable de la atención médica dentro de establecimientos de salud, llámense hospitales, estancias de cuidados prolongados, centros de hemodiálisis u otros. La evidencia ha demostrado que las IACS son susceptibles de ser prevenidas a través de paquetes preventivos, a tal grado que tasas de cero o cercanas a éstas han sido alcanzadas para las diferentes IACS en algunos hospitales. Sin embargo, la persistencia de tasas endémicas de IACS pese a los mejores esfuerzos para su prevención demuestra que la ciencia no basta. Así, ha de pensarse que factores conductuales, intelectuales, interpersonales, organizacionales, etc., que no son frecuentemente considerados en los programas de prevención y control de IACS, expliquen, al menos parcialmente, por qué algunos centros logran sus metas de forma exitosa en tanto que otros no.

En un intento por explorar probables determinantes de las IACS que no son del todo evidentes y que han sido poco estudiadas en el ámbito médico, decidimos ofrecer en este artículo un «decálogo» de retos que resume la escasa literatura médica al respecto de los mismos y que se constituye como un desafío para el personal de salud tanto en el tiempo presente como en el futuro.

«Decálogo» de los retos del equipo de salud ante las infecciones asociadas al cuidado de la salud

Retos en detección, predicción y reporte de las infecciones asociadas al cuidado de la salud

Detección

Las IACS todavía representan un reto en cuanto a detección. Dos de los mejores ejemplos son la

neumonía asociada a ventilador y la diarrea por *Clostridium difficile*.

La definición de neumonía asociada a ventilador es imperfecta y está sujeta a variabilidad interobservador, puesto que para su diagnóstico se requieren de pruebas clínicas, de laboratorio y de gabinete que son de interpretación subjetiva en algunos casos. En EE.UU. se propuso la detección de evento asociado a ventilador en lugar de neumonía asociada a ventilador (considerado como más objetivo el primero), pero al parecer tampoco ha permitido identificar de mejor manera la neumonía asociada a ventilador⁴.

La detección precisa de casos de diarrea por *Clostridium difficile* también dista de ser óptima. Aunque si bien las pruebas de laboratorio positivas indican la presencia inequívoca del microorganismo, su presencia en el cuerpo humano no es siempre equivalente de enfermedad⁵.

Predicción

El desarrollo de métodos de predicción de las IACS es un gran reto. Las reglas de predicción permitirían identificar a los pacientes más susceptibles de padecer una IACS, y entonces migrar de la prevención secundaria a la primaria (es decir, prevenir en lugar de diagnosticar), ahorrando sufrimiento innecesario a los pacientes y facilitando al mismo tiempo la limitación de la transmisión nosocomial de patógenos.

Reporte

Los retos en el reporte de las IACS no han sido del todo resueltos. Aunque si bien el reporte de tasas ajustadas por procedimientos es el estándar actual en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, al igual que en muchos otros hospitales del mundo, algunos autores extranjeros han indicado la necesidad de migrar el reporte por tasas estandarizadas, lo cual permitiría una mejor comparación entre hospitales. Por si fuera poco, la complejidad inherente a la interpretación de estas tasas debe ser traducida al público no experto en la materia para facilitar su comprensión y participación en la toma de decisiones.

Cultura de no culpabilidad

Actualmente se considera que el error o falta de un integrante del equipo de salud es reflejo del funcionamiento del sistema, y no del individuo como tal⁶.

Renunciar a prácticas punitivas puede ayudar a mejorar el reporte de errores por parte del equipo de salud⁷. Quizá esto mismo pueda aplicarse para lograr el reporte voluntario de IACS en un ambiente libre de culpabilidad.

Inclusión de las infecciones asociadas al cuidado de la salud dentro del amplio concepto de la cultura de calidad y seguridad de la atención médica

La mejora continua se aplica cada día con más frecuencia al área de la atención para la salud y cuenta con el respaldo de varios teóricos en la materia por todo el mundo. Cuando el proceso se comprende claramente y es constante en los fines que se busca alcanzar, cuando el miedo no controla el ambiente y el aprendizaje se guía por información exacta y sólida, y cuando los proveedores de los servicios permanecen en constante diálogo con los distintos actores del entorno, aplicando la voluntad y el talento de todos los trabajadores a la identificación de varias formas de realizar el trabajo, las posibilidades de mejorar la calidad son casi ilimitadas. Este ejemplo es el enfoque que parece ser de los más adecuados para un programa de control de infecciones. Los programas de control de infecciones se han considerado como de los más importantes en lo referente a control de la calidad hospitalaria; además, son uno de los que han demostrado tener mayor eficiencia en materia de estudios de investigación clínica⁸. El objetivo principal de estos programas son mejorar la eficiencia en el control de las infecciones, disminuyendo su frecuencia y costos de operación, y evitando, por tanto, gastos innecesarios para la institución que presta los servicios de salud, pero sobre todo contribuyendo al mejoramiento de la calidad en la atención médica. Un hospital que cuente con programas de control de infecciones en operación y con vigilancia efectiva estará cumpliendo con uno de los indicadores de calidad⁹.

Retos en comunicación

La correcta comunicación entre paciente y personal de salud es de suma importancia, tal como ha sido demostrado en el artículo de Burnett, et al.¹⁰. En dicho estudio, la mayoría de los pacientes que adquirieron una IACS durante su estancia en el hospital comentaron que, en general, la comunicación fue pobre y la información recibida fue menor que la proporcionada a pacientes sin IACS. Los pacientes

que padecieron IACS hubieran deseado mejorar la comunicación tanto verbal como escrita. De hecho, los autores del estudio hallaron que los pacientes con mejor información comprendían que el personal de salud no podía ser responsabilizado del todo por la ocurrencia de IACS debido a recursos humanos y materiales insuficientes.

En un sentido más amplio, es un hecho comprobado que la comunicación efectiva con el paciente se relaciona de forma importante con la satisfacción en la atención de la salud¹⁰.

Empoderamiento del paciente y su participación en el ciclo de mejora continua

El modelo de atención médica prevalente en México es el paternalista. Seguimos excluyendo al paciente de la toma de decisiones, limitándolo a adoptar un papel pasivo en el cual se fomenta su aceptación, a veces incondicional, del modo de actuar del personal de salud a cargo de su cuidado. Escuchar las opiniones de los usuarios de servicios de salud serviría para enriquecer la retroalimentación al personal de salud, así como para tomar nota de las sugerencias con tal de mejorar el sistema. ¿Quién mejor para evaluarlos que la persona que vive en carne propia las consecuencias de nuestros actos? El empoderamiento del paciente se constituye, así pues, como una necesidad para el cambio del sistema y su mejora continua.

El empoderamiento del paciente es el proceso que permite que un paciente o una comunidad adquieran conocimientos, destrezas y actitudes necesarios para tomar decisiones y participar en su cuidado¹¹.

El empoderamiento del paciente fue instituido hace varios años en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán como una estrategia para mejorar el apego del personal a la higiene de las manos. Sin embargo, de acuerdo con un estudio realizado en el mismo centro¹², la participación del paciente sigue siendo limitada debido, en gran medida, al miedo que conlleva «exigir» a la «autoridad» (intelectualmente, profesionalmente y/o de facto). Algunos de los comentarios expresados por los pacientes en el estudio fueron: «ellos son los profesionales, ellos saben», «me da pena señalar sus errores», «si digo algo se van a enojar y afectará a mi tratamiento»¹².

El miedo a una respuesta o conducta negativa por parte de los trabajadores de la salud ante la solicitud del paciente también ha sido documentado por otros estudios^{10,11}.

Pese al gran reto que representa, ya se ha publicado un ejemplo de programa exitoso en el cual el empoderamiento del paciente logró incrementar el apego a la higiene de las manos con gel de alcohol¹³. Por otro lado, la participación de los pacientes en la toma de decisiones se ha asociado con mejores desenlaces clínicos¹⁴.

Retos en educación y aprendizaje del adulto

Todo programa de control de IACS debe contar con programas de educación continua para el personal de salud, los pacientes y las familiares, con la finalidad de retroalimentar y facilitar el conocimiento. Al establecer las estrategias preventivas deberá considerarse no solamente la educación continua programada propiamente dicha, sino también la educación *in situ*, pues esta última permitirá al educando modificar en tiempo real sus acciones y comprender los motivos de dicha corrección.

Sin duda, la educación es uno de los grandes retos dentro de los programas de control de las IACS, y quien se encarga de realizarla debe considerar las siguientes corrientes teóricas, que constituyen su pilar:

- Conductismo: es la corriente teórica que busca modificar directa o indirectamente las conductas de una persona. Su fundamentación teórica se sustenta en el hecho de que a cada estímulo le sigue una respuesta. Es una educación lineal en la que el alumno es pasivo y sólo repite secuencias¹⁵.
- Constructivismo: esta corriente resalta la importancia de una enseñanza que estimule el análisis, la reflexión y el pensamiento crítico para que se obtenga un aprendizaje significativo a través de la vinculación de los conocimientos previos con los nuevos. Dicho de otra forma, bajo este esquema los conocimientos previos sirven de anclaje para la «construcción» de los nuevos. La enseñanza sigue un proceso tutorial en el cual tanto docente como alumno amplían y fortalecen sus conocimientos a través de la propia experiencia, motivando al mismo tiempo el desarrollo de procesos de análisis¹⁵.

Por otro lado, la educación en el adulto debe considerar los siguientes factores que le son propios: a) la experiencia acumulada puede dificultar o favorecer el nuevo aprendizaje; b) las diferencias individuales se incrementan con la edad y el docente debe identificarlas para ajustar el proceso del aprendizaje, y

c) la memoria en el adulto puede ser limitada, por lo que se deben considerar técnicas facilitadoras del aprendizaje.

Finalmente, la educación en el adulto debe tener en cuenta un principio adicional: la motivación. El adulto aprende sólo cuando percibe la necesidad de dominar una tarea nueva.

En la medida en que el capacitador o facilitador considere los factores antes citados conseguirá un clima relajado, confiable y de respeto mutuo. La planificación del aprendizaje estará no solamente a cargo del capacitador, sino también del educando, lo cual estimulará la participación de ambos en la integración de sus diagnósticos de necesidades. Esto permitirá finalmente encontrar un significado a lo que se quiere o debe aprender.

Si en los programas de capacitación de prevención y control de las IACS se consideran los principios antes citados, dichos programas pueden ser muy exitosos, ya que verán al capacitador como un facilitador del conocimiento que entiende y considera las necesidades del educando en el proceso de aprendizaje, y no como una persona que desea imponerse sin la apertura al diálogo.

No está por demás enfatizar que la educación continua en el control de las IACS es una de sus piedras angulares, porque es una actividad fundamental para la formación de agentes de cambio¹⁶.

Cultura de transparencia y rendición de cuentas tanto dentro como fuera del hospital

Un problema importante en nuestro país es la falta de difusión de información tanto dentro como fuera de las instituciones de salud. En este sentido, la transparencia es importante para fomentar un ambiente de confianza y lograr la colaboración de los pacientes¹⁴. Este reto va ligado al de la cultura de no culpabilidad, de tal forma que puedan ofrecerse soluciones en lugar de «castigar» a un «chivo expiatorio» dentro del sistema.

Conducta del adulto

Tanto la conducta del adulto como las normas sociales son dos de los factores que en la actualidad influyen considerablemente en el éxito o el fracaso de los programas de prevención y control de las IACS¹⁷. Se ha demostrado que el nivel de conocimiento no basta, puesto que no necesariamente se relaciona con las conductas deseables esperadas^{18,19}. De ahí

que cada vez se ponga mayor énfasis en la conducta del adulto, la cual se concibe como el conjunto de tres diferentes niveles de influencia: 1) el intrapersonal, conformado por conocimientos, actitudes, creencias y rasgos de personalidad; 2) el interpersonal, que incluye familias, grupos, amigos y compañeros que modulan la conducta del individuo a través de la identidad social y la definición de roles, y 3) el comunitario, que básicamente se hace presente mediante redes sociales y normas formales o informales que existen entre individuos, grupos y organizaciones¹⁷.

Los programas de capacitación en prevención y control de las IACS se han enfocado esencialmente a la provisión de conocimientos y destrezas técnicas que no han sido debidamente fortalecidas con la capacitación de actitudes²⁰. Las estrategias deberían incluir los principios básicos del cambio de actitud: a) los cambios de conducta ocurren si se anticipan mayores beneficios a las pérdidas; b) las conductas cambiarán si las personas se consideran en riesgo de contraer enfermedades; c) las personas modificarán su conducta si creen poder hacerlo, y d) las personas cambiarán su conducta si perciben que sus allegados esperan que lo hagan²⁰.

Reto de la responsabilidad compartida

Un gran reto para que cualquier programa de prevención y control de las IACS sea exitoso es que todo el personal de salud se involucre en las actividades pertinentes. Dicho programa debe ser visto como un estándar de cuidados al cual todos estamos obligados a apegarnos. No es solamente responsabilidad de las unidades de vigilancia epidemiológica hospitalaria. De hecho, una guía práctica publicada por la Organización Mundial de la Salud²¹ establece las responsabilidades que deben ser cubiertas por todos los trabajadores del establecimiento de salud, desde el personal de lavandería hasta el personal directivo, pasando evidentemente por el personal médico y de enfermería, entre otros.

En lo que compete al personal de enfermería, éste tiene a su cargo el cumplimiento de las prácticas de control de infecciones de acuerdo con las órdenes del administrador principal de enfermería y del jefe de enfermería del pabellón o sector. El administrador principal de enfermería tiene la responsabilidad de participar en el Comité de Control de Infecciones, promover la mejoría de las técnicas de atención de enfermería, crear programas de capacitación para el personal de enfermería, supervisar la práctica de

prevención de infecciones y vigilar el cumplimiento de las normas por parte del personal de enfermería. El jefe de enfermería del pabellón o sector tiene a su cargo: mantener las condiciones de higiene en su sector; vigilar las técnicas asépticas (incluida la higiene de las manos); informar de pacientes con sospecha de IACS; limitar la exposición del paciente a infecciones de visitantes, personal del hospital u otros pacientes, y mantener existencias seguras y suficientes de equipo, medicamentos y suministros²¹.

Formación de líderes competentes que transmitan buenos ejemplos al resto del equipo de salud

El liderazgo ha sido identificado de forma reiterada como un componente esencial de las estrategias exitosas para la implementación de programas de prevención y control de las IACS¹⁴. Puede ser definido de diversas formas, pero el concepto central del liderazgo es el de la dirección de un grupo, la cual puede ser mediada por diferentes personas dentro de una misma organización, no solamente por las personas identificadas como directores²². De hecho, el liderazgo debe ser idealmente demostrado por el personal en la «línea de batalla» (es decir, por aquél que trata a los pacientes)²².

El liderazgo tiene dos vertientes o ramas: por un lado, el liderazgo del grupo de prevención y control de las IACS (habitualmente materializado en la unidad de vigilancia epidemiológica hospitalaria), y por otro, el liderazgo que debiera existir en cada uno de los trabajadores de la salud que atiende a pacientes²³. Es decir, que el éxito no depende solamente del grupo constituido para la prevención y control de las IACS, sino del esfuerzo conjunto de toda la organización. Se comprenderá que ello es todo un reto porque algunos trabajadores de la salud no conciben que la prevención y control de las IACS sea una de sus funciones laborales¹⁴. El reto puede afrontarse mejor si en cada una de las áreas hospitalarias se crean y apoyan a líderes que enseñen buenos ejemplos al personal operativo²³.

Discusión y conclusiones

El decálogo presentado al lector no pretende de forma alguna ser exhaustivo en cuanto a los retos que el personal de salud enfrenta actualmente y que enfrentará en el futuro, sino que busca invitar a la reflexión sobre temas que no suelen discutirse a

fondo y que, sin embargo, requieren de nuestra atención para pasar de la teoría a la práctica de prevención y control de las IACS de forma exitosa.

Un análisis minucioso del artículo permitirá descubrir que los retos enunciados son de interés y ámbito de todo el personal de salud, sin excepción alguna. Además, para el caso muy particular de médicos y enfermeros, éstos han jurado velar por el bienestar de sus pacientes desde el momento mismo en que personalmente leyeron en voz alta el juramento hipocrático y el juramento para enfermeras de Florence Nightingale, respectivamente, lo cual implica, de forma implícita, llevar a cabo todos los esfuerzos para evitar que el paciente contraiga IACS.

Primum non nocere ('lo primero es no hacer daño') equivale a detenernos un instante antes de siquiera saludar con la mano al paciente. No es de ninguna forma exagerado considerar que este simple acto puede salvar una vida, si acaso nuestras manos fueran el vehículo de un microorganismo mortal. Así de seria es la prevención y control de las IACS. Así pues, las prácticas de prevención y control de las IACS están al alcance de las manos de todos nosotros, y de la misma forma corresponde a todos afrontar los retos que éstas suponen.

Bibliografía

1. The burden of health care-associated infection worldwide. World Health Organization; 2017. Disponible en: http://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/en/
2. Health care-associated infections Fact Sheet. World Health Organization. Disponible en: http://www.who.int/gpsc/country_work/gpsc_ccisc_fact_sheet_en.pdf
3. Scott II RD. The direct medical costs of healthcare-associated infections in U.S. hospitals and the benefits of prevention. Division of Healthcare Quality Promotion. National Center for Preparedness, Detection, and Control of Infectious Diseases. Coordinating Center for Infectious Diseases. Centers for Disease Control and Prevention; 2009. Disponible en: https://www.cdc.gov/hai/pdfs/hai/scott_costpaper.pdf
4. Boyer AF, Schoenberg N, Babcock H, McMullen KM, Micek ST, Kollef MH. A prospective evaluation of ventilator-associated conditions and infection-related ventilator-associated conditions. *Chest*. 2015;147(1):68-81.
5. Morgan DJ, Leekha S, Croft L, et al. The importance of colonization with *Clostridium difficile* on infection and transmission. *Curr Infect Dis Rep*. 2015;17(9):499.
6. Collins ME, Block SD, Arnold RM, Christakis NA. On the prospects for a blame-free medical culture. *Soc Sci Med*. 2009;69(9):1287-90.
7. Neuspiel DR, Stubbs EH, Liggin L. Improving reporting of outpatient pediatric medical errors. *Pediatrics*. 2011;128(6):e1608-13.
8. Navarrete-Navarro S, Rangel-Frausto MS. Las infecciones nosocomiales y la calidad de la atención médica. *Salud Publica Mex*. 1999;41 Suppl 1:S64-8.
9. Paganini JM, Moraes NH. Acreditación Hospitalaria para América Latina y el Caribe. Washington D.C.: Organización Panamericana para la Salud; 1992.
10. Burnett E, Lee K, Rushmer R, Ellis M, Noble M, Davey P. Healthcare-associated infection and the patient experience: a qualitative study using patient interviews. *J Hosp Infect*. 2010;74(1):42-7.
11. McGuckin M, Govednik J. Patient empowerment and hand hygiene, 1997-2012. *J Hosp Infect*. 2013;84(3):191-9.
12. Huertas-Jiménez MA, Chávez-Ríos AR, Romero-Oliveros C, et al. Vigilar por vigilar no sirve: vigilancia centrada en el paciente como elemento clave para la identificación de barreras y áreas de oportunidad en la implementación de políticas de seguridad. Trabajo libre presentado en el Congreso de AMEIN 2016, Ciudad de México, México.
13. Cheng VCC, Wong SC, Wong IWY, et al. The challenge of patient empowerment in hand hygiene promotion in health care facilities in Hong Kong. *Am J Infect Control*. 2017;45:562-5.
14. Birgand G, Johansson A, Szilagyi E, Lucet JC. Overcoming the obstacles of implementing infection prevention and control guidelines. *Clin Microbiol Infect*. 2015;21(12):1067-71.
15. Puntunet-Bates M, Domínguez-Bautista A. La educación continua y la capacitación del personal de enfermería. *Rev Mex Enf Cardiol*. 2008;16:115-7.
16. Aguilar-Fernández V. Andragogía vs. Pedagogía... un punto de vista comparativo. *Educación y Ciencia*. 1994;3:11-6.
17. Pittet D. The Lowbury lecture: behaviour in infection control. *J Hosp Infect*. 2004;58(1):1-13.
18. Alvaran MS, Butz A, Larson E. Opinions, knowledge and self-reported practices related to infection control among nursing personnel in long-term care settings. *Am J Infect Control*. 1994;22(6):367-70.
19. Madan AK, Raafat A, Hunt JP, Rentz D, Wahle MJ, Flint LM. Barrier precautions in trauma: is knowledge enough? *J Trauma*. 2002;52(3):540-3.
20. Panagopoulou E, Montgomery A, Benos A. Health promotion as a behavioural challenge: are we missing attitudes? *Global Health Promotion*. 2011;18(2):54-7.
21. Prevención de las infecciones nosocomiales. Guía práctica. 2.ª ed. Organización Mundial de la Salud; 2003.
22. Gould DJ, Gallagher R, Allen D. Leadership and management for infection prevention and control: what do we have and what do we need? *J Hosp Infect*. 2016;94(2):165-8.
23. Infection prevention and control: lessons from acute care in England. Towards a whole health economy approach. Londres: Health Foundation; 2015.



La necesidad de asumir la presencia de la muerte en la vida personal y profesional de enfermería

Emma Myrna Barquera-Núñez*

Departamento de Educación e Investigación en Enfermería
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
Ciudad de México, México

Resumen

Introducción: La muerte representa una experiencia emocionalmente fuerte, haciéndose evidente al vivir un terremoto, durante el cual no se tiene el control de lo que sucede ni de la muerte que aparece a nuestro alrededor de manera cruda e inesperada. **Objetivo:** Concientizar la necesidad de estar emocional y psíquicamente preparados para afrontar la muerte de manera asertiva, y con una resiliencia para el equilibrio entre la vida y la muerte.

Conclusiones: El profesional de enfermería se caracteriza por estar en contacto constante con la muerte; sin embargo, no siempre se encuentra preparado emocionalmente para afrontarla asertivamente, sobre todo en circunstancias extremas, en las que se enfrenta no sólo el sufrimiento físico, sino también al fuerte sufrimiento emocional de los demás. Ello contacta fuertemente con las pérdidas personales, situación que no es sencilla de sobrellevar, entender ni asimilar, por lo que se observa la necesidad de brindar mejores herramientas sobre el tema de la muerte, mitos y tabúes, que faciliten afrontar y manejar asertivamente los sentimientos y las emociones que se presentan en estas circunstancias, tanto en el propio personal de enfermería como en los demás.

Palabras clave: Concientizar. Manejo de emociones. Afrontamiento. Resiliencia.

Abstract

Introduction: Death represents an emotionally strong experience, becoming evident when living an earthquake, where there is no control over what happens, nor about the death that appears around us, in a crude and unexpected way. **Objective:** Raise awareness of the need to be emotionally and psychically prepared to face death in an assertive manner and with a resilience to the balance between life and death. **Conclusions:** The nursing professional is characterized by being in constant contact with death, but they are not always emotionally prepared to confront it assertively, especially in extreme circumstances, where they face not only physical suffering, but emotional suffering of great impact. The others, which strongly connects with personal losses, a situation that is not easy to cope with, understand and assimilate, observing the need to provide better tools, on the subject of death, myths and taboos, that facilitate facing and managing assertively feelings and emotions that appear in these circumstances, in themselves and in the other.

(Rev Mex Enf. 2018;6:28-31)

Corresponding author: Emma Myrna Barquera-Núñez,
bemmamyrna@yahoo.com.mx

Key words: Awareness. Emotions management. Coping. Resilience.

Correspondencia:

*Emma Myrna Barquera-Núñez

E-mail: bemmamyrna@yahoo.com.mx

Fecha de recepción en versión modificada: 30-10-2017

Fecha de aceptación: 07-02-2018

DOI: 10.24875/ENF.M18000004

Introducción

En México tendemos a afrontar la muerte defensivamente, a través de bromas, fiestas y caricaturas, como una forma de minimizar y eludir el dolor y el miedo que causa, lo que se ha constituido en parte de nuestra cultura. S. Freud decía que el humor es negar la realidad, que en este caso es el miedo a la existencia de la muerte¹, viviendo como si ésta no existiera o fuera un hecho lejano, aun cuando desde siempre se dice que es algo lógico y natural.

A pesar de ello, no se está preparado para afrontarla, y menos para aceptarla realísticamente, prefiriendo alejarse fantasiosamente de ella y resistiéndose a aceptar que se es finito.

La muerte, si lo permitimos, nos ofrece la oportunidad de entender el sentido de la vida, ya que en el transcurso de los años enfrentamos pérdidas que nos ocasionan dolor, con diferentes grados de intensidad, como la muerte física de un ser querido, un divorcio, el fin de una amistad o simplemente la pérdida de lo que fuimos, de las expectativas que se tenían proyectadas en el futuro, de lo que ya no se podrá lograr, etc., las cuales se elaboran de manera consciente o inconscientemente a través del llamado «proceso de duelo», que nos sensibiliza para entender no sólo nuestro dolor, sino también el de los demás, y nos conduce a un nivel de aprendizaje necesario para disfrutar y valorar la vida al comprender y aceptar la muerte, sin evadirla al grado de no querer pensar en ella, aun cuando siempre está al lado de cada ser humano desde el momento de nacer².

Hacer el duelo no significa olvidar, sino marcar distancia con el dolor. Todo duelo, en principio, entendemos que conlleva a «una pérdida» de significado y de sentido que acompañará «otras» pérdidas que puedan aparecer en el futuro³.

El terremoto vivido en México el 19 de septiembre de 2017 nos enfrentó con este binomio de vida-muerte que pocas veces percibimos con tanta fuerza y de manera tan intensa e imprevista, provocando sismos internos de las estructuras emocionales que generalmente entendemos poco y de manera confusa, sin alcanzar a percibir, y que, al igual que en el exterior, nos sentimos confundidos y sobre todo vulnerables, presentando conductas que denotan cómo las emociones propias se encuentran sin control, intentando esconder este estado tras conductas aparentes de tranquilidad y autocontrol.

En 1988, Kolhrieser se refiere a cinco categorías de pérdidas, entre ellas las «pérdidas ligadas a objetos externos. La casa, el país, los objetos persona-

les que ligan a las personas a su pasado, a sus raíces y que pueden desaparecer de forma muy rápida por el fuego, inundaciones, robo o cualquier otra circunstancia»³.

Este tipo de pérdida, aunada a las de familiares o conocidos, es a la que nos tuvimos que enfrentar en esta ocasión.

En el transcurso del sismo, muchas enfermeras ayudaron a evacuar a los pacientes porque son las que tienen que procurar el bienestar de los pacientes a su cargo y deben pensar en lo que éstos necesitan, desplazándose a sí mismas, para ayudar a salir a todos los pacientes, desde el que caminaba con dificultad hasta los que tenían que ser trasladados en su misma cama con todos los medicamentos que se les estaba administrando o quedándose con ellos (reprimiendo la necesidad básica de huida ante el peligro), informando, a la vez que guiando a los familiares, sobre un lugar seguro de la institución en la que se encontraban. Posteriormente se abocaron a la atención de heridos.

Los grupos de profesionales de enfermería están compuestos por seres humanos sensibles al dolor que afrontan con sus propias herramientas el impacto de estas situaciones. Es un sector que trabaja diariamente en un ambiente en el que la vida y la muerte se encuentran caminando de la mano, afrontando constantemente a ambas, tanto en el área personal como en la laboral, lo que muchas veces no facilita la elaboración de tantas emociones y sentimientos, la mayoría contradictorios, que inconscientemente se niegan o reprimen, como una forma de protegerse del dolor que causan, al no saber otras formas más efectivas de manejarlos.

«El duelo no se supera negándolo, sino enfrentándose a él y aguantando sus embates durante mucho tiempo, tarea que muchas personas no pueden hacer en solitario. Es cuando la persona precisará del soporte y actuación de los profesionales para que le ayuden a afrontar la situación y poder seguir adelante»³.

Sentir miedo es una de las emociones que todos los seres humanos han vivenciado en algún momento de su vida, pero uno de los más intensos y generalizados es el que se siente a la muerte, que se incrementa ante lo inesperado debido a los vínculos de amor existentes con lo perdido, al miedo a lo desconocido, causando inseguridad, miedo a ser abandonado, a perder la identidad, miedo a no resolver asuntos inconclusos, miedo al dolor, a soltarse emocionalmente⁴.

El sismo puso al ser humano frente a un panorama en el que se cuestionaron las expectativas que se

tenían proyectadas en el futuro, lo que ya no se podrá lograr, romper apegos, cerrar y abrir nuevas etapas. Nos enfrentó también con nuestra vulnerabilidad, lo efímeros que somos y cómo posponemos enfrentar nuestra mortalidad ante la angustia que nos produce pensar en la propia muerte, y en el caso del profesional de enfermería, aceptar cómo les toca la muerte de los pacientes atendidos, evitando contactar con el dolor que esto causa, evitando así contactar con los dolores de pérdidas anteriores propias que se han quedado reprimidas y que son revividas en un sismo interno. «Cuando esta pérdida se asume, a pesar del dolor y la disconformidad, se puede llegar a generar un análisis positivo de las vivencias y experiencias anteriores y de las actuales»³.

Regularmente una consecuencia de vivenciar un sismo es mantenerse a la expectativa y en alerta de lo que pueda suceder no sólo en el presente, sino temiendo la repetición de la experiencia en el futuro, ocasionando ansiedad y angustia que, de no atenderse, puede convertirse en un obstáculo que impida disfrutar de estar vivos (trastorno de estrés postraumático). «El dolor experimentado después de una pérdida incluye ideas de reacción, adaptación y proceso, y generará diversos sentimientos que deben ser gestionados de una forma adecuada para que no dificulten la resolución del proceso»³.

Esto estará muy tamizado por la historia personal de cada uno, de cómo se hayan afrontado en el pasado crisis similares a la actual, tanto en hechos como en intensidad emocional. Cuando no existe esta similitud, puede dificultarse más el proceso de afrontamiento y superación, aunque también incidirá el tipo de resiliencia que la persona haya desarrollado en los primeros años de su vida, cuando se siembran los primeros recursos internos que explicarán la forma de reaccionar frente a las adversidades de la vida, influyendo el tipo de familia, los vínculos o apegos que se hayan establecido con la figura materna⁵ o figura sustituta que genere o estimule un yo fuerte, favoreciendo los mecanismos de defensa, como la sublimación⁶.

A partir de este acontecimiento podría ser un buen momento para concientizarnos de que, para alcanzar la meta de brindar una atención de calidad y efectividad al paciente, primero es indispensable buscar el equilibrio emocional como personas, entender el propio concepto de muerte, los miedos personales, las expectativas, etc., la manera en que se han afrontado en el pasado y la mejor manera de hacerlo en el presente, que nos prepare para llevarlo a cabo de

manera en que logremos entendernos más y así alcanzar un mejor manejo de nuestras emociones, aun cuando el dolor de la pérdida sea el mismo, ya que éste dependerá del vínculo con lo perdido, pero se elaborará con más conciencia.

Elaborar nuestros miedos y fantasías alrededor de la muerte, sobre todo de nuestra propia muerte, sentimientos y emociones que se experimentaron en este terremoto, prevendrá un posible estrés postraumático ante las pérdidas de vidas, ya sea de pacientes o las que sucedan a nivel personal, esperadas o inesperadas, y que, de no elaborar adecuadamente, se corre el riesgo de sufrir problemas emocionales que interrumpen el fluir de la vida y se conviertan en un obstáculo en todas las áreas, incluyendo la laboral.

Realizar una intervención en un proceso de duelo tiene como finalidad brindar un soporte que propicie la expresión de los sentimientos y las emociones, así como potenciar las herramientas de adaptación a la nueva situación en el presente, situación en la que momentáneamente se tuvo la necesidad de brindar a las personas que resultaron heridas por el terremoto y a sus familiares, en momentos inmediatos a lo acontecido, en donde simultáneamente tenían que lidiar con sus propias emociones ante lo que veían en su entorno como en los medios noticiosos y las versiones intensificadas por las emociones de quien las narraba⁷.

De ahí parte la necesidad de que el personal de enfermería, siendo una profesión al servicio de la salud social, no sólo requiere una preparación teórica y práctica que esté en constante requerimiento de actualización, sino también una preparación emocional que también esté en constante revisión y cambio de parte de las experiencias diarias, por lo que es indispensable que reciba ayuda profesional para trabajar en sí mismos conscientemente y de manera constante, aprendiendo de la muerte para vivir mejor, entendiendo los sentimientos y las actitudes propias ante las pérdidas en su vida y el tipo de afrontamiento más satisfactorio, obteniendo herramientas que apoyarán a un mejor manejo de las emociones que mueven las propias, provenientes de los pacientes, familiares y, en ocasiones, de los mismos compañeros de trabajo.

En esta época de globalización, a través de los medios de tecnología actuales, nos es permitido conocer los alcances de un fenómeno como el terremoto ocurrido recientemente casi de manera inmediata, lo que provoca mayor impacto en las personas aun cuando no estén presentes físicamente en el lugar de los hechos; pero esto demanda intervenciones más rápidas

de parte de profesionales con preparación no sólo técnica-teórica, sino también con un manejo emocional asertivo en su actuación durante y después del desastre.

Al conocer más acerca del proceso que ocurre ante una pérdida y cómo poder elaborarla de la manera más satisfactoria posible, tanto en uno mismo como en el paciente, gracias a una educación continua, un espacio de reflexión e información que les permita comprender, entender y hacer frente a las implicaciones emocionales que se generan ante las pérdidas, posibilitará al personal de enfermería enfrentar los procesos de duelo comunes en su quehacer profesional y que trascenderán de manera científica en la calidad de atención que se proporcione al paciente.

Conclusiones

El objetivo de este artículo no era profundizar en los procesos propios de la tanatología, afrontamiento y resiliencia, sino que lo que se consideró importante fue sensibilizarnos ante la necesidad de que el personal de enfermería, desde su formación, reciba las herramientas necesarias para afrontar de manera satisfactoria un área tan importante de su profesión como es la emocional, en este caso la relacionada con la muerte, y cómo aprender a convivir con ella satisfactoriamente.

Para ello resulta básico la implementación de talleres continuos, desde la formación escolar y en la práctica profesional, de temas relacionados con el manejo de las emociones y los sentimientos ante las pérdidas físicas y emocionales que se presentan en la vida, con el fin de prepararse para enfrentar las que se presenten en el transcurso de la práctica laboral.

Incluir estos temas en el plan de estudios o como tema extracurricular, no sólo en relación a las necesidades del paciente sino enfatizando en el yo enfermera(o) cómo manejo los sentimientos y las emociones ante la posibilidad de la muerte, la mía o de otro, en este orden, que apoyen, en el proceso de desbloquear las emociones al respecto, aprendiendo a encausarlas y elaborarlas, en pro de su crecimiento personal y profesional.

Al vivenciarlo, les permitirá entender mejor el proceso del otro y apoyarlo más asertiva y efectivamente.

Esto está siendo aplicado en algunas instituciones, como en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, en las que se preparan licenciados en enfermería; sin embargo, habría que darle mayor continuidad para alcanzar a dar el soporte satisfactorio a los profesionales de enfermería en este rubro y el enfoque hacia la relación personal con el profesional, para posteriormente ver la relación del profesional con el paciente.

Bibliografía

1. Strachey J, Freud A. Obras completas de Sigmund Freud. Vol. XXI. Ed. Amorortu. 1927.
2. García-Renedo M, Mar Valero Valero M, Gil Beltrán JM. Psicología y desastres. Castellón de la Plana: Universitat Jaume I; 2007.
3. Pérez Pérez I. La relación de ayuda: intervención de enfermería en el proceso del duelo. *Educare*, 21 2004:B. Disponible en: <https://www.yumpu.com/es/document/view/14827981/intervencion-de-enfermeria-en-el-proceso-del-duelo-enfermeria-21>. [consultado el 1 de octubre de 2017].
4. Maza Cabrera M, Zavala Gutiérrez M, Merino Escobar JM. Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. [Internet]. *Cienc Enferm*. 2009;15(1):39-48. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000100006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532009000100006>. [citado el 30 de octubre de 2017].
5. Kotliarenko MA, Cáceres I, Álvarez C. Resiliencia. Construyendo en adversidad. En: Al Siebert, edit. *Alimenta optimiza*. Alimenta Editorial. Planeta DE Agostini Profesional y Formación; 2013.
6. Minolli CB. Empresas resilientes. Algunas ideas para construirlas. MBA-UCEMA; 2000.
7. Artiaga Artiaga FM. Manejo del proceso de duelo e intervención en crisis con pacientes y sus familias en el contexto hospitalario: la situación de los nuevos profesionales de medicina y enfermería en Costa Rica.



ISSSTE resiliente en el 19S

Greta Miranda-Cerda¹, Antonio Cerritos², Martin Alejandro Camacho-Franco³ y Jorge Guerrero-Aguirre⁴

¹Asesora de la Dirección Médica; ²Coordinador médico; ³Asesor de la Dirección Médica; ⁴Director médico. ISSSTE

Resumen

Las instituciones de salud del Estado mexicano tienen una responsabilidad con sus ciudadanos mediada entre la relación administrativa y las necesidades sociales. El presente documento expone la experiencia desde una postura responsable y de compromiso que tuvo el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), ante el desastre que ocasionó el sismo del 19 de septiembre de 2017, con toda la población mexicana, independientemente de su derechohabencia, ya que, como se observará, el 24% de la atención correspondió a pacientes sin «este derecho». Para el éxito en este proceso de adaptación se tuvo que realizar una clasificación basada en la regionalización de acuerdo al programa «Hospital Seguro» y el «Plan Hospitalario de Respuesta ante Desastres».

Palabras clave: ISSSTE resiliente ante un desastre natural. Atención a la salud responsable.

Abstract

The health institutions of the Mexican State have a responsibility with their citizens, mediated between the administrative relationship and social needs. This document exposes the experience from a responsible position and commitment that had the Institute of Security and Social Services of State Workers before the disaster that caused the earthquake on September 19, 2017 with the entire Mexican population independent of their right to health, since that as 24% of the attention will be observed corresponded to patients without "this right". For success in this adaptation process, a classification based on regionalization had to be carried out according to the safe Hospital Program and the Hospital Disaster Response Plan. (Rev Mex Enf. 2018;6:32-6)

Corresponding author: Greta Miranda-Cerda, gmiranda@issste.gob.mx

Key words: ISSSTE resilience before a natural disaster. Attention to responsible health.

«La seguridad es una actitud, un estado "mental", que se debe asumir y sustentar tanto en el comportamiento durante el trabajo, como en el hogar y la vía pública...».

Karen A. Leal P.

Introducción

Ante el desastre que ocasionó el sismo del 19 de septiembre (19S), el ISSSTE enfrentó exitosamente la

emergencia con la aplicación de la «Estrategia Nacional de Urgencias», que incluye el programa «Hospital Seguro» y la «Gestión Integral de Riesgos».

Se logró responder al daño, ofrecer servicios oportunos de atención primaria y realizar reconversión de urgencias para atender a las demandas imperantes del evento, priorizando los servicios habituales de atención a la salud sin detenerlos y sin distinción de la derechohabencia, y evitando el surgimiento de brotes epidémicos.

Correspondencia:

*Greta Miranda-Cerda

E-mail: gmiranda@issste.gob.mx

Fecha de recepción: 30-10-2017

Fecha de aceptación: 8-11-2017

DOI: 10.24875/ENF.M18000001

Esto fue posible en virtud de que el instituto actuó en consonancia con lo recomendado por la OPS/Organización Mundial de la Salud en su resolución del 45.º Consejo Directivo de 2004, en el que se invita a los estados miembros a adoptar el lema «Hospitales seguros frente a los desastres», y apegado a la Ley General de Protección Civil de nuestro país, que insta a las instituciones de salud a conformar y aplicar de manera permanente, en los establecimientos de salud, un plan de respuesta ante desastres mediante los lineamientos de protección civil teniendo como eje de acción la salud de la población.

Una respuesta inmediata, sistemática y coordinada es particularmente relevante en un lugar como Ciudad de México, donde prácticamente todas sus unidades de atención a la salud están ubicadas en «zona de riesgo», en virtud del pasado orográfico de su territorio.

Mayor relevancia se acusa cuando los inmuebles tienen un diseño arquitectónico vertical, respondiendo, por una parte, a las restricciones de espacio y a la «modernidad urbana», así como a los requerimientos de una atención médica especializada, que concentra un caudal enorme de recursos, comenzando por el capital humano y pasando por los equipos biomédicos y tecnológicos necesarios para atender la demanda de servicios medicoquirúrgicos de alta especialidad.

El C. director general José Reyes Baeza Terrazas creó un área central de inteligencia contra el desastre, que coordinó la Dirección Médica junto con el equipo de protección civil, a las direcciones involucradas y a los propios trabajadores del instituto, para que, de manera sistemática, se realizaran las principales acciones determinadas en el «Plan Mx» a fin de proceder inmediatamente con la identificación de daños y de riesgos inminentes, la mitigación del impacto con la Estrategia Nacional de Urgencias para la reconversión hospitalaria, y otorgar atención de urgencias y hospitalizaciones, además de brindar auxilio y atención médica primaria y psicológica, así como el despliegue de los equipos de salud pública en los estados afectados, con el objetivo de impedir algún brote epidémico.

También debe señalarse la infraestructura física del instituto, que respondió de manera satisfactoria, pues observa los lineamientos del programa «Hospital Seguro», de tal suerte que sólo dos de sus hospitales (el Hospital Regional de Alta Especialidad Centenario de la Revolución, ubicado en el municipio Emiliano Zapata, en Morelos, y el Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro, ubicado en la delegación Benito Juárez de Ciudad de México) requirieron ser

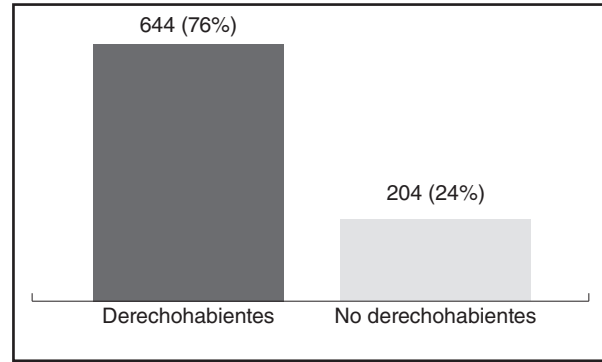


Figura 1. Tipo de derechohabencia de los pacientes (Fuente: Registros propios de la Dirección Médica del ISSSTE).

evacuados de forma temporal hasta asegurar que sus estructuras no sufrieron daño alguno.

Con relación a las unidades de primer nivel de atención, la Clínica de Medicina Familiar Iztapalapa I, ubicada en la delegación política del mismo nombre en Ciudad de México, y la Unidad de Medicina Familiar Chiautla de Tapia, en Puebla, fueron desalojadas, y actualmente las reparaciones necesarias se encuentran en proceso.

Todas las demás unidades médicas de los tres niveles de atención continuaron prestando el servicio médico habitual, y algunas de ellas acogieron a los derechohabientes evacuados de las unidades médicas referidas.

Poco a poco se da paso a las siguientes etapas de recuperación del daño y de reconstrucción.

Los resultados de las acciones de la Estrategia Nacional de Urgencias del ISSSTE son, *grosso modo*, los siguientes: desde el día del sismo y hasta el 16 de octubre se atendieron a 848 pacientes, de los cuales el 76% (644 personas) eran derechohabientes del instituto y el 24% (204) no lo eran (Fig. 1).

Programa «Hospital Seguro»

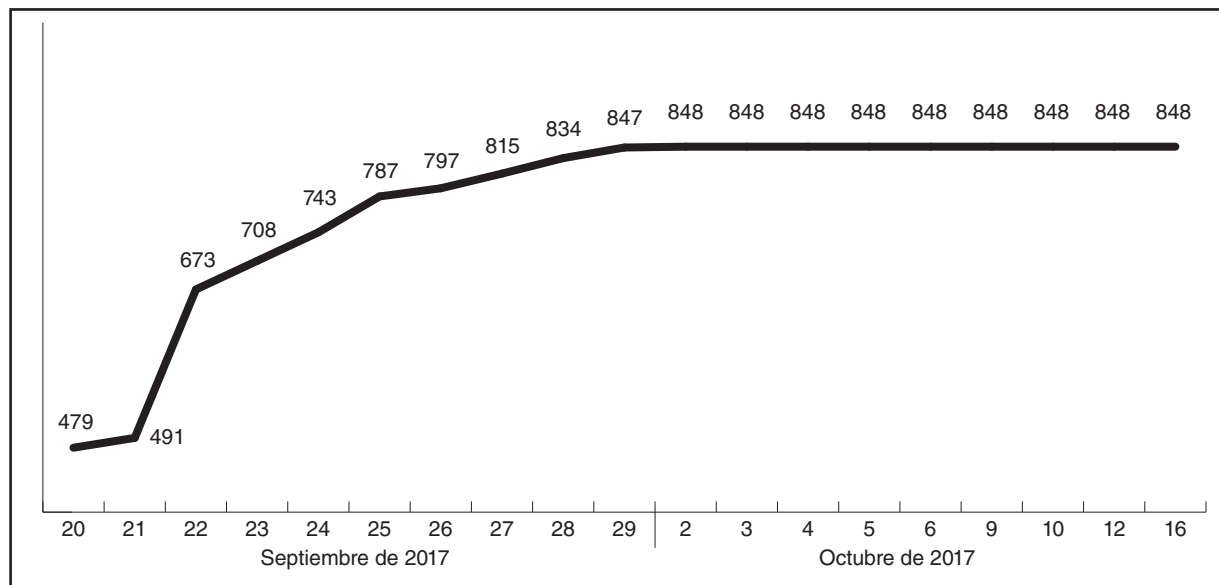
La clasificación basada en la regionalización de acuerdo al programa «Hospital Seguro» considera las zonas de riesgo y la disponibilidad de recursos físicos, materiales y de personal con la finalidad de continuar las actividades habituales e incrementar la capacidad de respuesta. De este modo, los hospitales del instituto se agruparon de acuerdo a su clasificación como sigue:

- Alta capacidad resolutive: hospitales de máxima especialización para la atención de casos graves o de primera prioridad.
- Mediana capacidad resolutive: hospitales de complejidad intermedia para la atención de pacientes no tan graves o de segunda prioridad.

Tabla 1. Programa «Hospital Seguro». Tipo de hospitales por delegación y clasificación

Delegación	Hospitales				
	Capacidad resolutive				Total
	Alta	Mediana	Baja	Sin evaluación	
Ciudad de México	8				8
Estado de México	2			1	3
Guerrero		1	5	1	7
Morelos	1	1			2
Puebla	1		3		4
Tlaxcala		1			1
Oaxaca	1		5		6
Total	13	3	13	2	31

Fuente: Registros propios de la Dirección Médica del ISSSTE.

**Figura 2.** Acumulación de pacientes por día (Fuente: Registros propios de la Dirección Médica del ISSSTE).

- Baja capacidad resolutive: hospitales de mono-especialidad, en los que se atiende a los pacientes que no requieren atención hospitalaria ni tienen mal pronóstico (Tabla 1).

Cabe señalar que para los dos hospitales aún sin evaluación se están realizando las gestiones necesarias para que pronto cuenten con su clasificación.

Al operar de acuerdo al programa «Hospital Seguro» se logró una rápida y eficaz respuesta a la emergencia de atención médica, de modo que de esas 31 unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención, 25 resultaron afectadas.

Una vez obtenido el dictamen técnico correspondiente, 17 de ellas volvieron a funcionar al 100%, otorgando los servicios demandados tanto a derechohabientes como a personas no derechohabientes.

Para el día 17 de octubre, sólo 8 unidades no estaban al 100%, 2 funcionaban al 60%, 4 al 70% y 2 al 80%, apoyándose en los servicios, con las otras unidades de la Red del ISSSTE y, cuando fue necesario, con servicios subrogados.

De este modo, el despliegue de los servicios médicos del instituto en las zonas afectadas pudo cubrir

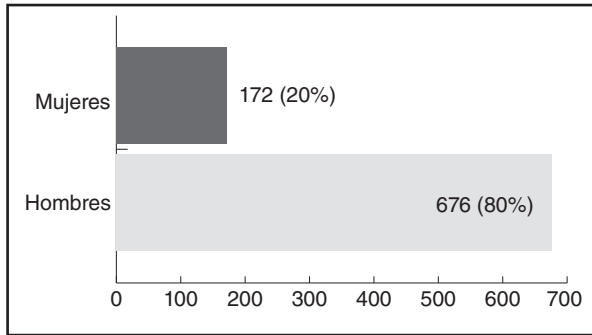


Figura 3. Pacientes atendidos según su sexo (Fuente: Registros propios de la Dirección Médica del ISSSTE).

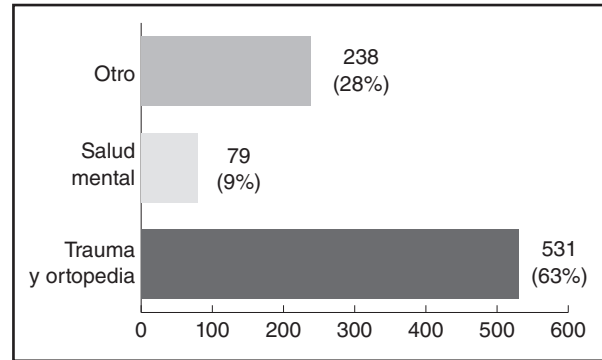


Figura 5. Pacientes atendidos según demanda de atención (Fuente: Registros propios de la Dirección Médica del ISSSTE).

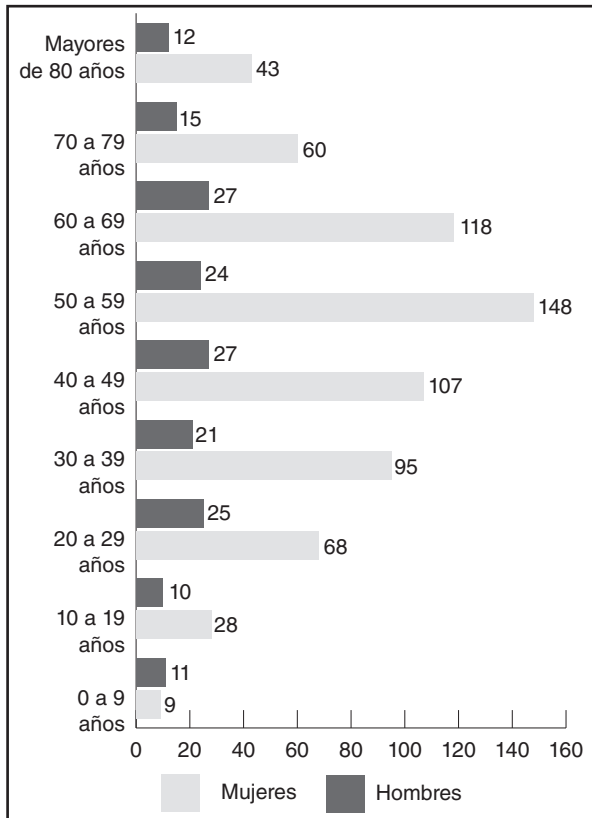


Figura 4. Distribución de los pacientes atendidos por edad y sexo (Fuente: Registros propios de la Dirección Médica del ISSSTE).

tanto a sus derechohabientes como a los no derechohabientes necesitados de servicios médicos urgentes.

Atención primaria

Con esta red hospitalaria y con el equipo humano sensible y atento, se brindó la atención requerida. En los primeros días hubo una creciente demanda de servicios, que fue estabilizándose a partir de los primeros días de octubre. Se puede apreciar este comportamiento en la figura 2.

Con relación al sexo de los pacientes atendidos, la gran mayoría de las 848 personas eran mujeres (80%) (Fig. 3).

Respecto de la edad, el mayor grupo etario que solicitó atención fue el comprendido entre los 30 y 69 años (67%), y particularmente a las mujeres (55%) (Fig. 4).

Consideramos que este comportamiento es debido a que, en el momento de ocurrir el sismo, las mujeres de estos grupos de edad se encontraban en sus domicilios o en lugares públicos fuera de las oficinas, lo que incrementó su nivel de afectación.

Respecto a los motivos de atención, los diagnósticos de la población afectada fueron mayormente en el espectro traumatológico (63%) (Fig. 5).

Reconversión de urgencias

La reconversión de urgencias se realizó según el modelo del «Plan Hospitalario de Respuesta ante Desastres» con la implementación de estrategias para la ampliación de la capacidad de atención, a fin de atender a un mayor número de pacientes, tanto para recibir a los que habían sido evacuados como para los que llegaban por problemas médicos agudos.

Las medidas fundamentales fueron:

- Alta de pacientes que no requerían permanecer hospitalizados siempre y cuando ello no pusiera en riesgo la vida del paciente.
- Suspensión de las intervenciones quirúrgicas y procedimientos programados, considerando que ello no pusiera en riesgo la vida del paciente, los cuales fueron diferidos a unidades que funcionarían de manera ininterrumpida o a la misma unidad médica en una nueva fecha programada.
- Suspensión de exámenes de laboratorio y de diagnóstico por imágenes que no estuvieran en el listado de estudios de emergencia.

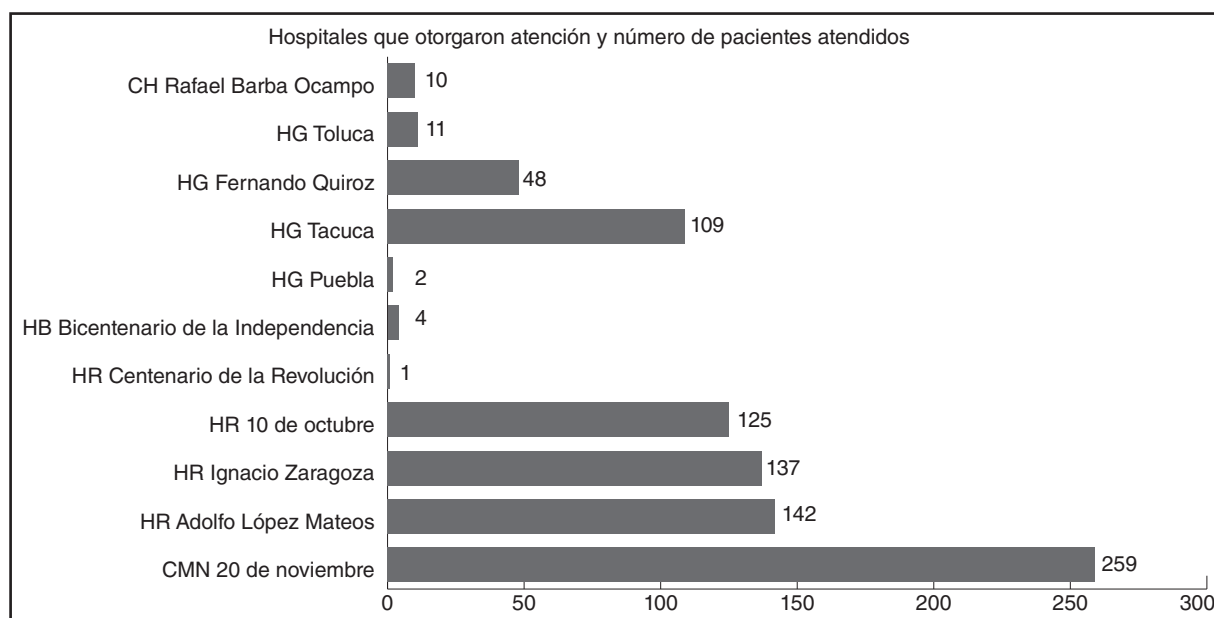


Figura 6. Reconversión de urgencias (Fuente: Registros propios de la Dirección Médica del ISSSTE).

- Incremento de recursos en los servicios de atención mediante la reubicación de personal y reposicionamiento de equipos e insumos.
- Habilitación de áreas y ambientes para la atención de las víctimas.

Con estas medidas se obtuvieron los resultados que se muestran en la figura 6.

En la figura 6 se puede observar que la unidad hospitalaria que recibió mayor cantidad de pacientes para atención secundaria fue el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, con un total de 259 pacientes (30.54%), seguido por el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, con 142 pacientes (16.75%), y el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza, con 137 pacientes (16.16%).

La ubicación geográfica de las tres unidades hospitalarias antes referidas corresponde a las áreas con mayor grado de afectación en la Ciudad de México. El 48.6% de los pacientes atendidos en estos tres hospitales no eran derechohabientes, lo que demuestra el cumplimiento que el instituto realizó ante la instrucción del presidente de la República, Enrique Peña Nieto, de abrir las puertas a toda persona que requiriera atención médica.

Conclusiones

En este momento histórico, la experiencia del 19S nos hace reflexionar sobre que no sólo debemos estar preparados para los desastres que se pueden originar en una zona de riesgo como la nuestra, sino que

también hay que considerar las situaciones meteorológicas que generan riesgos múltiples, como las inundaciones de la pasada temporada de huracanes, que afectaron no sólo a las costas del país, sino prácticamente a toda la República.

Por ello, los hospitales no sólo deben ser seguros, sino resilientes (ambas características están englobadas en el programa «Hospital Seguro»), lo que les aporta la cualidad de recuperarse de inmediato y redistribuir los recursos para seguir dando servicios, atendiendo las posibles amenazas que el evento hace surgir, como la falta de luz y de agua, incendios o la pérdida de personal, entre otras.

Además, «Hospital Seguro» debe extenderse a todas las unidades médicas, en el marco de un sistema de salud seguro capaz de generar una red de atención que funcione a su máxima capacidad, permitiendo referencia a las unidades médicas con capacidad resolutive.

Éste es un paso previo al desiderátum de «comunidades seguras», ciudades resilientes que permitan una vida con riesgos medidos y atenuados, amenazas estudiadas y en vías de solución, en las que no se fracturen ni los edificios ni las vidas de las personas que ahí habitan.

No debemos cejar en el fortalecimiento de una cultura de la prevención que permita realizar una verdadera gestión integral del riesgo, donde confluyen disciplinas que permiten capacitar e implementar un plan de continuidad de operaciones que garantice la vivencia plena de los derechos de las personas en una ciudad resiliente.



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

INSTRUCTIVO PARA AUTORES

La Revista Mexicana de Enfermería abre sus espacios a los académicos y a todo miembro de la comunidad de la salud que manifieste interés por utilizar este foro para publicar sus trabajos científicos cumpliendo con las políticas editoriales establecidas.

Nuestro objetivo es socializar el conocimiento generado de la práctica asistencial, trabajos originales, análisis de experiencias, propuestas de mejora, escenarios educativos y de administración validados a través de un método científico que garantice la calidad en la gestión del cuidado de Enfermería.

Que permita contribuir principalmente a un cuerpo de conocimiento propio de la profesión que impacte en el cuidado de calidad para las personas que lo necesiten. Así como en el posicionamiento profesional y social de la enfermería mexicana.

Se publica tres veces al año y recibe manuscritos originales que de ser aceptados por el Comité Editorial, no podrán ser publicados parcial o totalmente en otra parte, sin el consentimiento de la Revista Mexicana de Enfermería del INCMNSZ. Todos los trabajos enviados deberán de apegarse a los formatos que se describen abajo, y serán sujetos a revisión por expertos y por el Comité de Árbitros para dictaminar su aceptación.

ISSN: 2339-7284 (versión impresa)

POLÍTICAS PARA PUBLICACIÓN

- La Revista Mexicana de Enfermería abre sus espacios a la publicación a los académicos y a todo miembro de la comunidad de la salud que tenga el interés de socializar sus trabajos científicos.
- Los manuscritos propuestos para su publicación deben ser inéditos y originales
- Los autores conservan la propiedad intelectual del contenido.
- De acuerdo a la confidencialidad de los datos del autor responsable sólo se dispondrá del correo electrónico como medio de contacto.
- Las ideas u opiniones así como la procedencia y elementos de las citas y referencias contenidas en los artículos publicados, son responsabilidad exclusiva de los autores, incluido cualquier cambio sugerido por el comité de árbitros. Publicaciones Permanyer y la Revista Mexicana de Enfermería, en consecuencia, declinan cualquier responsabilidad sobre las mismas.
- La recepción de un manuscrito no implica la obligación de publicarlo.
- De ser aceptados el manuscrito el autor responsable debe tener en consideración un tiempo para ser publicado de acuerdo a la política de conformación de cada número de la revista el cual se informará a través de un oficio.
- En caso de desistir la publicación por parte de los autores aun cuando ya esté en proceso de publicación el autor responsable, tienen la libertad de retirar el manuscrito mediante la comunicación formal por escrito con la editora responsable de la revista.
- Los manuscritos deben ser enviados al Editor a la siguiente dirección electrónica: <http://publisher.revistadeenfermeria.permanyer.com> o a la dirección Av. Vasco de Quiroga No. 15, Col. Belisario Domínguez Sección XVI Tlalpan CP 14080, Ciudad de México, Tel. 54-87-09-00 Ext. 2210
- Los manuscritos pueden ser enviados en idioma español o inglés, sin embargo deberán ser previamente revisados por un corrector de estilo, para tal efecto se sugiere los siguientes sitios: www.papertrue.com; paper_editing y papertrater.com por otro lado los manuscritos en español deberán contener el resumen en inglés y en letra cursiva.

POLÍTICA DE REVISIÓN POR PARES

Garantizando que la revisión y evaluación de los manuscritos sea de calidad, el proceso se realiza con apego a la ética y confidencialidad del anonimato, los cuales los autores garantizarán la autoría original de su trabajo y garantizarán al editor el uso pacífico de los derechos que cederán. Para la incorporación de textos u otros materiales ajenos, los autores deberán respetar los límites del derecho de cita o, en caso contrario, obtener el permiso previo de los titulares de los derechos. El autor o autores autorizarán la incorporación de su trabajo a una base de datos electrónica para facilitar su acceso y consulta.

El dictamen cuenta con alguna de las tres opciones de recomendación:

- **Aceptado:** es decir que no requiere modificaciones y es aceptado para la publicación
- **Aceptado con modificaciones:** se refiere a que el manuscrito es aceptado para publicación sin embargo contiene observaciones susceptible a modificar o bien se requiere la aclaración de dudas por parte del autor
- **No publicable:** es decir que el manuscrito contiene observaciones mayores que requiere ser revisado nuevamente por lo que no es aceptado.

POLÍTICAS DE DIFUSIÓN

Para la reproducción, distribución y comunicación pública (incluida la puesta a disposición por medio de la red Internet) de su trabajo. El autor o autores garantizarán la autoría original de su trabajo y garantizarán al editor el uso pacífico de los derechos que cederán. Para la incorporación de textos u otros materiales ajenos, los autores deberán respetar los límites del derecho de cita o, en caso contrario, obtener el permiso previo de los titulares de los derechos. El autor o autores autorizarán la incorporación de su trabajo a una base de datos electrónica para facilitar su acceso y consulta.

FINANCIAMIENTO

La revista es financiada por el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán y la suscripción y publicación son gratuitas.

Los manuscritos recibidos deben situarse en alguna de las siguientes secciones:

Editorial: La publicación en esta sección es a través de una invitación a un especialista sobre un tema de su dominio y expertez el cual sea novedoso y de interés. Este puede ser de salud, cultural, político y económico que impacte en la atención a la salud.

Artículos originales. Reporta detalladamente estudios de investigación original cualitativas o cuantitativas en el área de ciencias de la salud. Debe tener el formato IMRyD (Introducción, Métodos, Resultados y Discusión) así como un Resumen Estructurado de formato OMRyC (Objetivos, Métodos, Resultados y Conclusiones). El resumen estructurado debe mostrar congruencia entre Objetivos y Conclusiones, y se deben presentar sólo los Métodos y Resultados que apoyan la conclusión o conclusiones del estudio.

Artículos de revisión (sistematizado, narrativa). Teniendo por objetivo la presentación de artículos de revisión sobre temas relevantes a la Enfermería y áreas afines en el ámbito asistencial, docente, administrativa y de investigación.

Artículos de buenas prácticas en la atención en salud. Reportes científicos que contribuyen a dar forma a una base de conocimiento de la enfermería en sus diversos escenarios sobre un fenómeno determinado es decir la descripción en profundidad de la condición de una persona y/o su respuesta a los cuidados.

Pueden considerarse las experiencias de casos clínicos con EBE, proceso de atención de enfermería, planes de cuidados, propuestas de mejora para la calidad de la atención, en procesos administrativos así como en educativos que contribuyan de manera clara y significativa el desarrollo de la enfermería y de la atención a la salud.

Artículos de perspectiva. Son revisiones de conceptos fundamentales o de ideas prevalentes en un área de conocimiento que se escriben en forma de ensayo. Son la visión individual crítica de un solo o unos pocos conceptos relacionados entre sí, pero pueden ser de nociones amplias. Al revisar un concepto, los autores podrían considerar:

- Sus orígenes históricos y su evolución en el tiempo.
- Estado actual de la teoría y la investigación en un área así como sus ausencias.
- Su transferencia a otras áreas, y cómo ha sido recibida.
- Mitos, interpretaciones erróneas, significado y uso de distorsiones ideológicas.
- Sus implicaciones en políticas con evidencias de su impacto en ellas.
- La existencia de mejores ideas que han sido ignoradas.
- Las ideas que apoyan un concepto (si es que las hay).
- Las ideas que son aceptadas pese a que carecen de apoyo generado por investigaciones.

El rincón del estudiante. Espacio académico de publicación de manuscritos científicos cortos sobre temas relevantes de enfermería para estudiantes de pregrado o posgrado de enfermería y áreas afines que contenga la siguiente información. Serán enviados a la Revista por un asesor de investigación o docente, quien se responsabilizará de la calidad del manuscrito en la presentación, secuencia y estructura, el documento deberá contar con máximo 3 autores. El documento debe apegarse a las instrucciones a los autores.

Cultura, historia y Enfermería. Esta sección invita a la comunidad a escribir artículos de revisión históricos como biografías, sucesos o eventos que relacionen el arte o la historia con la enfermería.

Cartas al editor. Las cartas al editor son comunicaciones cortas con el objetivo de estimular la discusión de los artículos publicados en la Revista Mexicana de Enfermería, por lo que se invita a la comunidad a escribir críticas constructivas no mayor de dos cuartillas y en un tiempo no mayor de dos meses de publicación el artículo o editorial en cuestión.

Para cualquier aclaración o duda, favor de comunicarse con la editora, al correo: revistadeenfermeriaincmsz@yahoo.com.mx

Los trabajos deberán ser subidos en su versión electrónica en la siguiente dirección <http://publisher.revistadeenfermeria.permanyer.com> así como se deberá firmar el formato que establece que el manuscrito no ha sido publicado con anterioridad, ni se ha enviado simultáneamente a otra revista, que no existe conflicto de intereses y en caso de ser aceptada, ceden los derechos de autor a la Revista Mexicana de Enfermería.

No se aceptarán artículos para su revisión si no están preparados de acuerdo a las instrucciones para los autores.

Se extenderá acuse de recibo electrónico al autor a través de la plataforma de la revista sobre la recepción de su manuscrito y en un tiempo no mayor a 45 días a partir de la fecha en que se recibe el original se le comunicará el dictamen del Comité de árbitros. Todo material aceptado para publicación será propiedad de la revista por lo que la reproducción total o parcial deberá ser autorizada por la Revista Mexicana de Enfermería.

PRESENTACIÓN DEL MANUSCRITO

Apartado	Características	Número de palabras
Encabezado	Título, nombre completo de autores, adscripción de autores sin grados académicos, datos del autor correspondiente con dirección teléfono y correo electrónico.	Título máximo 20 palabras
Resumen	Resumen en español y su traducción en inglés. Deberá ser estructurado con secciones Objetivos, Métodos, Resultados y Conclusiones en los Artículos de Investigación, y de formato libre para los demás tipos de artículos	Máximo de 250 palabras.
Palabras clave	Son términos compuestos por una o más palabras. Es la forma en cómo el autor describe la temática de su artículo y que más adelante serán utilizados como descriptores en los buscadores para investigación.	Máximo cinco palabras clave.
Manuscrito	Los Artículos de Investigación se deben estructurar con las cuatro secciones del formato IMRyD (Introducción con Objetivo(s), Métodos, Resultados, y Discusión con Conclusión(es)). Los otros tipos de artículos son de formato libre.	Máximo 3000 palabras Considerándose aparte figuras, cuadros y referencias.
Tablas, gráficas y/o imágenes	Deberán ser las estrictamente necesarias, debe contar con la fuente o referencias.	Máximo seis en total.
Referencias	Las referencias bibliográficas se presentarán de acuerdo con los Requisitos Uniformes para los Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas (Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas) que se encuentran en la página de Internet: http://www.metodo.uab.cat/docs/Requisitos_de_Uniformidad.pdf Las referencias deberán ser de los últimos 10 años a la fecha.	Máximo 50 para artículos originales y de revisión. Para la sección del rincón del estudiante máximo 30 referencias.

En los artículos que no sean de investigación, las secciones y sus títulos estarán criterio del autor.

Particularidades de la sección del rincón del estudiante

El manuscrito candidato a publicación deberá ser enviado con una copia del nombramiento que acredite a los autores como estudiantes de pregrado o posgrado de algún programa nivel universitario así como una copia de del nombramiento del personal docente o asesor de investigación responsable.



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

Sí, deseo suscribirme **gratuitamente** a la **Revista Mexicana de Enfermería**

Nombre: _____

E-mail: _____

Centro de Trabajo: _____

Profesión: _____

Especialidad: _____

Lugar de residencia: _____

Como se enteró de la Revista: _____

*Edición cuatrimestral

A los efectos de lo que dispone la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y su respectivo Reglamento, le informamos que los datos personales facilitados en este boletín, van a ser incorporados en un fichero creado bajo la responsabilidad de Permanyer México, S.A. de CV, con la finalidad de atender su petición de suscripción. Usted tiene el derecho a acceder a la información que le concierne recopilada en nuestro fichero, rectificarla de ser errónea o cancelarla, así como oponerse a su tratamiento en el siguiente domicilio: Permanyer México, S.A., Temístocles, #315, Col. Polanco, C.P. 11560 Ciudad de México, México

Firma del interesado:

Por favor, envíe su cupón escaneado a: revistaenfermeriaincmnsz@yahoo.com.mx



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
Subdirección de Enfermería "Ma. Dolores Rodríguez Ramírez"
Departamento de Educación e Investigación en Enfermería

Calendario de Cursos de Educación Continua

OBJETIVO:

Propiciar espacios académicos dirigidos al desarrollo de competencias profesionales en la gestión del cuidado a partir del Proceso Salud Enfermedad y la práctica cotidiana vinculada al contexto nacional e internacional en salud, a fin de propiciar autoreflexión del compromiso que tenemos como profesionales de enfermería en favor de mejores prácticas en el cuidado de la población.

1^o Curso:

Cuidados de Enfermería al paciente que vive con Diabetes

23 y 24 de abril
08:00 a 14:00

2^o Curso:

Elementos centrales en la calidad y seguridad del cuidado profesional de enfermería

7, 8 y 9 mayo
08:00 a 14:00

9^o Curso:

XLV Jornadas de Enfermería

4 y 5 de octubre
08:00 a 14:00

6^o Curso:

4to encuentro Internacional e Interinstitucional de Calidad en la UCI

12, 13 y 14 de Julio
15:00 a 20:00

5^o Curso:

Coloquio de Investigación

2, 3 y 4 de Julio
08:00 a 14:00

4^o Curso:
Arte, ciencia e innovación, humanismo; Preceptos básicos en la calidad de la Enfermería Quirúrgica en el INCMNSZ

4, 5 y 6 junio
08:00 a 14:00

3^o Curso:
La práctica de enfermería geriátrica en el adulto mayor con cirugía ortopédica y rehabilitación

31 de mayo y 1 de junio
08:00 a 14:00

7^o Curso:

Cuidados de Enfermería al paciente con padecimientos oncohematológicos

21, 22 y 23 de agosto
08:00 a 14:00

8^o Curso:

Gestión del cuidado de enfermería en la Atención al Paciente con Terapia Sustitutiva Renal en las diferentes etapas de la vida

12, 13 y 14 de septiembre
15:00 a 20:00

10^o Curso:

Prevención, valoración y tratamiento de las úlceras por presión

29, 30 y 31 de octubre
08:00 a 14:00

11^o Curso:

Actualidades en la atención profesional de Enfermería al paciente en Estado Crítico

6, 7 y 8 de noviembre
08:00 a 14:00

Informes : 54870900 ext.2210

Departamento de Educación e Investigación en Enfermería
Mtra. Ma. Ángeles Cano García cano_angeles@yahoo.com.mx



SERVICIO DE CIRUGÍA

Andrés Christian Ruiz Estrada

¿QUÉ ES ETNOCENTRISMO, Y CÓMO IMPACTA EN EL CUIDADO Y LA CALIDAD?

El etnocentrismo es una variante de sociocentrismo, entendida como las actitudes conscientes e inconscientes de una cultura hacia otra, con una ideología de superioridad que se ve reflejada en la imposición de la misma como parámetro general para valorar a las otras culturas.³ De este modo el etnocentrismo moderno naturaliza y estandariza las prácticas de la cultura dominante, haciendo que las demás culturas sufran el cambio y comiencen un proceso de adaptación que en exceso genera olvido y recesión de transmisión cultural, generando un etnocentrismo inverso o xenocentrismo.⁴

```

graph TD
    A[Sociocentrismo] --> B[Clasismo]
    A --> C[Nacionalismo]
    A --> D[Etnocentrismo]
    D --> E["Teórico (Eurocentrismo o Etnocentrismo Moderno)"]
    D --> F[Cultural]
    E --> G[Educativo]
    E --> H[Médico]
    E --> I[Agrario]
    E --> J[Tecnológico]
    F --> K[Racial]
    F --> L[Lingüístico]
    F --> M[Religioso]
  
```

Cabrera M.A. El debate sobre el etnocentrismo tras la crisis de la modernidad. [Internet] 2009 [Citado 2017 Oct 28] (41): 95-106. Disponible en: <http://www.jstor.org/pbidi/unam.mx/3080/stable/27920016>

¿QUÉ CONSECUENCIAS TRAE EL ETNOCENTRISMO MODERNO? ^{5,6}

Enfermería para las masas	Cuidados de Enfermería Habitual	Se basa en un enfoque biomédico y tecnológico estandarizado que no permite la consciencia abierta a diferentes prácticas culturales.
	Cuidados de Enfermería Generalizados	
Enfermería del Individuo	Efectos de la atención individual en los pacientes	Falta de conocimiento de las necesidades del cliente y el desarrollo de la confianza a través del sentimiento de valor. La suspensión del yo, la pérdida de control y la dependencia del cliente en el personal de enfermería.
	Respuestas de los participantes a la atención individual	
Comunicación y Lenguaje	Barreras	Se refiere a una deficiencia de educación para la salud, instrucción sobre cómo utilizar los dispositivos de alivio del dolor y los planes, administración de medicamentos, expectativa de mala comunicación debido a experiencias anteriores de hospitalizaciones.
	Interpretes	Los cuidados de enfermería son impredecibles y perjudiciales para su bienestar sin la prestación de un intérprete.
	Cultura	Muestran dificultades culturales basadas en las diferencias tanto en el lenguaje como en la comprensión de la cultura hospitalaria. Las enfermeras están en un ambiente familiar, mientras que los usuarios experimentan el hospital como extraño y aterrador.

Dominio Cognitivo: Conciencia Crítica * Conciencia de sí mismo y valores * Conciencia de posibles consecuencias y desequilibrio de poder * Reconocimiento de los determinantes de la relación de poder	Dominio Cognitivo: Conocimiento Crítico * Conceptualización de: -Cultura -Cultura y Biomedicina * Conocimiento de los desafíos de la comunicación
Competencia Cultural Crítica (CCC) Componentes Multidimensionales y Dominios	
Dominio de Comportamiento: Habilidades Críticas * Capacidad para negociar significados culturales y decisiones éticas * Capacidad para satisfacer las necesidades culturales de los pacientes y sus familias * Capacidad para usar lenguaje corporal apropiado	Dominio Afectivo: Empoderamiento Crítico *Experiencia de Racialización -De los pacientes y sus familias -De los colegas *¿Empoderamiento dentro de la organización?

Almutairi A., Aldan A., Nasim M. Perceptions of critical cultural competence of registered nurses in Canada. [Internet] 2017 [Citado 2017 Sep 27]; 16(47): 1-9. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=124667201&site=ehost-live>

CONCLUSIONES

El etnocentrismo moderno genera un proceso de adaptación y recesión cultural, en el que se adapta el nuevo modelo y se transmite a futuras generaciones para evitar las consecuencias del mismo, por ello es necesaria la conciencia crítica y la revaloración y/o replanteamiento de nuevos modelos de atención cultural en salud, cuestionarios que evalúen la participación cultural y su modificación para adaptarlos a las diferentes poblaciones, esto dará un cambio en la atención y asimismo hará que la profesión forje además de identidad, autonomía en el cuidado cultural, confianza y calidad, pues se trabajaría con transculturalidad y cuidado integral, promoviendo el pensamiento cultural y las prácticas de las diferentes etnias o poblaciones que se encuentran en este mundo.

¹ Baraňano A. Diccionario de relaciones interculturales: diversidad y globalización. 1ª Ed., España: Complutense; 2007. p. 133-135.

² Múñez J. Antropología de los cuidados. [Internet]. 2000 1º y 2º Semestre [citado 2017 Sep. 14]; 4(7-8): 102-106. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5090/1/CC_07-08_12.pdf

³ Chiriguini M.C., Mancusi M. *Apertura a la Antropología Alteridad-Cultura-Naturaleza Humana*. Buenos Aires: Proyecto Editorial; 2006. p. 79-92.

⁴ Baraldi C. New forms of Intercultural Communication in a globalized world. [Internet] 2006 [Citado 2017 Sep 27]; 68(1): 53-69. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1748048506060115>

⁵ Schnake S., Beal D., Ruscher J. Modern Racism and intergroup bias: a causal explanation. [Internet] 2006 [Citado 2017 Sep 27]; 13(1-2): 133-143. Disponible en: http://www.istor.org/stable/41675227?seq=1&cid=pdf-reference#references_tab_contents

Shankar S., Beal D., Ruscher J. Modern Racism and Intergroup bias: a causal explanation. [Internet] 2006 [citado 2017 Sep 27]; 13(1-2): 133-143. Disponible en: http://www.psyc.org/stable/4195247?ebg=1&cd=pub-referencereferences_tab_contents