

AÑO 5  
NÚMERO 1  
Abril de 2017

ISSN: 2339-7284

# REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

## EN ESTE NÚMERO:

**P.5**  
Editorial

**P.6**  
Absentismo laboral en enfermería, la experiencia en una institución de tercer nivel de atención en la Ciudad de México

**P.15**  
Plan de alta de enfermería, modelo de un instituto de tercer nivel de atención en México

**P.20**  
Propuesta de planes de cuidado de enfermería para la prevención y la identificación del sitio quirúrgico

**P.26**  
Cuidado profesional de enfermería al paciente con herida abierta secundaria a amputación de transmetatarsianos

**P.32**  
Procedimiento de biopsia abierta de músculo



**PERMANYER MÉXICO**  
[www.permayer.com](http://www.permayer.com)



# REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN / INCMNSZ



## 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*

Alicia J. Frenk Mora  
*Subdirectora de Servicios Paramédicos*

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*

---

## Consejo Editorial

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

Judit 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

Teresa Pérez López

Yesica Claudia Juárez Serrano

---



# REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN / INCMNSZ



## Comité Editorial Internacional

**Júlia Esteve Reig**

*Directora de la Escuela de Enfermería EUI - Sant Pau  
(adscrita a la Universidad Autónoma de Barcelona)  
Doctora por la Universidad Complutense de Madrid  
Barcelona, España*

**María Antonia Martínez Momblán**

*Responsable del área docente (grado y máster) de la Escuela de Enfermería EUI - Sant Pau  
(adscrita a la Universidad Autónoma de Barcelona)  
Doctora por la Universidad de Barcelona  
Barcelona, España*

**Isabel Pérez Pérez**

*Licenciada en Pedagogía. Doctorado en Ciencias de la Enfermería por la Universidad Rovira i Virgili  
Vicedegana de grado, calidad y comunicación de la Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna  
Universidad Ramon Llull  
Barcelona, España*

**Rosa Rifà Ros**

*Licenciada en Antropología. Doctorado en Ciencias de la Enfermería  
por la Universidad Rovira i Virgili  
Directora del grado en Enfermería de la Facultad de Ciencias  
de la Salud Blanquerna  
Universidad Ramon Llull  
Barcelona, España*

**Eva Roman Abal**

*Responsable del área docente de la Escuela de Enfermería EUI - Sant Pau  
(adscrita a la Universidad Autónoma de Barcelona)  
Doctora por la Universidad Autónoma de Barcelona  
Barcelona, España*

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

© 2017 Permanyer

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

© 2017 Permanyer México

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



www.permnyer.com



Impreso en papel totalmente libre de cloro



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

Edición impresa en México

ISSN: 2339-7284

Ref.: 3908AX171

### 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

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN / INCMNSZ



## Índice

### Editorial

L.G. López-López y S. Arroyo-Lucas..... 5

### ARTÍCULO ORIGINAL

#### **Absentismo laboral en enfermería, la experiencia en una institución de tercer nivel de atención en la ciudad de México**

M.E. Espinosa-Padrón, S. Arroyo-Lucas, P. Domínguez-Sánchez, M. Martínez-Becerril y M.P. Nájera-Ortiz 6

### ARTÍCULO DE REVISIÓN

#### **Plan de alta de enfermería, modelo de una institución de tercer nivel de atención en la ciudad de México**

S. Arroyo-Lucas, R. Vásquez-Cruz, R.M. Chávez-Contreras, M. Martínez-Becerril y M.P. Nájera-Ortiz... 15

### BUENAS PRÁCTICAS DE LA ATENCIÓN EN LA SALUD

#### **Propuesta de planes de cuidado de enfermería para la prevención y la identificación del sitio quirúrgico**

R. Ortiz-Salazar, E. García-Rosas y R.M.G. Andrade-Cepeda ..... 20

#### **Cuidado profesional de enfermería al paciente con herida abierta secundaria a amputación de transmetatarsianos**

A. Bárbara Garduño-Pérez, V. de la Cruz-Escalera y C.F. Espinosa-Moreno..... 26

#### **Procedimiento de biopsia abierta de músculo**

G. Urincho-Pérez, L.C. Hernández-Jiménez, L. Hernández-Mayén, A. Avendaño-Peralta y S.E. Sandoval-Pérez ..... 32

**Instrucciones para los autores** ..... 42



# REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN / INCMNSZ




---

## Index

---

### Editorial

L.G. López-López y S. Arroyo-Lucas..... 5

### ORIGINAL ARTICLE

#### **Job absenteeism in nursing, experience in a Institution of third level of attention in the city of Mexico**

M.E. Espinosa-Padrón, S. Arroyo-Lucas, P. Domínguez-Sánchez, M. Martínez-Becerril and M.P. Nájera-Ortiz 6

### REVIEW ARTICLE

#### **Plan of discharge of nursing, model of an Institution of third level of attention in the city of Mexico**

S. Arroyo-Lucas, R. Vásquez-Cruz, R.M. Chávez-Contreras, M. Martínez-Becerril and M.P. Nájera-Ortiz 15

### GOOD PRACTICES OF HEALTH CARE

#### **Proposal of nursing care plans for the prevention and identification of the surgical site**

R. Ortiz-Salazar, E. García-Rosas and R.M.G. Andrade-Cepeda..... 20

#### **Professional nursing care for the patient with open wound secondary to transmetatarsal amputation**

A. Bárbara Garduño-Pérez, V. de la Cruz-Escalera and C.F. Espinosa-Moreno ..... 26

### Biopsy procedure

G. Urincho-Pérez, L.C. Hernández-Jiménez, L. Hernández-Mayén, A. Avendaño-Peralta and S.E. Sandoval-Pérez ..... 32

**Instructions to Authors**..... 42

---

## Editorial

L.G. López-López\* y S. Arroyo-Lucas

Editores

---

En la actualidad, la enfermería utiliza el conocimiento basado en modelos y teorías para fundamentar su práctica en los diversos escenarios, además de crear conocimiento derivado del cuidado que proporciona, con base en una metodología científica bajo los enfoques cualitativo o cuantitativo.

Sin embargo, el proceso de la investigación no culmina con la presentación de resultados, sino que el siguiente reto es la preparación del manuscrito para la publicación y la socialización en espacios académicos de divulgación, como lo son las revistas científicas.

En este sentido, la importancia de generar conocimiento, así como la divulgación del mismo, se centra en tres objetivos:

- Primero, contar con un cuerpo de conocimientos propios de enfermería que permitan sustentar la praxis científica, orientado a un pensamiento crítico de la enfermería y por lo tanto llegar a la profesionalización.
- El segundo, relacionado a mejorar y perfeccionar la práctica en la gestión del cuidado con calidad

y seguridad en los diversos escenarios de atención de enfermería.

- Finalmente, el tercer objetivo es lograr un posicionamiento dentro del equipo multidisciplinario de salud y de la sociedad en general.

Por ello, la Revista Mexicana de Enfermería considera trascendental socializar la diversidad de información científica de la enfermería mexicana y áreas a fines, así como su impacto en la atención durante el proceso de salud-enfermedad-atención, desde la perspectiva sociocultural, política y económica de la sociedad.

El transitar de la Revista ha sido arduo, y hemos identificado elementos que deben fortalecerse para incidir en una mayor proyección en la socialización de información de calidad, por lo que continuamos realizando el mayor esfuerzo para cumplir con la misión partiendo de una base que propicia el pensamiento crítico a través de la óptica ética-humana, que impacte en la gestión de los cuidados.

---

### Correspondencia:

\*Lizeth Guadalupe López-López

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán  
Vasco de Quiroga, 15

Col. Belisario Domínguez, Sección XVI, Del. Tlalpan

C.P. 14080, Ciudad de México, México

E-mail: revistaenfermeriaincmnsz@yahoo.com.mx

---

## Absentismo laboral en enfermería, la experiencia en una institución de tercer nivel de atención en la ciudad de México

M.E. Espinosa-Padrón<sup>1\*</sup>, S. Arroyo-Lucas<sup>2</sup>,  
P. Domínguez-Sánchez<sup>2</sup>, M. Martínez-Becerril<sup>3</sup> y  
M.P. Nájera-Ortiz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Enfermería; <sup>2</sup>Departamento de Educación e Investigación en Enfermería; <sup>3</sup>Subdirección de Enfermería. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

### Resumen

**Introducción:** El absentismo impacta desfavorablemente en las organizaciones. La causa se relaciona con las mismas políticas gubernamentales que guían el actuar de las instituciones para el cumplimiento de objetivos dentro de una cultura organizacional tanto para los usuarios (pacientes) como para los derechos de los trabajadores, y que a la luz de un análisis los primeros son los más vulnerados. **Objetivo:** Identificar las principales causas de absentismo laboral en una institución de tercer nivel de atención, mediante un estudio retrospectivo y exploratorio de los años 2011 a 2015. **Material y métodos:** Estudio descriptivo a través de la revisión de una base de datos del personal de enfermería de un instituto de salud. **Resultados:** La principal causa de absentismo es el programado, debido al aumento de prestaciones a los trabajadores, las principales causas de absentismo no programado son por enfermedades ortopédicas, neumológicas y gastrointestinales. **Conclusiones:** El absentismo se expresa en particular por dos causas: las condiciones propias del trabajo y el absentismo como un fenómeno sociológico entre la actitud del trabajador frente al trabajo. En este sentido, el absentismo no puede tratarse de una forma exclusiva o coercitiva, sino intentando entender el antecedente histórico, el tiempo y el espacio actual para poder generar propuestas de abordaje centradas en la realidad.

**Palabras clave:** Absentismo laboral. Enfermería.

### Abstract

**Introduction:** Absenteeism has an unfavorable impact on organizations, and the cause is related to the same government policies that guide the actions of institutions, for the fulfillment of objectives within an organizational culture as for the rights of workers, and that in the light of an analysis the former are the most injured. **Objective:** To identify the main causes of work absenteeism in a third-level care institution, through a retrospective, exploratory study from the years 2011 to 2015. **Materials and methods:** descriptive study through a database from the nursery staff of a health institute. **Results:** The main cause of absenteeism is the programmed and every time the surgery is over. This has led to a decrease in licenses without a cause of pay. Likewise, the three main causes of unscheduled absenteeism are related to orthopedic, pneumological, and gastrointestinal diseases. **Conclusions:** Absenteeism is expressed in particular by causes, by the conditions of work, and by absenteeism as a sociological phenomenon in the attitude of the worker to work; in this sense, absenteeism can not be treated in an exclusive way by coercion, but by trying to understand the historical background, the time and the current space that allow to generate proposals of approach centered in the reality. (Rev Mex Enf. 2017;5:6-14)

**Corresponding author:** M. Estela Espinosa-Padrón, estela.espinosa.padron@gmail.com

**Key words:** Absenteeism. Nursing.

### Correspondencia:

\*M. Estela Espinosa-Padrón

E-mail: estela.espinosa.padron@gmail.com

Fecha de recepción en versión modificada: 10-3-2016

Fecha de aceptación: 6-12-2016

## Introducción

Considerando que las políticas son la guía en el actuar de los sistemas de gobierno, y las organizaciones el medio para el logro de objetivos institucionales, su cumplimiento tiene otras implicaciones que van más allá del deseo y lo teóricamente ideal; depende, entre otros aspectos, de la cultura organizacional, los presupuestos y el capital humano.

Desde esta perspectiva, se hace interesante comentar las políticas y analizar el comportamiento del capital humano en uno de los temas que adolece el sector salud, el cual tiene que ver con el absentismo; concepto con el significado de falta de asiduidad (asistir) al trabajo o a otras obligaciones sociales. Esas causas pueden ser diversas: problemas de salud, enfermedades o accidentes de trabajo, problemas de salud en personas de la familia, embarazo y parto, o casamiento, entre otros. De esta forma, el absentismo puede o no ser comprendido como una consecuencia de los problemas existentes en la relación entre trabajo y trabajador<sup>1</sup>. En este sentido, todo ello aunado al déficit de recursos humanos de enfermería en México, en donde existe un desgaste profesional. El tema del absentismo en esta profesión en todo el mundo no es un tema ajeno, y ha sido estudiado de manera frecuente<sup>1-21</sup>, quizá porque representa en general el equipo mayoritario en las instituciones de salud, con participación de 24 horas los 365 días del año, y su ausencia no es menor porque, entre otros aspectos, provoca inestabilidad por diferentes circunstancias, aun cuando pareciera insignificante.

Se tiene identificado, por los diversos autores que han publicado sobre el tema, que las implicaciones de las ausencias justificadas o injustificadas de un integrante provoca, entre otros aspectos, una carga de trabajo extra en quienes asisten a laborar, tensiones entre jefes o responsables del área con el propio personal debido a la movilidad que debe existir para cubrir la ausencia, ritmos de trabajo más acelerados, mayor tiempo de respuesta a una necesidad de los pacientes, deterioro de la imagen profesional e institucional, estrés, desgaste físico, psicológico y enfermedad; además, el desgaste y el sufrimiento físico y mental muchas veces terminan en discapacidades, mayor absentismo y jubilación anticipada. Por otro lado, el absentismo tiene un impacto económico considerable, principalmente en el costo que genera contratar suplencias que no se encuentran dentro de los presupuestos originales.

En este sentido, cuando el profesional de enfermería ingresa a una fuente de empleo, menciona en sus primeros contactos con los dirigentes de las organizaciones que tiene el compromiso de cumplir con la normatividad y seguir los lineamientos que se enmarcan, para el logro de la misión, la visión y los objetivos de la organización, además de hacerlo con honestidad, trabajo en equipo, buena disciplina, puntualidad y asistencia.

Sin embargo, al paso de los meses se observa que un porcentaje considerable de trabajadores parecieran romper el compromiso realizado con el empeño de la palabra, vulnerando así no solo su imagen, sino también las condiciones para el logro de objetivos de la organización, y paralelamente este acto se convierte en exigencias y demandas laborales para sus propios compañeros.

Así, en medio de las buenas intenciones, existe una realidad que vulnera a las organizaciones del sector salud en México e impide el cumplimiento ideal de los objetivos, porque es difícil lograr un avanzar si el recurso humano de quien realiza la actividad no se presenta, tal es el caso del absentismo de profesionales de enfermería, constituyendo este un problema que necesita ser monitoreado<sup>8</sup>. Si se logran identificar las principales causas de absentismo laboral e incidir en los factores, quizá se contribuya al cumplimiento de metas y a mejorar las condiciones laborales de los profesionales de enfermería.

Por lo anterior, se realiza el siguiente trabajo que tiene como objetivo identificar las causas de absentismo programado y no programado en una institución de tercer nivel de atención en México.

## Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo, exploratorio, de los años 2011 a 2015, en una institución de tercer nivel de atención en Ciudad de México. Primero se identificaron los tipos de absentismo programado y no programado de acuerdo a las leyes y normas en materia laboral que competen a la institución. Posteriormente se realizó la descripción de conceptos en cuanto al tipo de absentismo y por último se revisó el tipo de absentismo en los archivos y las bases de datos de la Subdirección de Enfermería. La información se complementó con el Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE).

Hubo datos que no se encontraron del total de los años analizados, como el grupo de edad, del que solo se reporta el año 2015, y el absentismo por incapacidad médica, para el que solo se realizó la revisión de julio a diciembre de 2014.

Las definiciones conceptuales se detallan en la tabla 1.

**Tabla 1.** Construcción de conceptos

**Absentismo no programado**

Se refiere a la ausencia del trabajo o labores, ya sea de manera justificada o no, por diversas causas, sin que sea previsible. Dentro de estas ausencias se encuentran: cuidados maternos (CM), días de duelo (DD), faltas injustificadas (FI) e incapacidad médica (IN).

**Cuidados maternos (CM)** Se entienden los cuidados maternos (CM) como la licencia con goce de sueldo concedida a las madres, padres o tutores que acrediten la guardia y custodia para el cuidado de los hijos hasta 6 años de edad (Art. 125, fracc. II, inc. A y B II de las Condiciones Generales de Trabajo [CGT] 2013-2015), los cuales se otorgan hasta por 12 o 15 días hábiles al año de acuerdo a los años de servicio prestados al Instituto. Para este otorgamiento se requiere de la constancia de cuidados maternales correspondiente expedida por el ISSSTE.

**Días de duelo (DD)** Se entienden los días de duelo (DD) como la licencia con goce de sueldo concedida al trabajador por el fallecimiento de familiares de primer y segundo grado (Art. 125, fracción II, inc. A y B I de las CGT 2013-2015), los cuales se otorgan hasta por 12 o 15 días hábiles al año de acuerdo a los años de servicio prestados al Instituto. Para este otorgamiento se requiere de una copia del certificado de defunción para otorgar al trabajador de 1 hasta 5 días, dependiendo del grado de parentesco.

**Faltas injustificadas (FI)** Se entiende como falta injustificada (FI) la falta de asistencia voluntaria o involuntaria del trabajador a sus labores sin justificación que la avale. En las CGT 2013-2016, el Art. 66 considera falta injustificada cuando el trabajador no registre su entrada o salida y cuando abandona sus labores. Sin embargo, en este estudio solo se contemplan los casos en que el trabajador no se haya presentado a laborar de manera no justificada.

**Incapacidad médica (IN)** El absentismo por causa médica o incapacidad por licencia médica (IN) es definido por la Organización Internacional del Trabajo como «el periodo de baja laboral que se acepta como atribuible a una incapacidad del individuo». Esta incidencia debe ser expedida por el médico del ISSSTE.

**Absentismo programado**

Se refiere al absentismo previsible que puede ser controlado porque el Instituto está informado con un mínimo de 24 horas previamente a la ausencia, Dentro de él se encuentran los días para asistencia a la CLIDDA (CL), comisión (CO), días académicos (DA), días económicos (DE), guardia personal (GA), incapacidad materna (IM), licencia con goce de sueldo (LC), licencia sin goce de sueldo (LS), matrimonio civil (MC), vacaciones de primer periodo (V1), vacaciones de segundo periodo (V2), vacaciones de riesgo (VR) y periodo prejubilatorio (PJ).

**CLIDDA (CL)** Es el derecho que tienen los trabajadores derechohabientes activos del ISSSTE de acudir a la CLIDDA para realizarse un examen médico general que permite determinar su estado de salud actual y a su vez detectar en él padecimientos crónico-degenerativos a través de estudios especializados (odontología, oftalmología, otorrinolaringología, endocrinología, dermatología, ginecología) (Capítulo II, Art. 27; sección III Art. 33, Art. 34, fracc. III de la ley del ISSSTE).

**Comisión (CO)** Los días de comisión son aquellos en que el trabajador se encuentra asignado por el Instituto para realizar una diligencia por asuntos laborales fuera de las instalaciones del Instituto.

**Días académicos (DA)** Son los días que se otorgan al trabajador para asistir a cursos de actualización continua.

**Días económicos (DE)** Se entiende por días económicos (DE) el derecho que tienen los trabajadores de inasistencia con goce de sueldo a sus labores, hasta por 12 días al año, para la atención de asuntos particulares de urgencia (Art. 128 CGT 2013-2016).

**Guardia personal (GA)** Se entiende por guardia personal (GA) a la sustitución de un trabajador por un compañero de la misma categoría para desempeñar sus funciones el día y jornada establecidos en su rol de servicio.

**Incapacidad materna (IM)** La incapacidad materna (IM) es el derecho que tiene la mujer trabajadora durante el periodo de embarazo para disfrutar de un descanso de 6 semanas anteriores y 6 semanas posteriores al parto (90 días naturales), a solicitud expresa de la trabajadora y previa autorización escrita del médico de la institución de seguridad social que le corresponda (Art. 170 de la LFT).

**Licencia con goce de sueldo (LC)** Se entiende por licencia con goce de sueldo a la prestación concedida al trabajador consistente en ausentarse de sus labores gozando de su sueldo de 12 y hasta por 15 días (dependiendo de su antigüedad), lo cual se podrá autorizar cuando ocurran circunstancias especiales, incluyendo cuidados maternos (CM), días de duelo (DD), matrimonio civil (MC), cuando el familiar del trabajador en primer grado y que acredite la dependencia económica tenga que someterse a algún tratamiento de salud, o por alguna otra causa justificada, por lo que deberá presentarse su solicitud con anticipación mínima de 15 días (Art. 121, Art. 125, Fracción II, A), B), I, II, III, IV, V; Art. 126 de las CGT 2013-2016).

(Continúa)

**Tabla 1.** Construcción de conceptos (*Continuación*)

<b>Licencia sin goce de sueldo (LS)</b>	Se entiende por licencia sin goce de sueldo a la prestación concedida al trabajador por cuestiones de carácter personal consistente en ausentarse de sus labores sin goce de sueldo de 30 a 180 días naturales al año (dependiendo de su antigüedad), previa solicitud con anticipación mínima de 15 días (Art. 125, fracción I, A), B), C); Art. 126 de las CGT 2013-2016).
<b>Matrimonio civil (MC)</b>	Se entiende por licencia con goce de sueldo por matrimonio civil (MC) al derecho que tiene el trabajador de ausentarse de sus labores en el periodo nupcial hasta por 5 días hábiles en una sola ocasión por trabajador, debiendo acreditar con una copia certificada de matrimonio que al efecto se le expida y previa solicitud anticipada por escrito (Art. 125, Fracción II, A), B), I, II, III, IV, V; Art. 126 de las CGT 2013-2016).
<b>Vacaciones de primer periodo (V1)</b>	Se entiende como vacaciones de primer periodo semestral al disfrute de 10 días hábiles en el periodo de enero a junio de cada año, previa programación que realice el trabajador (Art. 30 de la LFTSE; Art. 112 y 118 de las CGT 2013-2016).
<b>Vacaciones de riesgo (VR)</b>	Se entiende como vacaciones de riesgo al disfrute de 5, 8 o 12 días hábiles anuales con base a la clasificación del riesgo (bajo, mediano o alto) en los trabajadores que desempeñan alguno de los códigos considerados dentro del Manual para prevenir riesgos y otorgamiento de derechos adicionales de la secretaría de salud (MPRODASS), y su calendarización se hará de acuerdo con el departamento respectivo (Art. 119 de las CGT 2013-2016).
<b>Vacaciones de segundo periodo (V2)</b>	Se entiende como vacaciones de segundo periodo semestral al disfrute de 10 días hábiles en el periodo de julio a diciembre de cada año, previa programación que realice el trabajador (Art. 30 de la LFTSE; Art. 112 y 118 de las CGT 2013-2016)
<b>Prejubilación (PJ)</b>	Se entiende por prejubilación a la licencia con goce de sueldo por 90 días naturales, para que el trabajador pueda atender debidamente los trámites para obtener su pensión por jubilación, pensión en cuenta individual, retiro por edad y tiempo de servicios, o pensión por cesantía en edad avanzada, de acuerdo con la ley del ISSSTE.
<b>Descansos en día festivo (E)</b>	De acuerdo con el Diario Oficial de la Federación, se refiere a días de descanso obligatorio para los trabajadores.
<b>Pases de salida (PS)</b>	Es la ausencia del trabajador en su jornada laboral para que atienda asuntos de importancia, con permiso previo de sus jefes, hasta por 2 horas y hasta tres veces por mes (Art. 72 de las CGT 2013-2015).
<b>Descansos (D)</b>	El descanso laboral alude al periodo de tiempo en que el trabajador no está obligado a prestar sus servicios a la Institución, de acuerdo a las Condiciones Generales de Trabajo del Sindicato Único de Trabajadores del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (SUTINCMNSZ).

**Absentismo no presencial (presentismo)**

Consiste en acudir al trabajo, pero dedicando una parte de la jornada a actividades que no guardan relación con las tareas propias del puesto que se ocupa, o desatender su trabajo injustificadamente, aun cuando permanezca en su sitio, así como distraerse o distraer a sus compañeros con lecturas, pláticas o actividades que no tengan relación con su trabajo. Entre las más comunes se encuentran la compra y venta de toda clase de objetos o alimentos, consultar páginas web o correo electrónico, usar el teléfono celular, hacerse acompañar de personas ajenas a la institución, visitar a compañeros de otros departamentos, realizar festejos sin la autorización respectiva, utilizar distractores y prolongar el tiempo de traslado entre el registro de asistencia y su lugar de trabajo.

Fuente: Base SIARHE S.S., INCMNSZ. 2015.

## Resultados

En la tabla 2 se observa que la población de profesionales en enfermería estaba conformada en 2015 por un 88% de mujeres (524) y un 12% de hombres (68), con predominio de los grupos de edad de 36 a 50 años (el promedio de edad fue de 42 años).

Dentro del absentismo no programado (Tabla 3) se observa que en el año 2015 fue cuando se otorgaron la menor cantidad de cuidados maternos, con 346 días, comparado con el resto de los años. La incapacidad médica en el año 2015 aumentó hasta llegar a 5341 días, comparado con los años 2011 a 2014, en los que se encontraban menos de 5000 días.

**Tabla 2.** Grupos de edad (año 2015)

Edad (años)	Mujeres	Hombres
25-30	45	15
31-35	60	12
36-40	92	20
41-45	122	11
46-50	100	5
51-55	58	4
55-60	34	1
61 +	13	0
Total	524	68
	88%	12%

*Fuente: Base Siarhe S.S., INCMNSZ. 2015.*

Como podemos observar en la tabla 3, dentro del absentismo no programado, en el año 2015, la incapacidad médica aumentó hasta 5341 días, comparado con los años 2011 a 2014, en los que era de menos de 5000 días; sin embargo, es en 2015 cuando se otorgó la menor cantidad de cuidados maternos, con 346 días, comparado con el resto de los años.

En lo que respecta a las faltas injustificadas (absentismo no programado), estas tuvieron cambios significativos si comparamos los años 2011 y 2014, al haber un decremento de 2215 a 1405 incidencias, pero volviendo a aumentar en 2015.

Dentro del absentismo programado, llama la atención que la asistencia a la clínica de diagnóstico automatizado (CLIDDA) registró el menor número de programaciones, llegando a 56 días en el año 2015. En comparación con el resto de los años, la incapacidad materna aumentó y las licencias sin goce de sueldo disminuyeron en los años 2014 y 2015. Los días académicos, los días económicos y las licencias con goce de sueldo fueron los más otorgados en el año 2015, comparados con los años anteriores, llegando a 456, 4990 y 2950, respectivamente.

El matrimonio civil, como motivo de absentismo programado, no existía en los años 2011-2013 y se presentó en los años 2014 y 2015. Los días de vacaciones de riesgo de 2011, que eran de 4730, pasaron en el año 2015 a 8070 días, representando un 71% de incremento. Los pases de salida pasaron de 4149 en el año 2011 a 5410 en el año 2015, lo que representó un incremento de un 24%.

Se observa una disminución de los días de absentismo no previsible durante 2012-2014 y un incremento en 2015. Los días de absentismo previsible se han incrementado gradualmente desde el año 2011, siendo 2105 el año con más días de absentismo, con un promedio del 15.8%.

Como se puede observar en la tabla 4, las dos principales enfermedades que presentaron los trabajadores de julio a diciembre del año 2014 fueron las ortopédicas (53%), seguidas por las neumológicas (15%) y gastrointestinales (7%), haciendo hincapié en que las enfermedades por especialidad que mayor ausencia implican por trabajador son las de otorrinolaringología (15 días/persona), neurología (10 días/persona), hemato-oncología y reumatología (7 días/persona).

## Discusión

El absentismo en el trabajo puede ocasionarse por diversos factores (personales, organizativos, enfermedades, sociales o económicos); sin embargo, contar con un acercamiento al panorama general puede ser parte de la clave para su análisis en el control de costos directos e indirectos<sup>25</sup>, así como en la previsión de recursos desde un análisis de proyección que permita garantizar la continuidad y la calidad de los servicios de enfermería en las instituciones de salud.

En lo que respecta a la institución donde se realizó el estudio, hubo cambios en el absentismo quizá por reformas en las condiciones laborales. Por ejemplo, la reducción de cuidados maternos pudo estar asociada a que en el año 2013, de acuerdo a las Condiciones Generales de Trabajo, la edad de los hijos para el otorgamiento de esta prestación disminuyó de 12 a 6 años.

Dentro del absentismo no programado, aun cuando no se contó con información de todos los años en relación con la enfermedad, es el que más se presenta en la institución, situación que coincide con diversos estudios<sup>10,11,13,15,17,18,20,23</sup>, en los cuales los problemas musculoesqueléticos y las enfermedades respiratorias<sup>13,15</sup> se presentan con mayor frecuencia en las instituciones de salud, y entre sus causas se ha reportado la doble jornada<sup>6</sup>. Sin embargo, en este trabajo no se profundizó la exploración de la posible causa de la enfermedad, aspecto que valdría la pena retomar en otro momento. En contraste con esta situación, en lo que se debieran tener estrategias de prevención y fomento a la salud mediante el chequeo médico, como el proporcionado por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) a través de la CLIDDA, también se identificó

**Tabla 3.** Días de absentismo (2011-2015)

Tipo	Incidencia	2011	2012	2013	2014	2015
No programado	Cuidados maternos (CM)	407	371	355	366	346
	Días de duelo (DD)	131	95	131	125	98
	Faltas injustificadas (FI)	2,215	1,679	1,739	1,405	1,821
	Incapacidad médica (IN)	4,622	4,334	4,173	4,940	5,341
Programado	CLIDDA (CL)	70	64	63	85	56
	Comisión (CO)	24	283	143	428	119
	Días académicos (DA)	178	169	266	421	456
	Días económicos (DE)	4,029	4,076	4,474	4,795	4,940
	Guardia personal (GA)	3,015	2,840	2,884	2,892	2,976
	Incapacidad materna (IM)	1,048	1,304	1,207	1,445	1,424
	Licencia con goce de sueldo (LC)	1,718	1,705	1,653	2,753	2,950
	Licencia sin goce de sueldo (LS)	1,342	1,031	1,238	912	935
	Matrimonio civil (MC)	0	0	0	18	44
	Vacaciones primer Periodo (V1)	6,383	6,791	6,555	6,814	6,894
	Vacaciones de riesgo (VR)	4,730	4,850	6,186	7,527	8,070
	Vacaciones segundo periodo (V2)	6,354	5,920	6,270	6,737	6,866
	Prejubilación (PJ)	384	156	225	386	448
Otros	Descansos en día festivo (E)	4,570	3,972	3,487	4,311	4,741
	Pases de salida (PS)	4,149	4,638	4,929	5,314	5,410
	Descansos (D)	57,882	59,367	60,312	61,077	62,349
Total festivos	16	16	16	16	16	
Días laborados	349	349	349	349	349	
Total absentismo no previsible (días)	7,375	6,479	6,398	6,836	7,606	
Total absentismo previsible (días)	29,275	29,189	31,164	35,213	36,178	
Total días absentismo	36,650	35,668	37,562	42,049	43,784	
Personal activo	698	710	705	751	749	
Días/personal de absentismo	4.4	4.2	4.4	4.6	4.8	
Porcentaje de absentismo (promedio anual)	14.4	13.8	14.6	15.2	15.8	

**Tabla 4.** Absentismo por licencias médicas (julio-diciembre de 2014)

Diagnóstico médico por especialidades	Casos	%	Días ausencia	%	Días persona
Alergología	2	0	4	0	2
Cardiología	14	3	57	2	4
Desconocido	8	2	23	1	3
Endocrinología	1	0	3	0	3
Exantémicos	3	1	11	0	4
Gastroenterología	30	7	115	5	4
Ginecología	16	4	85	4	5
Hemato-oncología	5	1	33	1	7
Neumología	62	15	181	8	3
Neurología	11	3	105	4	10
Odontología	7	2	27	1	4
Oftalmología	5	0	19	1	4
Ortopedia	212	53	1,548	66	7
Otorrinolaringología	2	0	29	7	15
Psiquiatría	1	0	3	0	3
Reumatología	4	1	26	1	7
Urología	9	2	23	1	3
Vascular	11	3	60	3	5
Total	403	99	2,352	106	5

*Fuente: Libreta de control de IN y CM 2014 de la Oficina de Control de Capital Humano en Enfermería.*

que esta prestación se encuentra disminuida en el año 2015 en comparación con el resto de los años; aspecto que se visualizaba desde el análisis de las repercusiones del modelo neoliberal en el desarrollo económico, el empleo y las leyes, normas y reglamentos, lo cual se manifestaría en un mayor deterioro de la salud y las instituciones<sup>24</sup>.

En lo que respecta a los días de duelo, aun cuando se observó una disminución en los últimos 3 años del estudio y se consideran dentro de las prestaciones que señalan las CGT 2013-2016 en las licencias con goce de sueldo, contar con la información permite realizar un análisis sobre el tipo y el periodo de incidencia con la finalidad de prever, con personal suficiente, este tipo de ausencia en las temporadas más susceptibles.

Dentro del absentismo no programado, las faltas injustificadas ocupan el segundo lugar. Esta situa-

ción, al margen del absentismo justificado, es la que más repercute en la atención de los pacientes, pues al ser una ausencia no previsible genera normalmente un clima laboral adverso enfermera-enfermera, enfermera-paciente, enfermera-familia, enfermera-jefe de servicio, etc. Hay que redistribuir la organización del trabajo, disminuye la calidad del cuidado de enfermería y se favorecen el agotamiento y la enfermedad entre quienes asisten a laborar. En este sentido, existen condiciones que parecieran no perjudiciales salvo para quien comete la ausencia, corrigiendo con el descuento del día no laborado, pero no se hace visible el daño a la organización y sus integrantes; acciones que van en contra de comportamientos para garantizar la convivencia, la tranquilidad, la solidaridad, la calidad, la seguridad y la excelencia en las instituciones de salud.

Aun cuando no se realizó un análisis de la ausencia por tipo de contratación, se ha considerado que el personal de base falta más que el personal de contrato<sup>5</sup>. Al respecto de esta situación, en el año 2011, la Subdirección de Enfermería del lugar donde se realizó el estudio implementó la estrategia de autorizar las guardias personales siempre y cuando el trabajador que lo solicitara o lo supliera mantuviera una asiduidad del 100% en un lapso de 30 días, lo cual disminuyó durante 3 años este tipo de incidencia. Sin embargo, desde octubre de 2014, al retirar esta «política» interna se incrementaron las ausencias injustificadas en el año 2015, lo que pareciera suponer que deben existir estrategias internas en las organizaciones que controlen el absentismo injustificado, al margen de lo que otros autores comentan respecto a que existen elementos de insatisfacción que genera en el profesional de enfermería los cambios en las condiciones institucionales<sup>25</sup>.

En cuanto al absentismo previsible, cualquiera que este sea, debiera ser controlado por su propio carácter predecible a través de la organización con personal suficiente en cada servicio. Sin embargo, la realidad es que, en México, el Sistema de Salud cuenta con una inversión limitada y menor cantidad de recursos que otros países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), lo que se refleja, entre otros aspectos, en que existen 2.6 enfermeras por cada 1000 habitantes, promedio mucho menor que en los países de la OCDE, que es de 9.1 enfermeras por 1000 habitantes<sup>26</sup>.

Aunado a este tipo de análisis numéricos, existen aspectos que se dejan de lado y tienen una implicación directa sobre las organizaciones de salud. Tal es el caso del absentismo presencial o presentismo, en el cual se asiste al trabajo, pero se dedica una parte de la jornada a actividades que no guardan relación con las tareas propias del puesto que se ocupa, como distraerse o distraer a sus compañeros con lecturas, pláticas o actividades que no tengan relación con el trabajo. Las más comunes son la compra y venta de toda clase de objetos o alimentos, consultar páginas web o correo electrónico, usar el teléfono celular, hacerse acompañar de personas ajenas a la institución, visitar a compañeros de otros departamentos, realizar festejos sin la autorización respectiva, utilizar distractores y prolongar el tiempo de traslado entre el registro de asistencia y su lugar de trabajo; es decir, se desatiende el trabajo injustificadamente aun cuando se permanezca en el sitio. En este tipo también existe el presentismo justificado, como son los pases

de salida, prestación que gozan los trabajadores de la institución.

Otro elemento, que no debe dejarse de lado en la búsqueda de entender el absentismo justificado o no, es que los profesionales de enfermería de la institución en donde se realizó el estudio, por ser Trabajadores al Servicio del Estado, para el caso de mujeres en edad fértil que cursen un embarazo y puerperio e hicieran uso de todas sus prestaciones, solo laborarían 52 días en un año, debido a que gozan de 104 días de descanso, 16 festivos, 15 días de licencias con goce de sueldo, 2 días de promedio de faltas injustificadas, 7 días de promedio de incapacidades médicas, 90 días de incapacidad materna, 2 días de CLIDDA, 1 día de comisión, 8 días académicos, 12 días económicos, 24 días por guardias personales (como parte de usos y costumbres en la organización), 10 días de vacaciones de primer periodo, 10 días de vacaciones de segundo periodo y 12 días de vacaciones de riesgo, dando un total de 313 días de absentismo, situación que debe cubrirse con suplencias o forzar las actividades con el personal presente.

Por lo que respecta al absentismo presencial (presentismo), existen estudios que lo relacionan directamente con enfermedades<sup>27</sup>, como el presentarse a laborar con alguna condicionante de estas y no ser lo suficientemente productivo. Por tanto, es un tema que debe abordarse con mayor profundidad.

## Conclusiones

En el absentismo, teóricamente los aspectos positivos propician una actitud adecuada que se refleja, entre otros aspectos, a través del trabajo de equipo, la satisfacción y la motivación, y con ello se esperaría un menor absentismo no programado y todos los aspectos negativos que son susceptibles de mayor absentismo. De manera paralela, el absentismo genera inconformidades y fricciones entre el personal que se presenta a trabajar y los jefes de servicio, debido a la necesidad de cubrir las labores institucionales dentro o fuera de su área de trabajo, aun cuando se hayan iniciado actividades en sus respectivas áreas, y por lo tanto llega a repercutir en la calidad de la atención que se brinda al usuario.

El absentismo se expresa por diferentes y complejas relaciones, que pueden ser desde las propias condiciones de la organización hasta ser explicadas por problemas de salud derivados o no de la misma organización, y en su caso como un fenómeno sociológico directamente vinculado a la actitud del

individuo y de la sociedad ante el trabajo. En este sentido, el absentismo no puede tratarse de una forma exclusiva o coercitiva, sino que hay que tratar de entender el momento histórico en un lugar y un tiempo determinados.

Ante el problema, es importante contar con la disponibilidad de las direcciones de administración, para facilitar el pago de suplencias que permitan cubrir las necesidades institucionales y evitar el desgaste físico-emocional de todos los integrantes del equipo de salud, paralelo al riesgo en la calidad y seguridad que se otorga en el cuidado del proceso salud-enfermedad de los usuarios.

Es importante retomar las experiencias de éxito que permiten, en la evidencia, disminuir el absentismo no programado.

## Bibliografía

- Trindade LL, Grisa CC, Ostrovski VP, Adamy EK, Ferraz L, Amestoy SC, et al. Absentismo en el equipo de enfermería en el ambiente hospitalario. *Enferm. glob.* [Internet]. 2014 Oct [citado 2016 diciembre 15];13( 36):138-146. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412014000400008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000400008&lng=es)
- Mininel VA, Felli VE, Silva EJ, Torri Z, Abreu AP, Branco MT. Workloads, strain processes and sickness absenteeism in nursing. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2013;21:1290-7.
- Petry DM, Da Silva P, Marziale MHP. Condições de trabalho versus absenteeism-doença no trabalho de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde Maringá.* 2006;5:166-72.
- Paulo da Silva DM, Palucci Marziale MH. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2000;8:44-51.
- Ferreira RC, Griep RH, Fonseca MD, Rotenberg L. A multifactorial approach to sickness absenteeism among nursing staff. *Rev Saude Publica.* 2012;46:259-68.
- Lee D, Coustasse A, Sikula A. Transformational leadership and workplace injury and absenteeism: analysis of a National Nursing Assistant Survey. *Health Care Manage Rev.* 2011;36:380-7.
- Greice BS, Carvalho OML. Estudio sobre ausentismo en profesionales de enfermería del Centro Psiquiátrico de Manaus, Brasil. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2008;16:109-14.
- Sancinetti TR, Soares AV, Lima AF, et al. Taxa de absentismo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45:1007-12.
- Marques CF, Aparecida VM, Sena RR. Disease-related absenteeism among nursing team members in a teaching hospital. *Rev Bras Enferm.* 2009;62:38-44.
- Laus AM, Anselmi ML. Ausencias de trabajadores de enfermería en un hospital-escuela. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2008, vol.42, n.4, pp.681-689. ISSN 0080-6234. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000400010>. [consultado el 15 de diciembre 2016]
- Inouel KC, Matsudal LM, Paulo DMP, Teruya TU, De Freitas TA. Absenteísmo-doença da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Enferm Brasília.* 2008;61:209-14.
- Alves D, Godoy SCB, Santana DM. Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência. *Rev Bras Enferm.* 2006;59:195-200.
- Barboza DB, Soler ZASG. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2003;11:177-83.
- Martinato, Nachtigall BM, Fernandes D, et al. Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa/Absenteism in nursing staff: an integrative review. *Rev Gaucha Enferm.* 2010;31:160-6.
- Fugulin FM, Gaidzinski RR, Kurcgant P. Ausencias previstas y no previstas del equipo de enfermería en las unidades de internamiento del HU-USP-Brasil. *Rev Esc Enferm.* 2003;37:109-17.
- Magalhães NAC. O absentismo entre trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar. *Rev Enferm.* 2011;19:224-30.
- Junkes MB, Filgueiras PV. El gasto financiero causado por las licencias médicas de profesionales de la salud en los hospitales públicos en Rondonia, Brasil. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2010;18:406-12.
- Rajbhandary S, Basu K. Working conditions of nurses and absenteeism: is there a relationship? An empirical analysis using National Survey of the Work and Health of Nurses. *Health Policy.* 2010;97:152-9.
- Rogenski KE, Fugulin FM. Technical safety index of a teaching hospitals pediatric unit nursing staff. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41:683-9.
- Blanca GJJ, Del Rosal GA, González MA, Aceituno HA, Afán RJC, Arjona GA. Effect of the introduction of "on demand" nursing shifts on hours of absenteeism. *Gac Sanit.* 2012;26:480-2.
- Dos Reis RJ, La Rocca PF, Silveira AM, López BIM, Navarro GA, Martín M. Factors related to sickness absenteeism among nursing personnel. *Rev Saude Publica.* 2003;37:616-23.
- Sánchez DC. Ausentismo laboral: una visión desde la gestión de la seguridad y la salud en el trabajo. *Revista Salud Bosque.* 2015;5:43-54.
- Alves D, Godoy SCB, Santana DM. Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência. *Rev Bras Enferm.* 2006;59:195-200.
- Noriega Elío M, Franco Enríquez JG, Montoya Ruiz A, et al. Deterioro de las condiciones de trabajo y de salud en México. *Salud Trab (Maracay).* 2009;17:61-8.
- Kurcgant P. Absenteeism of nursing staff: decisions and actions of nurse managers *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49:34-40.
- Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud. México: OCDE; 2016.
- Rojas R. Enfoque del presentismo en empresas de salud. *Cienc Trab.* 2007;9:64-8.

## Plan de alta de enfermería, modelo de una institución de tercer nivel de atención en la ciudad de México

S. Arroyo-Lucas<sup>1\*</sup>, R. Vásquez-Cruz<sup>1</sup>,  
R.M. Chávez-Contreras<sup>1</sup>, M. Martínez-Becerril<sup>2</sup> y  
M.P. Nájera-Ortiz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Educación e Investigación en Enfermería; <sup>2</sup>Subdirección de Enfermería; <sup>3</sup>Departamento de Enfermería. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

### Resumen

La enfermería otorga cuidados profesionales a las respuestas humanas de las necesidades de salud-enfermedad-atención del individuo, la familia y la comunidad, buscando siempre el respeto a la cosmovisión en la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación, el bien morir y las medidas de bienestar, que contribuyen a una vida digna de la persona para alcanzar las metas deseadas en los estándares de calidad del cuidado de enfermería, así como su inserción a la sociedad. Por lo anterior, el objetivo de este artículo es socializar una propuesta de plan de alta de una institución de tercer nivel de atención, en donde se concluye que una visión panóptica en la realización de un plan de alta en enfermería es romper la idea de que este se realiza al momento previo al egreso, enfatizando en la planeación y en su realización durante el transcurso de la estancia si fuera el caso de una hospitalización. Para ello, en el proceso de valoración se debe contemplar la implicación de la persona y la familia tan pronto como se encuentren estables y suficientemente receptivos para poder asimilar lo que se pretende en dicho plan. Con ello, la enfermería seguirá contribuyendo en su rol social de responder a las necesidades en el proceso salud-enfermedad-atención en los cuidados que se extienden hasta el hogar.

**Palabras clave:** Plan de alta. Enfermería. Valoración. Patrones funcionales. Educación.

### Abstract

*Nursing gives professional care to human responses to the health/illness/care needs of an individual, family, and community. Always seeking respect for the cosmic vision in the promotion, prevention, treatment, rehabilitation, well-being and welfare measures, which contribute to a life worthy of the person to reach the desired goals in nursing care quality standards as well as their insertion into society. Therefore, the objective of this article is to socialize a proposal of discharge of a third-level care institution, where it is concluded that a panoptic vision in the implementation of a discharge plan in nursing is to break the idea, That this is done at the time prior to discharge, emphasizing the planning and its implementation during the course of the stay in the case of a hospitalization. To do this, in the valuation process, the involvement of the person and the family should be considered as soon as they are stable and receptive enough to be able to assimilate what is intended in that plan. With this, nursing will continue to contribute in its social role of responding to the needs in the health/disease/care process, in the care, that extends to the home. (Rev Mex Enf. 2017;5:15-9)*

**Corresponding author:** Silvino Arroyo-Lucas,  
sarroyo76@yahoo.com.mx

**Key words:** Discharge plan. Nursing. Assessment. Functional patterns. Education.

### Correspondencia:

\*Silvino Arroyo-Lucas  
E-mail: sarroyo76@yahoo.com.mx

Fecha de recepción en versión modificada: 30-9-2016  
Fecha de aceptación: 13-12-2016

## Introducción

La enfermería es una profesión que se vincula con diferentes profesiones para brindar un cuidado de calidad de acuerdo a las necesidades de salud-enfermedad-atención que la sociedad requiere, centrado desde la atención en el individuo, la familia y la comunidad.

En el ejercicio de la enfermería asistencial se tienen propósitos generales de promoción de la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona<sup>1</sup>. Para alcanzar las metas deseadas es ineludible llevar un plan de cuidados acorde a las necesidades individuales del usuario de los servicios de salud desde la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y el bien morir. En este sentido, enfocaremos este artículo al plan de alta, en donde se resaltarán la importancia de la valoración, la educación y los cuidados en casa después de que el usuario egresa de las unidades hospitalarias, con la intención de garantizar una completa recuperación y prevenir posibles complicaciones y reingresos a las unidades de salud.

## El plan de alta

Cuando hablamos de cuidado no se puede dejar de mencionar la herramienta que en la transición está permitiendo la construcción de un cuidado profesional, llamado proceso de atención de enfermería, considerado el método que guía el trabajo competitivo, científico, sistemático y humanista de la práctica de enfermería, centrado en evaluar en forma simultánea los avances y los cambios en la mejora de un estado de bienestar de una persona, de una familia o de un grupo a partir de los cuidados en sí y del propio desarrollo de la disciplina, siempre y cuando en un primer momento se logre entender el metaparadigma de persona, salud, entorno y cuidado (rol profesional de enfermería)<sup>2</sup>; es decir, entender la cosmovisión de dos seres humanos, enfermera-paciente, en medio de una relación institucional en un proceso salud-enfermedad que enmarca su actuación en estándares de calidad y seguridad internacionales, nacionales e institucionales.

En este sentido, teórico y de responsabilidad social, el proceso de atención de enfermería no acaba con el egreso de un paciente, porque en la condición de profesionales de enfermería se debe otorgar un servicio específico de cuidados desde el ingreso a las instituciones de salud, cuando es necesario planificar

acciones conducentes a la continuidad de la estancia, en donde se tiene la oportunidad de explorar la cosmovisión, las creencias, los valores y los aspectos económico-sociales que acaban por influir en la adherencia y la continuidad de los cuidados. Por tanto, esta visión permite que el acompañamiento o la tutoría se construyan en un ir y venir de la información acorde al paciente-familia-comunidad, quienes tras el alta hospitalaria serán personas clave en favorecer la continuidad de los cuidados<sup>3,4</sup>.

En este transitar de una construcción de plan de alta y en la búsqueda de una continuidad en la comunicación, los registros de enfermería en el expediente físico o electrónico, apegado a la Norma Oficial Mexicana 004 del expediente electrónico, permiten direccionar la comunicación entre profesionales de la salud, ya que desde la valoración de enfermería se pueden leer, entre otras cosas, valores, usos, costumbres, creencias, apegos, aspectos de relación familiar, situación económica, lugar de procedencia, residencia, etc., y con ello, desde enfermería no solo se da cumplimiento a una norma, sino que se da sentido a los registros, implícitos en un cuidado profesional.

Así, el plan de alta, además de ser visto y entregado como un documento que proporciona información importante e individualizada al paciente y al cuidador primario (familiar, padres, esposa, hijos...), el cual debe ser elaborado por el profesional de enfermería que cuida al paciente durante su hospitalización<sup>1</sup>, desde el enfoque teórico de los cuidados busca un alcance que da respuesta a necesidades sociales. Así, evocamos la continuidad de los cuidados que se impartieron en la instancia clínica hasta el egreso hospitalario, cuando también existen necesidades de cuidados de enfermería<sup>5</sup>. Sin embargo, en México aún no se cuenta con estos alcances. En este punto, se hace una ruptura del documento y se exhorta a la responsabilidad de los profesionales de la salud, en el sentido de articular herramientas de información y conexión para ofrecer servicios continuos e integrales. Así, el plan de alta busca asegurar los cuidados acordes a las necesidades y los requerimientos de la persona<sup>6</sup>, ya que al alta hospitalaria se cuenta con todo tipo de pacientes, con expectativas y recursos desiguales<sup>7</sup>.

Siguiendo el metaparadigma, las recomendaciones acerca de los cuidados tienen que ver con la información que requieren el usuario o su familia para responder adecuadamente a las necesidades generadas por las respuestas humanas y la enfermedad, para prevenir retrocesos, complicaciones o aparición de nuevas enfermedades, y para adoptar prácticas de

autocuidado, que se impliquen en una vida más sana, plena y satisfactoria.

Siguiendo en el tema de la transición, en este momento histórico el proceso de atención de enfermería se puede tener como herramienta de trabajo e investigación y como lenguaje común<sup>8</sup>. Desde la valoración inicial hasta el plan de alta se retoman los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, que son: 1) percepción de la salud; 2) nutricional-metabólico; 3) eliminación; 4) actividad-ejercicio; 5) sueño-descanso; 6) cognitivo-perceptivo; 7) autopercepción-autoconcepto; 8) rol-relaciones; 9) sexualidad-reproducción; 10) tolerancia al estrés; y 11) valores-creencias.

La percepción-manejo de la salud se retoma entendiendo la descripción de la persona sobre la situación de su salud, bienestar y cómo maneja dichas situaciones. La relevancia de la salud física y mental en actividades actuales y planes futuros, sin ser limitativo, se deben incluir entre los elementos destacables de los estilos de vida y la cotidianidad que tiene en la promoción de su salud y prevención de riesgos. Incluir información sobre la patología del paciente; tanto él como sus familiares deben conocer las causas de la enfermedad, la forma en la que esta afecta las funciones corporales, los factores de riesgo que agravan la enfermedad, y los signos y síntomas que requieran atención médica.

En el aspecto nutricional-metabólico se realizan sugerencias, contemplando el consumo de alimentos y líquidos de la persona considerando sus medidas antropométricas en relación con sus necesidades físicas y sociales, explorando sus hábitos alimenticios, como las preferencias alimentarias, los horarios de comida, el tipo, las cantidades y el consumo de suplementos nutricionales o vitamínicos, así como los alimentos restringidos y permitidos. Son necesarios informes de lesiones cutáneas, capacidad de cicatrización y aspecto general de bienestar, sin perder de vista la adaptación de la recomendación a sus posibilidades económicas.

En lo relacionado a la eliminación, se deben considerar los patrones de eliminación intestinal y vesical tomando en cuenta la regularidad, la frecuencia y la cantidad de la eliminación, así como el uso habitual de medicamentos y de dispositivos para controlar las excreciones.

En la actividad y ejercicio, es importante conocer la actividad, el ejercicio, el ocio y la recreación que el paciente solía realizar en la vida diaria, el tipo y la cantidad de ejercicio o deporte, y vincularlo a las indicaciones de cuidado y gustos personales incluyendo cualquier limitación para realizarlas.

En cuanto a reposo y sueño, debemos conocer los hábitos de sueño, reposo y relajación que acostumbra, la cantidad y la calidad percibidas de sueño y reposo, el nivel de energía tras el sueño, así como si necesita ayuda para conseguirlo, como puede ser el uso de medicamentos o técnicas de relajación para conciliar el sueño y el descanso.

En la cognición-percepción se debe explorar la situación de los sentidos sensoriales (visión, audición, gusto, tacto y olfato), así como los sistemas de compensación y prótesis que usa. También se incluyen las habilidades funcionales cognitivas, como el lenguaje, la memoria, el juicio y la toma de decisiones.

En el caso de autopercepción-autoconcepto, rol-relaciones y tolerancia al estrés, estos tres patrones tienen que ver en gran medida con la adherencia al tratamiento. Se debe identificar el estado de ánimo, incluyendo la actitud y las emociones, la valía de la imagen corporal, la comunicación verbal y no verbal, valorando la forma de hablar y el tono, la postura, los movimientos corporales y la mirada, así como la percepción de las responsabilidades y la satisfacción con la familia, el trabajo y las relaciones sociales. A la par se valorará la adaptación y el afrontamiento a los procesos vitales, así como la tolerancia al estrés, tomando en cuenta la capacidad de resistencia a los ataques de la integridad y los sistemas de soporte para manejar situaciones estresantes<sup>9</sup>. El paciente y su familia deben saber que algunos pacientes desarrollan un profundo sentimiento de desesperanza, impotencia, tristeza e inhabilidad de sentir placer, y que estos pueden ser signos de depresión y tienen que ser comentados al médico o al equipo multidisciplinario<sup>10</sup>.

Deben contemplarse de manera necesaria, dentro de los patrones funcionales, las dudas más comunes de familiares y pacientes en el momento del alta hospitalaria, como son el uso y el manejo de los medicamentos. El usuario y su familia tienen que conocer el nombre, la dosis, la finalidad, las precauciones y los efectos secundarios de los medicamentos indicados. También deben conocer los cuidados específicos de acuerdo a las necesidades y patrones alterados. Al alta hospitalaria, los pacientes y sus familiares han de estar empoderados para cubrir la realización de algún procedimiento o técnica especial, como las curaciones y el cuidado de las heridas, el manejo de sondas, ostomías, diálisis, catéteres, fistulas, etc.), conocer los materiales necesarios para el cuidado en casa y cómo conseguirlos, existencia de dispositivos de apoyo para la realización de actividades, precauciones a tomar en caso de signos y síntomas que indiquen alguna alteración, y a dónde

acudir si estas se presentaran. Tienen que salir de la institución con información sobre sus citas, acceso y seguimiento de los servicios de salud, si se requieren revisiones periódicas, cómo acceder a los servicios sanitarios, tanto médicos como de enfermería, y si van a necesitar un seguimiento por parte de enfermería en los diferentes niveles de atención<sup>3</sup>.

En lo que respecta al patrón de sexualidad y reproducción, considerando que es un tema inherente de la condición humana, implica comprender a la persona como un ser sexuado y entender que la sexualidad es parte integral de la vida y de la personalidad. Así, las respuestas de esta valoración deben centrarse en la etapa de vida del paciente, así como en los intereses y las necesidades que esté cursando en ese momento, tomando en cuenta tanto la patología como el contexto sociocultural y espiritual en el que vive. Al abordar este tema debemos hacerlo con mucho respeto, y dependiendo de la valoración que se realice podremos dar una buena orientación individualizada para el plan de alta, sin olvidar que a diario tratamos con personas de diferentes edades, costumbres y necesidades. La integridad sexual de la persona necesita ser percibida y comprendida por el profesional de la salud a fin de que la planificación de la asistencia prestada contemple al ser integral, no como paciente universal, sino como ser social en medio de un espacio complejo y singular, cuya sexualidad es influenciada por múltiples factores socioculturales<sup>11,12</sup>.

Al tener conocimiento en el último patrón referente a los valores, metas y creencias, incluyendo las espirituales o religiosas, que guían e influyen en la adopción y la toma de decisiones del paciente, se podrá dar una orientación tomando en cuenta las cosas que el usuario considera importantes en la vida, así como en la percepción de cualquier conflicto en los valores, las creencias o las expectativas relacionadas con su salud<sup>9</sup>. Las creencias, los valores y la espiritualidad ocupan un lugar destacado dentro de los cuidados que se ofrecen día a día, porque influyen en la personalidad y las actitudes del paciente. Conocer qué piensa, siente y realiza cada persona, miembro de una familia o de una comunidad, puede facilitar el planear y ejecutar acciones en beneficio del paciente, al permitir y fomentar prácticas como el uso de técnicas de relajación y meditación, así como el soporte de algún grupo afín, que posibiliten estados de tranquilidad en los procesos cognitivos de salud mental y física consigo mismo, los demás y el futuro, lo que implica que puedan ser empleadas como estrategias terapéuticas en procedimientos. Por tal motivo se debe prestar aten-

ción a la expresión individual y connotación comunitaria, pues la presencia o ausencia de las creencias puede contribuir a la pronta recuperación, a la preservación de la salud e, incluso, al aumento de la esperanza de vida, todo ello obteniendo como resultado una modificación en las tasas de morbimortalidad<sup>13,14</sup>.

## Educación en el plan de alta

La utilización del juicio clínico da sentido a los datos recabados de la valoración, como base para realizar intervenciones en donde las competencias intelectuales y prácticas deben ir de la mano, incluyendo tanto el conocimiento teórico científico como la comprensión de situaciones individuales. Con esta información se realizan procesos mentales con el fin de conseguir resultados favorables para la salud<sup>15</sup> en todo el proceso del cuidado, incluyendo el plan de alta, en el cual la educación es básica, identificando al personal de enfermería como el principal responsable de la educación del paciente<sup>16</sup>. Por esta razón es importante combinar la información verbal y escrita con la intención de mejorar la comprensión y la asimilación. Por ejemplo, añadir una hora de plática de enseñanza por parte de la enfermera puede resultar en mejores resultados clínicos, aumento del autocuidado, adhesión al tratamiento y reducción de costos en la atención a los pacientes<sup>17</sup>. Esto también es considerado desde los enfoques de atención médica de calidad, en donde la disminución de los reintros hospitalarios y de la mortalidad de los pacientes después de la salida del hospital es importante<sup>18,19</sup>. El paciente y su familia deben recibir educación específica para las necesidades individuales, las habilidades y la disposición, según sea apropiado para la estancia hospitalaria<sup>16</sup>.

Al proporcionar educación al paciente y su familia debemos considerar cuatro perspectivas importantes:

- La primera debe estar basada en las competencias interpersonales y en las necesidades específicas de cada paciente, en la búsqueda intencionada de dudas o inquietudes manifestadas por él o su familia, que se relacionan con su proceso de cuidado; es decir, una especie de exploración de zonas de desarrollo próximo, que permita identificar las barreras de aprendizaje de cada individuo, como pueden ser las culturales, las creencias, los valores, el nivel educativo y el idioma, las limitaciones físicas y cognitivas, la habilidad y el acceso a materiales para realizar un procedimiento. En este sentido, las competencias interpersonales son necesarias para que las personas confíen lo

suficiente para hablar de sus problemas de salud, necesidades, limitaciones o creencias que interfieran en la continuidad de los cuidados.

- En la segunda perspectiva, la educación debe estar basada en la condición clínica del paciente, es decir, en los aspectos fisiopatológicos (por ejemplo, pacientes con diagnóstico de diabetes, hipertensos, posquirúrgicos...). A partir de esta identificación, el personal involucrado en el proceso de atención deberá tomar en cuenta lo expuesto en el párrafo anterior, los conocimientos y las destrezas que el paciente y su familia necesitarán para decidir sobre la atención, así como para participar y continuar con sus cuidados al regreso.
- La tercera perspectiva a tomar en cuenta es la educación que la organización define que se proporcionará a la totalidad de los pacientes o a un grupo determinado, con base en un análisis multidisciplinario del contexto de la población que maneja y las necesidades de la persona, en donde se involucran normas, reglamentos y la enfermería basada en evidencias, en el contexto de acuerdos institucionales.
- La última perspectiva debe de ir acorde al modelo de políticas mundiales y nacionales, por ejemplo la información que se deriva del Consejo de Salubridad General, como lo es la higiene de manos, el riesgo de caídas, el dolor, el manejo integral de los cuidados paliativos, etc.

Así, en la construcción de procesos metacognitivos en enfermería, el proceso educativo a todos los niveles debe contemplar una visión panóptica, de lo macro a lo micro y de lo micro a lo macro, entre el paciente y el personal, ya que también permite una retroalimentación y asegura que la información se comprenda y sea adecuada y útil, en todos sentidos<sup>20</sup>.

## Conclusiones

En la preparación del plan de alta es fundamental la valoración desde el ingreso, la continuidad en la estancia hospitalaria y la forma de realizar la educación tanto al paciente como a la familia, para lograr unos cuidados domiciliarios óptimos. Esta preparación debe comenzar tan pronto como el estado del paciente se haya estabilizado y los familiares estén suficientemente receptivos para poder asimilar lo que se plantea como objetivo<sup>3,5</sup>.

La existencia de una visión panóptica en la realización de un plan de alta en enfermería es una de las formas que se deben fomentar para el autocuidado y

la reintegración del paciente a la sociedad, ya que proporciona una visión completa, rápida y lo más certera posible del estado de salud del paciente en cuanto a los cuidados de enfermería que requiere. La valoración inicial al momento de la estancia hospitalaria permite identificar problemas reales o potenciales que deben ser contemplados en los cuidados en el hogar<sup>3</sup>.

En la educación se debe enfatizar el plan de alta de enfermería<sup>21</sup> bajo la importancia de garantizar la continuidad del cuidado, desde una visión del equipo multidisciplinario<sup>22</sup>, en donde las personas salgan de la institución sin dudas y empoderados para continuar su recuperación en el hogar<sup>23</sup>.

## Bibliografía

1. Nava GM. Plan de alta continuidad del cuidado en la consultoría de enfermería neurológica. *Enf Neurol*. 2013;12:40-4.
2. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia (INEPEO). Proceso de Atención de Enfermería (PAE). *Rev Salud Pública Paraguay*. 2013;3:42-8.
3. Dasí MJ, Rojo E. Continuidad de los cuidados de enfermería: necesidad de coordinación entre niveles. Conferencia del XXIV Congreso de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. SEDEN. 2000;3(2).
4. Pinzón SL. El plan de alta: una herramienta para el cuidado integral y la recuperación de la persona enferma. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*. 2005; 10:22-7.
5. Palenzuela CA. El informe invisible. *Evidentia*. 2008;5(19).
6. Céspedes SL. Plan de alta para personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Revista Aquichan*, Colombia. 2006;6:104-16.
7. García SM, Martínez TS, Burgos SJ, Varela SA, Sánchez RM, Lupiañez CJ. Validez del informe de continuidad de cuidados del Hospital Clínico de Granada como instrumento favorecedor de la continuidad de la asistencia de enfermería. *Lascasas*. 2008;4(2).
8. Gracia PJ. El alta de enfermería como instrumento de continuidad de los cuidados. Ponencia al XXII Congreso Nacional de Enfermería en Cardiología. Cáceres 2, 3 y 4 de mayo de 2001.
9. Gordon M. *Manual de diagnósticos enfermeros*. 10.ª ed. Barcelona, España: Elsevier; 2003.
10. Goodman S, Rabow M, Folkman S. Orientación para el cuidado continuo. Manual para los encargados del cuidado continuo de pacientes con enfermedades graves. San Francisco: University of California; 2009.
11. Rodríguez CL, Almeida CA. Enfermería y sexualidad: revisión integradora de artículos publicados. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2011;19:3.
12. Carballo VS. Educación de la expresión de la sexualidad humana. *Revista Educación*. 2002;26:29-46.
13. González VT. Las creencias religiosas y su relación con el proceso salud-enfermedad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 2004;7:19-27.
14. Quiceno JM, Vinaccia S. La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. *Divers Perspect Psicol*. 2009;5:321-36.
15. NANDA International. *Diagnósticos enfermeros, 2012-2014: definiciones y clasificaciones*. Barcelona: Elsevier España; 2012.
16. Su-Hsien C. Staff Nurses' attitudes toward and perceptions of their role as a patient educator. Maryland: University of Maryland; 1994. p. 13-26.
17. Koelling TM, Johnson ML, Cody RJ, Aaronson KD. Discharge education improves clinical outcomes in patients with chronic heart failure. *Circulation*. 2005;18:179-85.
18. Grafft CA, McDonald FS, Ruud KL, Liesinger JT, Johnson MG, Naessens JM. Effect of hospital follow-up appointment on clinical event outcomes and mortality. *Arch Intern Med*. 2010;170(11).
19. Shepperd S, Lannin N, Clemson L, McCluskey A, Cameron I, Barras S. Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group*; 2013.
20. Consejo de Salubridad General. *Modelo del Consejo de Salubridad General para la atención en salud con calidad y seguridad, estándares para certificar hospitales 2015*. 2º ed.
21. Tixtha L, Alba LA, Córdoba A, Campos C. El plan de alta de enfermería y su impacto en la disminución de reingresos hospitalarios. *Enf Neurol (Mex)*. 2014; 13:12-8.
22. Cruzado AC, Bru TA, González PR, Aida OS. Valoración del informe de continuidad de cuidados por enfermeras de atención primaria. *Enferm Cardiol*. 2008;15:21-5.
23. Morales JM, Torres L, Terol J, et al. Continuidad en la prestación de cuidados en unidades de cuidados críticos de atención especializada. *Tempus Vitalis. Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico*. 2004;4(3).

## Propuesta de planes de cuidado de enfermería para la prevención y la identificación del sitio quirúrgico

R. Ortiz-Salazar<sup>1</sup>, E. García-Rosas<sup>2\*</sup> y R.M.G. Andrade-Cepeda<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Enfermero Especialista en Cuidado Quirúrgico, Instituto Mexicano del Seguro Social; <sup>2</sup>Docente Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de San Luis Potosí. San Luis Potosí, S.L.P., México

### Resumen

La infección del sitio quirúrgico se define como aquella que acomete el tejido, órgano cortado y cavidad manipulada durante un procedimiento quirúrgico. Las infecciones imponen, en todo el mundo, una carga financiera a los pacientes, la familia y el sistema sanitario. Un alto porcentaje de los pacientes presentan esta complicación posterior a su egreso, lo que ocasiona mayores gastos. Por ello es de suma importancia que el personal de enfermería cuente con planes de cuidado que permitan la identificación de las infecciones, así como promover la educación del cuidador al egreso del paciente que ha sido sometido a un procedimiento quirúrgico.

**Palabras clave:** Infección de sitio quirúrgico. Plan de cuidado del paciente posquirúrgico educación. Enfermería.

### Abstract

*Infection of the surgical site is defined as the infection of the tissue, cut organ and manipulated cavity. During a surgical procedure. Infections impose, globally, a financial burden on patients, families, and the health system. A high percentage of patients develop this complication after their discharge, and this causes higher expenses. It is therefore critical that nurses count on care plans that allow the identification of infections and promote education of the caregiver on discharge after the patient has undergone a surgical procedure.*

(Rev Mex Enf. 2017;5:20-5)

**Corresponding author:** Edgardo García-Rosas, Enfermería\_uciis@hotmail.com

**Key words:** Surgical site infection. Postsurgical patient care education plan. Nursing.

## Introducción

El procedimiento quirúrgico es parte del tratamiento en la asistencia sanitaria en todo el mundo desde hace más de un siglo. En el 2008, se calcula que en todo el mundo se realizan cada año 234 millones de operaciones de cirugía mayor<sup>‡</sup>, lo que equivale a una operación por cada 25 personas<sup>1</sup>. Sin embargo, no ha

sido posible erradicar las complicaciones infecciosas del sitio quirúrgico<sup>2</sup>.

Si bien toda intervención quirúrgica es potencialmente capaz de generar infección, según varios factores vinculados con el paciente y sus enfermedades subyacentes, el tipo de procedimiento y su duración, la implantación de material extraño al hospedero, la magnitud del traumatismo quirúrgico, el tipo de mi-

<sup>‡</sup>Cirugía mayor es todo procedimiento realizado en quirófano que comporte la incisión, escisión, manipulación o sutura de un tejido. Generalmente requiere anestesia regional o general, o bien sedación profunda para controlar el dolor.

### Correspondencia:

\*Edgardo García-Rosas

E-mail: Enfermería\_uciis@hotmail.com

Fecha de recepción en versión modificada: 30-9-2016

Fecha de aceptación: 13-12-2016

croorganismo, así como la capacidad de apego y la profilaxis preoperatoria<sup>3</sup>, las infecciones del sitio quirúrgico (ISQ) también se deben a diversos factores, como la edad, el sexo, la condición nutricional y las enfermedades crónicas<sup>3</sup>.

Otros factores de riesgo más fuertemente relacionados con la ISQ son la anemia, diabetes, tabaquismo, dosis única de antibiótico intraoperatorio, estancia previa mayor de 3 tres días y hospitalización prolongada<sup>4</sup>.

La ISQ es una frecuente complicación que causa morbilidad en los pacientes<sup>5</sup>. El control de la infección es imprescindible para la seguridad del paciente<sup>6</sup>.

En todo el mundo las ISQ se asocian con importante morbilidad y mortalidad, e imponen una carga financiera a los hospitales, la familia y el paciente<sup>7</sup>. El impacto en los pacientes es muy alto. El desarrollo local de antibióticos ha venido a ser muy beneficioso en los humanos para la prevención de dichas infecciones<sup>8</sup>.

Entre las ISQ, las relacionadas con los procedimientos ortopédicos son consideradas como graves. Generalmente, en esas cirugías se utilizan materiales de implantes, lo que aumenta el riesgo de un cuadro infeccioso, complicación que puede llevar a la pérdida del miembro operado y hasta a la muerte<sup>9</sup>. Estas infecciones incrementan el riesgo de mortalidad entre 2 y 11 veces<sup>10</sup>.

El costo de las ISQ en los EE.UU. asciende aproximadamente a un millón de dólares. En México, el costo por reingreso debido a ISQ asciende a US\$ 5,155, en promedio<sup>11</sup>. En este mismo sentido, la ISQ incrementa los días de estancia de 7 a 13 días y los costos de 2.6 a 3 veces por paciente<sup>12</sup>.

El tipo de herida es uno de los factores condicionantes de las ISQ. La frecuencia de infección en heridas clasificadas como limpias varía en diferentes estudios entre 0.3 y 2.3%, en limpias-contaminadas entre 3 y 9.2%, en contaminadas entre 3.6 y 11.4%, y en sucias entre 9 y 23%<sup>13</sup>.

La profilaxis antibiótica una hora previa a la incisión es una medida eficaz en la prevención de la infección. Se recomienda que la profilaxis sea intravenosa y con antibióticos de amplio espectro de acuerdo a los gérmenes más frecuentes y dependiendo del sitio de la cirugía<sup>14</sup>.

Cerca de 15 pacientes por cada 100, a quienes se realizó un procedimiento médico-quirúrgico, resultaron con una ISQ y de estas, aproximadamente 30 se identifican cuando el paciente egresa del hospital. Por ello se recomienda vigilar al paciente tras su egreso hospitalario para conocer mejor la magnitud y reducir oportunamente el daño<sup>15</sup>.

Este problema representa un reto metodológico para los médicos y los epidemiólogos, porque los pacientes no están en constante observación médica y la investigación microbiológica se hace más difícil después del egreso<sup>16</sup>.

Huotari, et al.<sup>17</sup> realizaron un estudio en nueve hospitales donde vigilaron la incidencia de ISQ en pacientes sometidos a cirugía de ortopedia y fueron dados de alta. Se consideraron los reingresos por la infección de la herida y se identificaron 384 pacientes infectados, de los que el 56% tuvo ISQ posterior al egreso.

A fin de evitar la ISQ en pacientes que egresan de las unidades hospitalarias, es necesario hacer un seguimiento dentro de los 30 días posteriores. Una parte fundamental es la educación al paciente y a los cuidadores sobre el manejo de la herida, en miras de evitar el reingreso a los hospitales, que también favorece la disminución en la calidad de vida de los pacientes.

México cuenta con la *Guía de Práctica Clínica Intervenciones preventivas para la Seguridad del Paciente Quirúrgico*, que dirige de forma específica el diseño o la intervención de sistema que haya demostrado la capacidad de prevenir o mitigar el daño del paciente proveniente de los procesos de atención sanitaria<sup>18</sup>. Los diagnósticos de este primer catálogo carecen de abordaje que haga referencia a la disminución del riesgo de infección en el área hospitalaria y de educación para el paciente y la familia en el ámbito domiciliario<sup>19</sup>; situación que se replica en el segundo catálogo, que fue publicado en 2013.

La experiencia de un hospital de segundo nivel de atención es el constante reingreso de pacientes postoperados, debido a ISQ. Al momento de realizar una revisión del expediente se identifica que no hay evidencia de educación ni de intervenciones de enfermería que controlen los factores de riesgo para infección, y menos aún planes de alta.

El objetivo del presente trabajo es elaborar planes de cuidado de enfermería estandarizados para el paciente posquirúrgico con el uso de la taxonomía NANDA/NIC/NOC, como una propuesta que permita la prevención de la ISQ en el servicio de cirugía general en un hospital de segundo nivel de atención en la ciudad de San Luis Potosí.

## Métodos

Se determinaron los diagnósticos de enfermería más frecuentes relacionados con la prevención y la

identificación de la ISQ, de acuerdo a los signos y síntomas que se presentan con mayor frecuencia en el reingreso del paciente. Posteriormente se determinaron los objetivos y las intervenciones de enfermería con el uso de la taxonomía NIC-NOC. Utilizando el formato que presenta la Comisión Permanente de Enfermería se realizó la presente propuesta de planes de cuidado para educar a la familia y al paciente, y así apostar a la disminución de reingresos por ISQ.

**Resultados**

**Etiquetas diagnósticas:**

- Para la prevención de la ISQ:
  - Riesgo de infección (de herida quirúrgica).
- Para la detección de la ISQ:
  - Dolor agudo.
  - Hipertermia.

<b>Tabla 1.</b> Plan de cuidados de enfermería del sitio quirúrgico				
<b>Dominio (11): Seguridad/protección</b>	<b>Clase (1): Infección</b>			
Diagnóstico de enfermería NANDA	Resultado (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación DIANA
<b>Etiqueta (problema)</b> 00004 <b>Riesgo de infección</b> (de herida). <b>Factores relacionados (causas)</b> Relacionado con procedimiento quirúrgico, microorganismos del medio ambiente hospitalario	Dominio: (2) Salud fisiológica Clase: 1101 (L) Integridad tisular 1102 Curación de la herida por primera intención	11021 Aproximación cutánea 110213 Aproximación de los bordes de la herida 110214 Formación de cicatriz	1. Ninguna 2. Escaso 3. Moderado 4. Sustancial 5. Extenso	Mantener Aumentar
<b>Intervenciones NIC</b> <b>Intervención independiente: 3660 Cuidado de las heridas</b> <b>Campo: (2) Fisiológico complejo. Clase: (L) Control de la piel/heridas</b>		<b>Intervenciones NIC</b> <b>Intervención independiente: 6550 Protección contra las infecciones.</b> <b>Campo: (4) Seguridad. Clase: (V) Control de riesgos</b>		
- Controlar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor - Despegar los apósitos y la cinta adhesiva - Medir el lecho de la herida - Limpiar con solución salina o con un limpiador no tóxico - Aplicar un ungüento adecuado a la piel - Vendar de forma adecuada - Mantener técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida - Cambiar el apósito según la cantidad del exudado y el drenaje - Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje - Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida - Ayudar al paciente y la familia a obtener material - Enseñar al paciente y familia los procedimientos de cuidado de la herida - Enseñar al paciente y familia los signos y síntomas de infección		- Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas - Mantener normas de asepsia para el paciente en riesgo - Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones - Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada - Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y las membranas mucosas - Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica - Facilitar el descanso - Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad/malestar. - Fomentar un aumento de la movilidad y los ejercicios - Instruir al paciente y familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo debe informar de ellos al cuidador - Enseñar al paciente y familia a evitar infecciones - Informar de la sospecha de infecciones al personal de control de infecciones		
<b>Dominio (12): Confort</b>	<b>Clase (1): Confort físico</b>			
Diagnóstico de enfermería NANDA	Resultado (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación DIANA
<b>Etiqueta (problema)</b> 00132 <b>Dolor agudo</b> <b>Factores relacionados (causas)</b> Relacionado con agentes lesivos (físicos) m/p informe verbal de dolor, informe codificado	Dominio: (5) Salud percibida Clase: 2102 (V) Sintomatología, nivel del dolor 1605 Control del dolor	210201 Dolor referido 210204 Duración de los episodios de dolor 160502 Reconoce el comienzo del dolor -160513 Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario.	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	Mantener Aumentar

(Continúa)

<b>Tabla 1.</b> Plan de cuidados de enfermería del sitio quirúrgico ( <i>Continuación</i> )					
<b>Intervenciones NIC</b> <b>Intervención independiente: 1400 Manejo del dolor</b> <b>Campo: (2) Fisiológico: Básico. Clase: (E) Fomento de la comodidad física</b>			<b>Intervenciones NIC</b> <b>Intervención independiente: 2210 Administración de analgésicos</b> <b>Campo: (2) Fisiológico complejo. Clase: (H) control de fármacos</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad y factores desencadenantes</li> <li>- Observar claves no verbales de molestia</li> <li>- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésico correspondientes</li> <li>- Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, humor, relaciones, etc.)</li> <li>- Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor</li> <li>- Evaluar con el paciente y el equipo de cuidados la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se hayan utilizado</li> <li>- Determinar la frecuencia necesaria para la realización de una valoración de la comodidad del paciente y poner en práctica un plan de seguimiento</li> <li>- Seleccionar y desarrollar aquellas medidas que faciliten el alivio del dolor</li> <li>- Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia</li> <li>- Enseñar métodos farmacológicos de alivio del dolor</li> <li>- Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos</li> <li>- Verificar el nivel de molestia con el paciente, anotar los cambios e informar a otros cuidadores</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente</li> <li>- Comprobar órdenes médicas en cuanto a medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrita</li> <li>- Comprobar el historial de alergias a medicamentos</li> <li>- Elegir el analgésico o combinación de analgésicos adecuados cuando se prescriba más de uno</li> <li>- Determinar la selección de analgésico (narcóticos, no narcóticos o antiinflamatorios no esteroideos) según el tipo y la intensidad del dolor</li> <li>- Determinar el analgésico preferido, la vía de administración y la dosis para conseguir un efecto analgésico óptimo</li> <li>- Elegir la vía intravenosa en vez de la intramuscular para inyecciones frecuentes de medicación contra el dolor</li> <li>- Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos narcóticos</li> <li>- Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia</li> <li>- Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y fallas en la analgesia</li> <li>- Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso</li> <li>- Llevar a cabo aquellas acciones que disminuyen los efectos adversos del analgésico</li> </ul>		
<b>Dominio (11): Seguridad/protección</b>	<b>Clase (6): Termorregulación</b>				
<b>Diagnóstico de enfermería NANDA</b>	<b>Resultado (NOC)</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Puntuación DIANA</b>	
<b>Etiqueta (problema)</b> <b>00007 Hipertermia</b> <b>Factores relacionados (causas)</b> Relacionado con enfermedad m/p piel enrojecida, aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal y calor al tacto	Dominio: (2) Salud fisiológica Clase: (i) Regulación metabólica 0800 Termorregulación.	080001 Temperatura cutánea aumentada 080007 Cambios de la coloración cutánea 080019 Hipertermia	1. Ninguno 2. Escaso 3. Moderado 4. Sustancial 5. Extenso	Mantener Aumentar	
<b>Intervenciones NIC</b> <b>Intervención independiente: 3660 Regulación de la temperatura</b> <b>Campo: (2) Fisiológico complejo. Clase: (M) Termorregulación</b>			<b>Intervenciones NIC</b> <b>Intervención independiente: 3750 Tratamiento de la fiebre</b> <b>CAMPO: (2) Seguridad. Clase: (M) Termorregulación</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas, si procede</li> <li>- Observar el color y la temperatura de la piel</li> <li>- Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente</li> <li>- Administrar la medicación adecuada para evitar o controlar los escalofríos</li> <li>- Administrar medicamentos antipiréticos, si está indicado</li> <li>- Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipertermia</li> <li>- Favorecer la ingesta nutricional y de líquidos adecuada</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tomar la temperatura lo más frecuentemente que sea oportuno</li> <li>- Vigilar por si hubiera pérdida imperceptible de líquidos</li> <li>- Observar el color de la piel y la temperatura</li> <li>- Administrar medicamentos para tratar la causa de la fiebre, si procede</li> <li>- Administrar un baño tibio con una esponja, si procede</li> <li>- Administrar líquidos intravenosos, si procede</li> <li>- Aplicar bolsas de hielo cubiertas con una toalla en las ingles y las axilas, si procede</li> </ul>		
<b>Dominio (4): Actividad/reposo</b>	<b>Clase (2): Actividad/ejercicio</b>				
<b>Diagnóstico de enfermería NANDA</b>	<b>Resultado (NOC)</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Puntuación DIANA</b>	
<b>Etiqueta (problema)</b> <b>00100 Retraso en la recuperación quirúrgica</b> <b>Factores relacionados (causas)</b> R/C procedimiento quirúrgico prolongado m/p evidencia de la interrupción de la curación de la herida quirúrgica	Dominio: (II) Integridad tisular Clase: 1101 (L) Integridad tisular	110121 Eritema 110117 Tejido cicatricial 11001 Temperatura de la piel -110103 Elasticidad. -110111 Perfusión tisular.	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	Mantener Aumentar	
<i>(Continúa)</i>					

Tabla 1. Plan de cuidados de enfermería del sitio quirúrgico (Continuación)				
<b>Intervenciones NIC</b> <b>Intervención independiente: 3660 Cuidado de las heridas</b> <b>Campo: (2) Fisiológico complejo. Clase: (L) Control de las heridas</b>		<b>Intervenciones NIC</b> <b>Intervenciones independientes: 2380 Manejo de la medicación</b> <b>Campo: (2) Fisiológico complejo. Clase: (H) Control de fármacos</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Controlar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor</li> <li>- Despegar los apósitos y la cinta adhesiva</li> <li>- Medir el lecho de la herida</li> <li>- Limpiar con solución salina o con un limpiador no tóxico</li> <li>- Aplicar un ungüento adecuado a la piel</li> <li>- Vendar de forma adecuada</li> <li>- Mantener la técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida</li> <li>- Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje</li> <li>- Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida</li> <li>- Ayudar al paciente y la familia a obtener material</li> <li>- Enseñar al paciente y la familia a almacenar y desechar los apósitos y el material de curación</li> <li>- Enseñar al paciente y la familia los procedimientos de cuidados de la herida</li> <li>- Enseñar al paciente y la familia los signos y síntomas de infección</li> <li>- Documentar la localización, el tamaño y la apariencia de la herida</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica</li> <li>- Comprobar la capacidad del paciente para automedicarse</li> <li>- Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente</li> <li>- Observar si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación</li> <li>- Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos</li> <li>- Controlar el cumplimiento del régimen de medicación</li> <li>- Determinar los factores que puedan impedir al paciente tomar los fármacos</li> </ul>		
<b>Dominio (5):</b> <b>Percepción/</b> <b>cognición</b>	<b>Clase (4):</b> <b>Cognición</b>			
Diagnóstico de enfermería NANDA	Resultado (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación DIANA
<b>Etiqueta (problema)</b> <b>00126 Conocimientos deficientes</b> <b>Factores relacionados (causas)</b> Limitación cognitiva, mala interpretación de la información, falta de interés en el aprendizaje, incapacidad para recordar, poca familiaridad para obtener la información m/p seguimiento inexacto de las instrucciones, comportamiento inapropiado (apatía)	Dominio: (4) Conocimiento y conducta de salud Clase: (s) Conocimientos sobre salud 1813 Conocimiento: régimen terapéutico	181310 Descripción del proceso de la enfermedad 181301 Descripción de la justificación del régimen terapéutico 181302 Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual 181303 Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para las situaciones de emergencia 181315 Descripción de técnicas de automonitorización 181304 Descripción de los efectos esperados del tratamiento 181305 Descripción de la dieta prescrita 181306 Descripción de la medicación prescrita	1. Ninguno 2. Escaso 3. Moderado 4. Sustancial 5. Extenso	Mantener Aumentar

(Continúa)

<b>Tabla 1.</b> Plan de cuidados de enfermería del sitio quirúrgico ( <i>Continuación</i> )	
<b>Intervenciones NIC</b> <b>Intervención independiente: 5606 Enseñanza individual</b> <b>Campo: (3) Conductual. Clase: (s) Educación del paciente</b>	<b>Intervenciones NIC</b> <b>Intervención independiente: 5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento</b> <b>Campo: (3) Conductual. Clase: (s) Educación de los pacientes</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar las necesidades de enseñanza del paciente</li> <li>- Valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos del paciente</li> <li>- Valorar el nivel educativo del paciente</li> <li>- Valorar las capacidades/incapacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas</li> <li>- Determinar la capacidad del paciente para asimilar la información específica (nivel de desarrollo, estado fisiológico, orientación, estado emocional, necesidades básicas no cumplidas y adaptación a la enfermedad)</li> <li>- Potenciar la disponibilidad del paciente para aprender, si procede</li> <li>- Seleccionar los métodos/estrategias de enseñanza del paciente</li> <li>- Ajustar el contenido de acuerdo con las capacidades/incapacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas del paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar al paciente sobre la forma en que puede ayudar a la recuperación</li> <li>- Informar al paciente/ser querido acerca de la duración esperada del tratamiento</li> <li>- Explicar el propósito del tratamiento</li> <li>- Enseñar al paciente cómo cooperar/participar durante el tratamiento, si procede</li> <li>- Discutir la necesidad de medidas especiales durante el tratamiento, si procede</li> <li>- Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados según corresponda</li> <li>- Discutir tratamientos alternativos, si procede</li> <li>- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y comente sus inquietudes</li> <li>- Corregir las expectativas irreales del procedimiento/tratamiento, si procede</li> </ul>

- Ansiedad.
- Retraso en la recuperación quirúrgica.
- Para la educación al paciente y la familia:
  - Conocimientos deficientes.

## Conclusiones

La prevención y la detección de la ISQ son aspectos fundamentales para la disminución de la morbilidad en las unidades de segundo nivel de atención. El personal de enfermería requiere implementar planes de cuidado que favorezcan la disminución de las estadísticas de este problema, tanto en el ambiente hospitalario como en el domicilio.

La implementación de los presentes planes de cuidado de enfermería se espera que favorezca el desempeño profesional del personal. Posteriormente, se podrá evaluar su impacto.

## Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. La cirugía segura salva vidas. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Francia: OMS; 2008.
2. Pérez A, Sánchez M. Prevalencia de infección de herida quirúrgica, causas y resistencia a los fármacos en el Hospital No. 2 del IMSS San Luis Potosí. *Rev Esp Méd Quir.* 2012;17(4).
3. Alexander JW, Solomkin JS, Edwards MJ. Updated recommendations for control of surgical site infections. *Ann Surg.* 2011;253:1082-93.
4. Iñigo JJ, Bermejo B, Oronoz B, et al. Infección de sitio quirúrgico en un servicio de cirugía general. Análisis de cinco años y valoración del índice NNIS. *Pam Cir Esp.* 2006;79:224-30.
5. Trevlin R, et al. A prospective 30-day observational surgical site infection in patients undergoing elective and emergency colateral surgery. *Int J Surg.* 2013;11:625. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25292675>
6. Outpatient Surgical Protocol Reduced Orthopedic Surgical Site Infections (SSI) Rates. *Iowa Orthop J.* 2012;32:116-9.
7. Hung NV, Thu TA, Anh NQ, et al. Surgical site infections in Vietnamese hospital: incidence, pathogens and risk factors. *International Conference on Prevention & Infection Control (ICPIC 2011).* *BMC Proceedings* 2011;5(Suppl 6):O54. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1753-6561/5/S6/O54>
8. O'Neill KR, Smith JG, Abtahi AM, et al. Reduced surgical site infections in patients undergoing posterior spinal stabilization of traumatic injuries using vancomycin powder. *Spine J.* 2011;11:641-6.
9. Castro L, Rezende T. Riesgo para infección del sitio quirúrgico en pacientes sometidos a cirugías ortopédicas. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2011;19(6)[8 pantallas]
10. Andrade L, Sánchez C, Martínez V, Luna A, Fernández E. Incidencia de infecciones de sitio quirúrgico en el Hospital Ángeles Model durante 2009-2010. *Acta Médica Grupo Ángeles.* 2013;11(4):167-72.
11. Asociación Mexicana de Cirugía General. Primer Consenso Mexicano para la Prevención de Infecciones de Sitio Quirúrgico. México; 2009.
12. Beldi G, Bisch-Knaden S, Banz V, et al. Impact of intraoperative behavior on surgical site infections. *Am J Surg.* 2009;198:157-62.
13. Iñigo JJ, Bermejo B, Oronoz B, et al. Infección de sitio quirúrgico en un servicio de cirugía general. Análisis de cinco años y valoración del índice NNIS. *Pam Cir Esp.* 2006;79:224-30.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for prevention of surgical site infection. The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. *Hospital Infections Program National Center for Infectious Diseases. Infection Control and Hospital Epidemiology.* 1999;20:247-77. (Consultado en septiembre de 2014.) Disponible en: [https://www.cdc.gov/hicpac/ssi/001\\_ssi.html](https://www.cdc.gov/hicpac/ssi/001_ssi.html)
15. Angeles-Garay U, Morales-Márquez LI, Sandoval-Balanzarios MA, Velázquez-García JA, Maldonado-Torres L, Méndez-Cano AF. Factores de riesgo relacionados con infección del sitio quirúrgico. *Cir Cir.* 2014;82: 48-62.
16. Petrosillo N, Drapeau C, Nicastrì E, et al. Surgical site infections in Italian hospitals: a prospective multicenter study. *BMC Infect Dis.* 2008; 8:34.
17. Huotari K, Lyytikäinen O. Impact of postdischarge surveillance on the rate of surgical site infection after orthopedic surgery. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2006;27:1324-9.
18. Secretaría de Salud de México: Dirección de integración de guías de práctica clínica. Disponible en [http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/dir\\_gpc.html](http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/dir_gpc.html). Consultado en Febrero de 2016.
19. Secretaría de Salud de México: Comisión Permanente de Enfermería. Segundo Catálogo Nacional de Planes de Cuidados de Enfermería. Disponible en: [http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms\\_cpe/?Id\\_URL=400despliegue&anio=2013&Id\\_Nota=163](http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/?Id_URL=400despliegue&anio=2013&Id_Nota=163). Consultado en: febrero del 2016.

## Cuidado profesional de enfermería al paciente con herida abierta secundaria a amputación de transmetatarsianos

A. Bárbara Garduño-Pérez\*, V. de la Cruz-Escalera y C.F. Espinosa-Moreno

*Clinica de Heridas y Ostomías, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México*

### Resumen

El cuidado de enfermería ha trascendido una gestión del cuidado profesional en donde el conocimiento vinculado a la técnica en las buenas prácticas impacta favorablemente en la autonomía de la profesión. Desde esta perspectiva se presenta el siguiente caso clínico con el objetivo de socializar la eficacia de los cuidados profesionales de enfermería especializada en la amputación de transmetatarsianos secundaria a pie diabético y la disminución de complicaciones. Por ello, enfermería tiene una participación autónoma desde la consultoría, sustentada en modelos y teorías, así como la construcción de conocimientos propios que ha favorecido el pensamiento crítico, lo que le permite presentar un caso de éxito en la recuperación en términos anatómicos de un paciente candidato a amputación infracondílea secundaria a pie diabético.

**Palabras clave:** Cuidado profesional. Enfermería. Amputación infracondílea. Complicaciones de diabetes.

### Abstract

*Nursing care has transcended professional care management where knowledge, linked to the technique in good practices, has a favorable impact on the autonomy of the profession. From this perspective, the following clinical case is presented with the objective of socializing the effectiveness of specialized nursing care in the amputation of secondary transmetatarsians to diabetic foot and the reduction of complications. For this reason, nursing has an autonomous participation from the consultancy, based on models and theories as well as the construction of own knowledge that has favored the critical thinking which allows presenting a case of success in the recovery, in anatomical terms, of a candidate patient to secondary infracondylar amputation on diabetic foot. (Rev Mex Enf. 2017;5:26-31)*

**Corresponding author:** Adriana Bárbara Garduño Pérez, barbara690@hotmail.com

**Key words:** Professional care. Nursing. Infracondylar amputation. Complications of diabetes.

## Introducción

### *Diabetes mellitus*

La prevalencia de la diabetes *mellitus* va aumentando rápidamente como resultado del envejecimiento de la

población, la urbanización y los cambios asociados al estilo de vida de cada individuo. En 2012 fallecieron 1.5 millones de personas como consecuencia directa de la diabetes. En 2014, el 9% de los adultos (18 años o mayores) tenía diabetes. Más del 80% de las muertes por diabetes se registra en países de ingresos bajos y medios.

### Correspondencia:

\*Adriana Bárbara Garduño-Pérez  
E-mail: barbara690@hotmail.com

Fecha de aceptación en versión modificada: 20-3-2016  
Fecha de aceptación: 12-9-2016

Los EE.UU., con 29.3 millones, tiene el mayor número de personas con diabetes, seguido por México con 11.5 millones y Canadá con 2.5 millones. Para el año 2040 se estima que 60.5 millones de adultos vivirá con la diabetes. En 2015, el número total de muertes atribuidas a la diabetes fue de 324,000 (en hombres 173,000 y en mujeres 151,000).

La diabetes *mellitus* es una de las tres primeras causas de muerte en México, pero una de las consecuencias de dicha enfermedad es el pie diabético. El síndrome del pie diabético es una complicación de la diabetes *mellitus* de creciente prevalencia en los países desarrollados. Las consecuencias de un diagnóstico tardío o de un tratamiento inadecuado tienen un alto costo sanitario, social y económico por las complicaciones que se pueden producir, llegando en su vertiente más trágica a la amputación.

Bajo este modelo de pensamiento, ante la presencia de la enfermedad y en combinación con la tecnología, se presenta el siguiente caso clínico con terapia húmeda avanzada. Se muestra cómo los cuidados de enfermería con los nuevos productos han brindado un cuidado avanzado en heridas agudas y crónicas.

### **Contexto en los cuidados profesionales de enfermería**

Los cuidados de enfermería siempre han estado presentes en la historia de la humanidad, atribuyéndose desde su origen a las mujeres, práctica que se legitima en la antigüedad en la atención del parto por mujeres denominadas comadronas, acto que se aprendía a través de la práctica. Por otro lado, el cuidado también fue atribuido a la religión, específicamente a las mujeres religiosas, y desde esta perspectiva el cuidado se relacionaba con las buenas obras, con las artes, pero no necesariamente con el saber.

En la parte de un cuidado con conocimiento, en los siglos XVI y XVII San Vicente de Paúl, precursor de la enfermería moderna, es quien desarrolla programas teóricos que son impartidos por médicos a las hermanas de San Vicente de Paúl, quienes se dedicaban al cuidado de los enfermos en cuerpo y alma. En el siglo XVIII se inicia la reforma en enfermería con los esposos Theodor y Friederike Fliedher, fundando un centro para ancianos en el jardín de su casa y la primera escuela de diaconisas de Kaiserwert en 1836, la cual sirvió de modelo para otras escuelas de Alemania y otros países, hecho histórico por ser Florence Nightingale una de las personas que visitó esta escuela<sup>1</sup>, por ser quien se ha reconocido como la precursora de la

enfermería moderna, e influyó en el desarrollo de la enseñanza y la práctica en la profesión de la enfermería.

Así, a través del tiempo el cuidado de enfermería ha dejado de ser un oficio para ser llamado «profesión de enfermería», pasando por diferentes formas de ver el cuidado. Por ejemplo, para F. Collière «cuidar es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades», y para J. Hernández Conesa «cuidar representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener a los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida». Cuidar no solo es cuidar en la práctica, cuidar lleva implícito una mirada en donde se debe entender la cosmovisión histórico-antropológica y filosófica de la ciencia de enfermería, porque el cuidado determina lo que puede ser percibido o conocido por una persona y se dirige hacia la respuesta individual determinada por su mundo vivencial<sup>2</sup>.

En este sentido, el conocimiento profesional requiere el uso de un pensamiento crítico y de su aplicación en la valoración clínica para transformar la información obtenida, lo que implica la habilidad para analizar una persona o una situación a fondo para conocer la trayectoria de alguna situación basada en un conocimiento de información formal, identificada en la experiencia práctica<sup>3</sup>.

Para la aplicación de ese conocimiento profesional, en 1901 se aprobó en Nueva Zelanda el *Acta de certificación de enfermeras*, que fue la primera verdadera regulación. Posteriormente, gracias a los valiosos aportes de teoristas como Hildegard Peplau (1952), Virginia Henderson (1948) y Vera Fray (1953), se incorpora el concepto de «proceso de enfermería». Surge en torno a estos hechos la creación de grupos de estudios, como el Grupo Nacional para la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería y la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA)<sup>4</sup>. Esta organización posee funciones para facilitar el cuidado a los profesionales de enfermería<sup>5</sup>.

Por un lado, en la actualidad la enfermería está desarrollando y utilizando conocimientos, basados en modelos y teorías, para fundamentar su práctica. Por otro lado, la especialización y la educación de las enfermeras ha favorecido cultivar el pensamiento y realizar reflexiones respecto de la práctica fundamentada en estudios de diferentes profesionales, que permite tener visiones de cada uno, así como su utilidad y aplicación.

Desde este marco, la presentación de este caso clínico pretende disminuir las brechas existentes entre la práctica, la docencia y la investigación, ya que el

conocimiento es la herramienta para llevarlo a cabo, e identificar aquellos factores que no contribuyen al desarrollo de nuestra disciplina, favorecer y potenciar aquellos que la desarrollan, dejar de lado los modelos mentales, los prejuicios al respecto y continuar con el cuerpo teórico de enfermería que debe ser parte de la identidad, en la generación y el consumo de conocimiento<sup>4,6</sup>.

Bajo este modelo de pensamiento y ante la presencia de la enfermedad y en combinación con la tecnología, se presenta el siguiente caso clínico con terapia húmeda avanzada. Se muestra cómo los cuidados de enfermería con los nuevos productos han brindado un cuidado avanzado en heridas agudas y crónicas.

### Presentación del caso

Paciente varón de 62 años de edad, soltero, con estudios concluidos de primaria, nacido en Miahuatlán Oaxaca. Presenta los siguientes diagnósticos médicos: diabetes *mellitus* tipo 2, pie diabético, probable hipertensión arterial sistémica y sobrepeso.

En junio de 2014 inicia padecimiento con sensación de debilidad en el pie izquierdo, edema, cambios de coloración, disminución de la temperatura local y lesiones ampulosas, acompañado de fiebre no cuantificada y escalofríos.

Acude a clínica municipal, donde le realizan desbridación. Es referido a médico particular, quien inicia terapia antibiótica e insulino terapia, y es referido al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

En la consulta de cirugía vascular, a la exploración física informan que el paciente se encuentra con extremidades inferiores con necrosis deshidratada en los dedos primero, segundo y tercero del pie izquierdo, extendiéndose hasta el tarso, con áreas sin piel por la desbridación anterior, úlcera de grado II en el dorso del pie de aproximadamente 2 cm de diámetro, cambios de coloración y edema que se extiende hasta el tercio distal de la pierna izquierda. Pie derecho con cambios de coloración en los dedos y escara en el cuarto espacio interdigital.

Edema de miembros inferiores bilateral, fuerza muscular 5/5 derecho, 4/5 distal izquierdo. Reflejos osteotendinosos normales. 2+ sensibilidad disminuida bilateralmente en los pies. Pulso pedio izquierdo ausente, pulso poplíteo izquierdo disminuido. Pulsos derechos sin alteración aparente. Llenado capilar ausente bilateralmente. Disminución de la temperatura local, pulso anterior no palpable y se observa parte

posterior grisácea y no viable. Se realiza lavado quirúrgico y se encuentra tejido celular subcutáneo isquémico y necrótico, se extiende a plantar del pie, primer dedo, aproximadamente 5 cm con tejido necrótico y salida de secreción purulenta. Se encontró cavidad con extensión posterior y conexión a herida realizada en borde del pie. Se toman muestras y se envían para cultivo.

Para el siguiente mes (julio) del mismo año, el servicio de cirugía vascular decide amputar los dedos debido a la necrosis en la parte distal del pie izquierdo.

A finales del mes de julio de 2014 se solicita la interconsulta al equipo de enfermería de la Clínica de Heridas y Ostomías, por dehiscencia de herida en muñón de pie izquierdo, para seguimiento y tratamiento de forma ambulatoria. Durante la consultoría se proporciona asesoría a cuidador primario y paciente para realizar la curación en domicilio y la prevención de complicaciones, con aprendizaje significativo y disposición para mejorar la gestión de salud.

Derivado del desconocimiento de la terapia previa, por medidas preventivas y previa valoración de las características de la herida, se consideró iniciar las intervenciones de enfermería con tratamiento profiláctico a través de un apósito antimicrobiano para descartar alguna infección.

Se proporciona capacitación de la técnica a cuidador primario para que realice las curaciones en casa y acuda a la consultoría de enfermería cada 15 días para ver la evolución de la herida y valorar el tratamiento a seguir.

### Seguimiento y evolución

El 31 de julio de 2014, a la valoración se encontró herida abierta en pie izquierdo con tejido de granulación, tejido esfacelado, tejido graso, exposición de tendones, escaso exudado, bordes de la herida adheridos, piel perilesional sin complicaciones, sin datos de infección (Fig. 1).

La intervención inicial consistió en aplicación de hidrogel y apósito antimicrobiano, ocluyendo con gasa y vendaje de sostén, previa lubricación de piel perilesional. Curación diaria.

El 6 de agosto, a la valoración se encontró herida con un 80% de tejido de granulación, tejido esfacelado, continuo con exposición de tejido graso y tendones (Fig. 2). No hay datos de las dimensiones de la herida.

Se suspende el apósito antimicrobiano y se inicia alginato de calcio, ocluyendo con hidrocoloide regular. Curaciones cada tercer día.

El 27 de agosto se observa un 95% de tejido de granulación cubriendo en su totalidad tejido graso y tendones, presencia de un 60% de biofilm, escaso exudado (Fig. 3). Continuamos con alginato, ocluyendo con hidrocólido regular, gasa y vendaje de sostén, previa lubricación de piel perilesional. Curación cada tercer día.

El 11 de septiembre, la herida presenta tejido de granulación, 80% de biofilm y escaso exudado (Fig. 4). Inicia solución antiséptica (betaína, polihexanida, agua purificada), ocluyendo con gasa y vendaje de sostén, previa lubricación de piel perilesional. Curación diaria.

Después de 15 días de tratamiento con solución antiséptica, a la valoración se observa un lecho de la herida vascularizado, con un 5% de biofilm, escaso exudado y tejido de reepitelización en los bordes (Fig. 5). Se continúa con solución antiséptica (betaína, polihexanida, agua purificada), ocluyendo con gasa y vendaje de sostén, previa lubricación de piel perilesional. Curación diaria.

El 22 de octubre, la herida continúa con tejido de granulación y biofilm (Fig. 6). Se inicia tratamiento con hidrogel (antiinflamatorio, antiséptico y modulador de la reparación tisular), ocluyendo con gasa y vendaje de sostén, previa lubricación de piel perilesional. Curación diaria.

El 12 de marzo, la herida se encuentra en proceso de epitelización (Fig. 7). Se inicia colagenasa, ocluyendo con gasa y vendaje de sostén, previa lubricación de piel perilesional. Curación cada tercer día.

En un periodo de 10 meses y 15 días se observa cicatrización completa de la herida (Fig. 8). Solo se continúa con lubricación.

## Discusión

Es importante mencionar que en el análisis se identificó, como área de oportunidad, el contar con registros de enfermería. Esta práctica, además de favorecer la identificación, permite conocer con mayor precisión el avance que se lleva a cabo durante todo el tratamiento de los pacientes. Por otro lado, también permite la validación de los cuidados en repercusiones legales<sup>7</sup>, además de incidir en un futuro en análisis en prácticas docentes y de investigación<sup>8</sup>.

El reconocimiento que tiene el profesional de enfermería dentro del equipo de salud es importante, ya que estudios realizados por diferentes países sobre costo-efectividad de los servicios de los profesionales de enfermería muestran que los cuidados son



**Figura 1.** Pie izquierdo con herida abierta, secundaria a amputación transmetatarsiana izquierda, con exposición de estructuras de sostén y tejido no viable.



**Figura 2.** Control de la carga bacteriana, 80% tejido de granulación, sin disminuir dimensiones.



**Figura 3.** Se logra cubrir estructuras de sostén, e inicia proceso de epitelización por bordes.

similares en calidad a los que se proveen por otros profesionales. En este sentido, la enfermería desempeña un papel importante en el logro de una gran variedad de resultados positivos, tales como el incremento del conocimiento en salud, la disminución de quejas, el mantenimiento de la salud, la disminución



**Figura 4.** Se observa la presencia de biofilm, característico de las heridas crónicas; se reinicia tratamiento antimicrobiano.



**Figura 6.** Se prolonga etapa inflamatoria, contando con tejido hipergranulación en islotes, y se inicia tratamiento con modelador tisular y desinflamatorio.



**Figura 5.** Se observan avances significativos en el proceso de cicatrización, llegando a la etapa de proliferación.



**Figura 7.** Se observan avances significativos en el proceso de cicatrización, llegando a la etapa de proliferación.

en la sobresaturación de otras consultas de especialidad médica, la accesibilidad a los servicios, la disminución de los días de estancia hospitalaria y la satisfacción de los pacientes, por mencionar algunos<sup>9</sup>.

Los integrantes de las clínicas sustentan su actuar en un juicio clínico a partir de la valoración de heridas, donde el trabajo en equipo contribuye a la identificación de problemas en los servicios de salud, la planificación de posibles soluciones y consecuentes mejoras en el ambiente de trabajo, al existir factores como la elevada satisfacción laboral, por sentir que su trabajo tiene una repercusión importante en la salud de las personas, y ello se denota<sup>10</sup> en la calidad de los servicios prestados a los pacientes<sup>11</sup>.



**Figura 8.** Herida con epitelización al 100%, se indica lubricación de la zona.

La cicatrización con apoyo de material de terapia húmeda es una alternativa de tratamiento, debido a que algunas de las propiedades del ambiente húmedo son: el aumento del aporte de oxígeno y nutrientes a través de la angiogénesis; la acidificación del pH de la zona, creando un ambiente bacteriostático que disminuye el riesgo de infección<sup>12</sup>; la facilidad para la migración celular; el control del exudado sin perjudicar la piel periulceral; la protección de las heridas de la contaminación; la reducción de los tiempos de cicatrización; la reducción del dolor; y las renovaciones fáciles y espaciadas<sup>13</sup>.

## Conclusiones

Dentro del éxito del cierre de la herida, existen diversos procesos que favorecieron la cicatrización completa, entre ellos el apego del paciente y la familia a la consultoría.

Como integrante del equipo de salud, el profesional de enfermería debe estar formado con elementos que le permitan tener una comunicación clara, suficiente y pertinente, de acuerdo al desarrollo y los valores socioculturales del paciente. Desde la evidencia se demuestra que con una adecuada motivación, educación y apoyo se pueden superar las dificultades o barreras para lograr una adecuada comunicación<sup>14</sup>.

Contar con recursos terapéuticos avanzados en el cuidado de las heridas influye en los cuidados de calidad que se otorgan a los pacientes e impacta directamente en la evolución de la enfermedad y el efecto psicológico, que permite una pronta integración a la dinámica familiar, en donde la donación fue uno de los alicientes para que el profesional de enfermería contara con las herramientas necesarias para otorgar el tratamiento adecuado.

El desarrollo profesional de enfermería, a más de un siglo de sus inicios en la preparación académica,

hoy en día se ve reflejado en el avance mediante este tipo de caso de éxito, que tuvo como resultado evitar una amputación mayor gracias a los cuidados de enfermería desde una mirada holística, que fue desde una adecuada valoración de los aspectos emocionales-sociales y de empoderamiento a la familia para involucrarse en el proceso salud-enfermedad-atención, hasta la valoración de la herida y las necesidades de material, tiempo y espacio.

## Agradecimientos

A la Subdirección de Enfermería del Instituto por el apoyo para la realización de este trabajo.

## Bibliografía

1. Fernández MB. Evolución histórica de la enfermería y la cardiología. *Enfermería en Cardiología*. 2007;(40):21-8.
2. Ortega VC. El cuidado de enfermería. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2002;10:88-9.
3. Arratia FA. Investigación y documentación histórica en enfermería. *Texto Contexto Enferm*. 2005;14:567-74.
4. Gallardo AL. Evolución del conocimiento en enfermería. *Revista Biomedic*. 2011;11(4).
5. Molina AS. La influencia de la NANDA en enfermería. Trabajo para obtención del Grado en Enfermería. Almería, España: Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia; 2013.
6. Juvé ME. Evaluación inductiva de la estructura de una terminología enfermera: conceptualización del proceso enfermero. *Nursing*. 2012;30:62-6.
7. Méndez CG, Morales CM, Preciado LM, Ramírez NM. La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2001;9:11-7.
8. Villeda GL, Córdoba AM, Rodríguez SJ, Balbuena JS, Hernández ZM, Díaz GML. Nivel de cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana 168-SSA1-1998 del expediente clínico, por el personal de enfermería de un Instituto Nacional de Salud. *Rev CONAMED*. 2010;15:17-22.
9. Samaniego C, Cárcamo MS, Frankel D. La imagen profesional de enfermería en su contexto de trabajo. *Hologramática*. UNLZ. 2011;1:59-92.
10. Martins MCF, Santos GE. Adaptação e validação de construto da Escala de Satisfação no Trabalho. *PsicoUSF*. 2006;11:195-205.
11. Borges MM, Barbosa MA, Souza PR. Satisfacción en el trabajo del equipo de enfermería: revisión integradora. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011;19:1-9.
12. Ousey K, Cutting KF, Rogers AA, Rippon MG. The importance of hydration in wound healing: reinvigorating the clinical perspective. *J Wound Care*. 2016; 25:122,124-30.
13. Biblioteca virtual. Ventajas que justifican el uso de la cura húmeda frente a la seca en las úlceras por presión (upp). Murcia salud. (Actualizado el 10 de diciembre de 2015; consultado el 19 de julio de 2016.) Disponible en: [https://www.murciasalud.es/previd.php?op=mostrar\\_pregunta](https://www.murciasalud.es/previd.php?op=mostrar_pregunta)
14. Silva GE, Galeano E, Correa JO. Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Med Colomb*. 2005;30:268-73.

## Procedimiento de biopsia abierta de músculo

G. Urincho-Pérez<sup>1\*</sup>, L.C. Hernández-Jiménez<sup>2</sup>,  
L. Hernández-Mayén<sup>1</sup>, A. Avendaño-Peralta<sup>1</sup> y  
S.E. Sandoval-Pérez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Urgencias; <sup>2</sup>Servicio de Traumatología. Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, Tlalpan, Ciudad de México.

<sup>3</sup>Servicio de Hemodinámica, Hospital General Naval de Alta Especialidad, Secretaría de Marina, Armada de México, Ciudad de México. México

### Resumen

El término «biopsia» proviene de *bios* (vida) y *opsis* (visión), y se refiere a la obtención de tejido u otros materiales procedentes del organismo vivo para su examen microscópico con fines diagnósticos. La biopsia ocupa un lugar central en el diagnóstico médico, por el fácil acceso al órgano estudiado y por la valiosa información obtenida de los exámenes histopatológicos. Los procedimientos técnicos de enfermería se deben ejercer sustentados no solo en el conocimiento, sino también en habilidades en el procedimiento, así como en aspectos éticos y humanos. Todo ello vinculado a políticas nacionales e internacionales para garantizar la calidad y la seguridad de los pacientes sometidos a este procedimiento. Es por ello que el objetivo de este trabajo es socializar el procedimiento de biopsia de músculo que se lleva a cabo en el Instituto Nacional de Rehabilitación, en donde la participación del profesional de enfermería antes, durante y tras el procedimiento se lleva a cabo en un marco de profesionalismo, calidad y seguridad. Aún se sigue trabajando y perfeccionando la participación del equipo multidisciplinario en la conformación del procedimiento integral, apegado a normas y políticas que permitan la optimización de tiempos y recursos en la atención de los pacientes.

**Palabras clave:** Biopsia de músculo abierta. Metas internacionales de seguridad del paciente. Indicador de calidad institucional.

### Abstract

*The term biopsy comes from bios (life) and opsis (vision) and refers to obtaining tissue or other materials from a living organism, for microscopic examination for diagnostic purposes. The biopsy occupies a central place in medical diagnosis, for easy access to the organ studied, and the valuable information obtained from histopathologic examination. Technical nursing procedures should be supported not only by knowledge, but also by skills in the process as well as ethical and human aspects. All of this is tied to national and international policies to ensure the quality and safety of patients undergoing this procedure. That is why the aim of this work is to socialize the biopsy procedure for muscle that takes place at the National Rehabilitation Institute where participation of the nurse before, during, and after the procedure is performed in a framework of professionalism, quality and safety. It is continuing to work and improve the participation of the multidisciplinary team in shaping the whole procedure, under rules and policies that allow the optimization of time and resources on patient care. (Rev Mex Enf. 2017;5:32-42)*

**Corresponding author:** Gabriela Urincho-Pérez, cuerinchogaby@yahoo.com.mx

**Key words:** Open muscle biopsy. International patient safety goals. Institutional quality indicator.

### Correspondencia:

\*Gabriela Urincho-Pérez

E-mail: cuerinchogaby@yahoo.com.mx

Fecha de recepción en versión modificada: 16-3-2016

Fecha de aceptación: 18-11-2016

## Introducción

Los pacientes que cursan con una afección en el músculo son sometidos a un procedimiento de biopsia de músculo para establecer un diagnóstico certero. El profesional de enfermería tiene una gran responsabilidad y compromiso con el paciente, la institución y con la sociedad en general al momento de preparar, adecuar y asistir esta técnica a través del proceso de atención en enfermería (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación), y detectar posibles alteraciones en el paciente, así como en la técnica y en el manejo del tejido.

La rapidez en el diagnóstico de las complicaciones de la biopsia de músculo es esencial para una actuación precoz eficaz. Es así que el presente trabajo muestra la técnica, el material y los cuidados de enfermería que permiten prevenir y actuar ante las posibles complicaciones, así como garantizar la calidad y la seguridad en los pacientes sometidos a este procedimiento.

La biopsia de músculo debe realizarse en un área blanca o en un quirófano, y es importante contar con el material, el equipo y el recurso humano indispensable, ya que tener una buena organización será uno de los factores que permita el éxito del procedimiento, así como no generar tiempos extras; en este sentido, la previsión es una de las actividades primordiales en la valoración de enfermería hacia el paciente.

## Procedimiento de biopsia abierta de músculo

La biopsia de músculo es el procedimiento quirúrgico por medio del cual se toma de un organismo vivo un fragmento de tejido muscular, patológico o sano, para su estudio macroscópico y microscópico<sup>1</sup>. Es la obtención de una muestra de una zona lejana a la porción tendinosa del músculo, que tiene una mayor densidad de tejido conectivo<sup>2</sup>.

Es indispensable llevar a cabo una asepsia adecuada, mediante el conjunto de procedimientos que impiden la llegada de microorganismos a un medio determinado<sup>3</sup>.

## Indicaciones

- Distrofia muscular o miopatía congénita.
- Defectos metabólicos del músculo.
- Poliarteritis nudosa.
- Infecciones como triquinosis o toxoplasmosis<sup>4</sup>.
- Atrofia muscular.

- Necrosis del músculo.
- Inflamación del músculo.
- Vasculitis necrosante.
- Cambios miopáticos.
- Distrofia muscular.
- Daño muscular traumático.
- Distrofia muscular de Duchenne.
- Polimiositis.
- Dermatomiositis.
- Distrofia muscular de Becker.
- Enfermedad de Charcot-Marie-Tooth.
- Disfunción del nervio peroneo común.
- Fascitis eosinófila.
- Distrofia muscular fascioescápulohumeral (Lan-douze-Dejerine).
- Parálisis periódica familiar.
- Ataxia de Friedreich.
- Polimialgia reumática.
- Amiloidosis cardiaca senil.
- Parálisis periódica tirotóxica.

## Contraindicaciones

- No aceptación por parte del paciente para realizar la biopsia.
- Discrasias sanguíneas.
- Pacientes que reciban anticoagulación crónica con cumarínicos o heparinas de bajo peso molecular.
- Infección en la piel sobre el músculo que se desea tomar la biopsia<sup>4,5</sup>.
- No debe tomarse la muestra de una zona en la que se ha tomado una biopsia previa en los últimos 3 meses ni de una zona que fue puncionada para un estudio electromiográfico.

## Material y equipo mínimo necesario

### *Equipo electromédico*<sup>6</sup>

- Mesa quirúrgica con aditamentos.
- Mesa de Mayo.
- Máquina de anestesia con:
  - Cable de electrocardiograma.
  - Cable de oximetría de pulso.
  - Cable de presión no invasiva.
- Cable de temperatura.
- Toma de oxígeno.
- Toma de aire.
- Sistema de aspiración.
- Lámpara de luz fría.

- Desfibrilador.
- Carro de urgencia.

### **Instrumental quirúrgico mínimo necesario**

#### ***Equipo de biopsia***

- 1 charola de Mayo.
- 1 riñón de acero inoxidable de 250 cc.
- 1 mango de bisturí n.º 3.
- 1 mango de bisturí n.º 4.
- 1 budinera de acero inoxidable 50 cc.
- 2 portaagujas.
- 6 pinzas de Kelly curvas.
- 2 separadores Sen-Miller.
- 1 tijeras de Mayo.
- 1 pinza de anillos.
- 1 pinza de Allis.
- 4 pinzas mosco curvas.
- 2 pinzas Adson con dientes.
- 2 pinzas Adson sin dientes.
- 2 separadores Farabeu.
- 2 pinzas de disección con dientes.
- 2 pinzas de disección sin dientes.
- Tubos de ensayo.

#### ***Material consumible\****

- Acetona.
- Algodón.
- Tubo de ensayo.
- Yodo povacrylex (al 0.7%), ampolleta con 26 ml en aplicador plástico con dos hisopos.
- Solución de irrigación con agua estéril.
- Lidocaína al 2%<sup>7</sup>.
- Lidocaína al 2% con epinefrina<sup>8</sup>.
- 1 jeringa de 10 cm.
- 1 aguja calibre 20 GA.
- 1 aguja calibre 22 GA.
- 1 hoja de bisturí del n.º 11 o 15.
- 1 campo hendido estéril desechable de 40 x 40 cm.
- 1 parche adhesivo transparente.
- 3 paquetes de gasas estériles.
- 1 paquete de campos estériles cuadrados.
- 2 batas estériles.
- Cubrebocas.

- Gorros desechables.
- Guantes.
- Estériles.
- Sutura:
  - Mononylon 3-0.
  - Vicryl 2-0 y 3-0
  - Nylon 3-0.

#### ***Formatos administrativos<sup>8,9\*</sup> (Tabla 1)***

- Hoja de registros clínicos de enfermería de paciente externo.
- Hoja de registros clínicos de enfermería de área quirúrgica.
- Hoja de material de consumo por paciente.
- Hoja de consentimiento informado de procedimiento quirúrgico.
- Hoja de consentimiento informado de anestesia.
- Hoja de listado de verificación de cirugía segura.

#### **Actividades prequirúrgicas de enfermería**

##### ***Valoración de enfermería***

Cuando se conoce que el paciente estará sometido al procedimiento de biopsia, hablando de profesionalismo y calidad del cuidado, el profesional de enfermería realiza una visita previa al paciente (por lo menos 24 horas antes) con el objetivo de efectuar un interrogatorio que sustenta una valoración para conocer los siguientes aspectos:

- Identificación del paciente.
- Valorar el estado emocional, así como proporcionar confianza y empatía.
- Interrogatorio sobre alergias y contraindicaciones.
- Información sobre valoración hemodinámica.
- Valoración de riesgo de caída (si aplica).
- Valoración de Glasgow (si aplica).
- Valoración del dolor (si aplica).
- Conocer si el paciente está informado sobre el procedimiento.
- Si tiene ayuno de 8 horas.
- Valoración de acceso venoso.
- Orientación sobre el procedimiento (antes, durante y después), así como aclaración de dudas.

A partir de esta información, vinculando los constructos de enfermería se realizan los diagnósticos de enfermería, para pasar a la planeación, ejecución y

\*El material consumible y los documentos administrativos son utilizados en el INR del Servicio de Urgencias.

**Tabla 1.** Procedimiento administrativo de enfermería. Recepción en sala o área blanca

Involucrados	Actividades previas
LE <sup>3,13</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Confirma que el área blanca o quirúrgica se encuentre equipada y funcionando</li> <li>- Recibe documentos del paciente</li> <li>- Anota datos del paciente en libreta de ingreso en el área blanca o quirófano: coordina con el personal paramédico para el traslado del paciente al área de quirófano</li> <li>- Identifica y se presenta con el paciente</li> <li>- Realiza el llenado de la 3ª columna, entrada a sala de operaciones de la hoja de listado de verificación de cirugía segura<sup>9,11</sup></li> <li>- Proporciona posición anatómica según sea el caso</li> <li>- Informa al anestesiólogo, médico ortopedista, médico de distrofias musculares y personal de patología que el paciente ya está preparado, e inicia procedimiento</li> </ul>
Paramédico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Traslada al paciente al área blanca o quirófano<sup>8-10</sup></li> <li>- Deja al paciente en la mesa quirúrgica</li> </ul>
MA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verifica que el sistema de anestesia se encuentre completo y funcionando de acuerdo al Subcomité de Calidad Institucional de Salud Laboral<sup>11</sup></li> <li>- Se presenta con el paciente</li> <li>- Informa qué tipo de anestesia utilizará para el procedimiento</li> <li>- Solicita medicamentos intravenosos a enfermería para la inducción de la sedación moderada</li> </ul>

LE: Licenciada en enfermería; MA: Médico anestesista.

Fuente: Procedimiento de biopsia del músculo del Instituto Nacional de Rehabilitación, Servicio de Urgencias, 2016.

evaluación de las intervenciones previas al procedimiento, y desde estos se establece un plan de cuidados individual y único.

Es relevante mencionar la importancia de la evaluación para identificar el cumplimiento de los objetivos definidos por el profesional, y se determinará si el plan de cuidados es adecuado, realista, actual o necesita revisión o modificación (Tablas 2 y 3).

## Conclusiones

Presentar la experiencia desde la vinculación con las políticas y tendencias actuales permite seguir caminando hacia una profesionalización del cuidado, en donde el conocimiento, la actitud, la experiencia y el ser permitan a la enfermería una transición gradual, pero constante.

**Tabla 2.** Procedimiento transoperatorio del profesional de enfermería

Orden consecutivo	Responsable	Actividad	Sustento	Normas, políticas y estándares para la certificación de calidad y seguridad
1	LE	Identificación correcta del paciente	<p>La correcta identificación del paciente es fundamental para garantizar la calidad asistencial y evitar errores que puedan dañar o incluso hacer peligrar la vida del paciente</p> <p>Los problemas de identificación se asocian con frecuencia a las complicaciones producidas por errores en la administración de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas y transfusiones de sangre y de hemoderivados</p>	1ª Meta Internacional de Seguridad del Paciente: identificar correctamente al paciente

(Continúa)

**Tabla 2.** Procedimiento transoperatorio del profesional de enfermería (Continuación)

Orden consecutivo	Responsable	Actividad	Sustento	Normas, políticas y estándares para la certificación de calidad y seguridad
2	LE	Valoración de enfermería	La piedra angular del trabajo de enfermería es la valoración, ya que es el método idóneo para recoger información e identificar problemas, y así poder realizar intervenciones enfermeras encaminadas a solucionar o minimizar dichos problemas	1ª Meta Internacional de Seguridad del Paciente: identificar correctamente al paciente
3	LE	Registro y trámites administrativos Reúne el material y el equipo necesarios	El tener todo el material reunido y verificarlo a través del <i>check list</i> es efectivo para el control del proceso y evitar pérdida de tiempo	Hoja de Enfermería Quirúrgica del Instituto Nacional de Rehabilitación
4	LE	Posición y comodidad del paciente	La posición adecuada permite al paciente evitar posturas tensas que le puedan ocasionar lesiones musculoesqueléticas, así como le provee de una sensación de bienestar y descanso El tipo de anestesia recibida y la intervención quirúrgica realizada determinan el tipo de posición del paciente La posición adecuada del paciente aunado a la verificación a través del <i>check list</i> evitará operar al paciente o el sitio equivocados	4ª Meta Internacional de Seguridad del Paciente: garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto
5	MO	Valorar e identificar de la zona de punción <sup>2,15</sup>	Se realiza con el objetivo de confirmar el sitio adecuado para la punción y reducir el riesgo de lesión o perforación de zonas aledañas, así como valorar la integridad cutánea	4ª Meta Internacional de Seguridad del Paciente: procedimientos correctos
6	MA	Realiza inducción anestésica ligera <sup>14</sup> Verifica y observa monitor para evaluar signos vitales <sup>9,10</sup> Brinda soporte respiratorio durante el procedimiento	Permite la realización de intervenciones sobre la integridad del cuerpo sin producir dolor y protege al paciente frente a la agresión psíquica o somática, antes, durante y después del procedimiento Mantener las funciones vitales en condiciones óptimas antes, durante y después del procedimiento	Estándares: ASC:3.1, ASC.3.2 y ASC4
7	EM	Higiene de manos	El lavado de manos permite arrastrar mecánicamente, destruir o inhibir la flora transitoria y la residente El lavado de manos reduce la flora temporal	5ª Meta Internacional de Seguridad del Paciente: reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria
8	MO	Lavado quirúrgico <sup>2,14,16-18</sup> Se viste con bata estéril, cubrebocas y gorro, y se pone dos pares de guantes	Un método de lavado quirúrgico en forma sistemática reduce al mínimo el número de microorganismos e inhibe su crecimiento El uso de bata, cubrebocas y gorro, así como el lavado quirúrgico, son medidas preventivas que reducen la contaminación Los procedimientos invasivos requieren la aplicación de técnicas asépticas	5ª Meta Internacional de Seguridad del Paciente: reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria

(Continúa)

**Tabla 2.** Procedimiento transoperatorio del profesional de enfermería (*Continuación*)

Orden consecutivo	Responsable	Actividad	Sustento	Normas, políticas y estándares para la certificación de calidad y seguridad
9	LE	Valoración de signos vitales continuos Abastece, coloca material e instrumental en mesa de Mayo Ayuda al amarre de la bata estéril <sup>3,10</sup>	La vigilancia constante y la información oportuna sobre los signos vitales cada 15-30 min, aparición de síntomas de estado de choque, hipotensión, bradicardia, etc., permiten la detección oportuna de evidencia de hemorragia y complicaciones, así como su pronta solución Los agentes antimicrobianos de amplio espectro, de protección residual, no tóxica ni irritante, de rápida acción y fáciles de usar, son determinados por la sensibilidad del paciente, la localización de la incisión y el estado de la piel	5ª Meta Internacional de Seguridad del Paciente: reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria
10	MO	Realiza el aseo quirúrgico Retira el exceso de yodopovidona Desecha el primer par de guantes Delimita el área quirúrgica con campos estériles	El uso del antimicrobiano en el periodo preoperatorio inmediato disminuye el riesgo de infección del sitio de punción El inicio de la preparación de la piel del sitio de incisión a la periferia reduce la cuenta bacteriana La yodopovidona se absorbe por la piel y puede causar irritación o toxicidad; después de utilizarse se debe eliminar de la piel; si bien normalmente no es irritante para los tejidos, pueden producirse quemaduras de primero y segundo grado si se usan técnicas de preparación inadecuadas o si el paciente tiene sensibilidad al yodo La delimitación del área a intervenir aumenta la seguridad en la incisión y evita lesiones tisulares; debe abarcar un espacio suficiente para la realización de la incisión y de incisiones adicionales en caso necesario	5ª Meta Internacional de Seguridad del Paciente: reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria 4ª Meta Internacional de Seguridad del Paciente: procedimientos correctos
11	LE	Proporciona el anestésico local al MO <sup>10</sup>	Lleva a cabo una labor directa con el médico dentro del campo estéril, al entregarle instrumentos, paquetes y otros implementos necesarios durante el procedimiento	Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013 para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud
12	MO	Realiza infiltración subcutánea con lidocaína al 2%	Se obstruye el canal del dolor a través de la aplicación local de anestésico en la región a operar La principal aplicación clínica de la anestesia es auxiliar en la cirugía para obtener relajamiento del músculo y facilitar las intervenciones quirúrgicas	Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013 para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011 para la práctica de la anestesiología

*(Continúa)*

**Tabla 2.** Procedimiento transoperatorio del profesional de enfermería (*Continuación*)

Orden consecutivo	Responsable	Actividad	Sustento	Normas, políticas y estándares para la certificación de calidad y seguridad
13	PP	Proporciona al MO tubo de ensayo para que coloque el tejido obtenido	Guardar y conservar todo el tejido extirpado según los procedimientos y las normas de la institución Algunas instituciones estipulan que todos los tejidos que se extirpan a un paciente deben enviarse para que se les realice un análisis anatomopatológico	Norma Oficial Mexicana NOM-077-SSA1-1994
14	MO	Coloca la muestra de tejido en un tubo de ensayo con gasa húmeda para evitar resequeidad de la muestra, para estudio histopatológico <sup>2</sup>	Guardar y conservar todo el tejido extirpado según los procedimientos y las normas de la institución Algunas instituciones estipulan que todos los tejidos que se extirpan a un paciente deben enviarse para que se les realice un análisis anatomopatológico	Norma Oficial Mexicana NOM-077-SSA1-1994
15	LE	Recibe la muestra en el tubo de ensayo <sup>2</sup> Realiza el membrete de identificación con los datos del paciente: nombre, edad, sexo, registro, fecha de nacimiento y sitio de toma de biopsia, y entrega el tubo de ensayo a patología	Lleva a cabo una labor directa con el médico dentro del campo estéril, al entregarle instrumentos, paquetes y otros implementos necesarios durante el procedimiento	1ª Meta Internacional de Seguridad del Paciente: identificar correctamente al paciente 4ª Meta Internacional de Seguridad del Paciente: procedimientos correctos
16	MA	Emerge anestesia hasta que el paciente mantenga una respiración espontánea <sup>15,16</sup> Si es necesario realiza aspiración de secreciones de la vía aérea Realiza valoración del estado de consciencia y de las constantes vitales	En la anestesia, los principales centros simpáticos y parasimpáticos son estimulados o deprimidos, como son el centro acelerador o inhibidor cardíaco y el centro vasomotor, lo que se traduce en aumento o disminución de la presión arterial, la respiración y la frecuencia del pulso Los pacientes que hayan recibido anestesia deberán ser observados hasta que estén conscientes y sus signos vitales sean estables	Estándar ASC.5.3 Estándar ASC.6 Estándar ASC.7.3

*(Continúa)*

Mejorar la seguridad de los pacientes es una prioridad en las políticas de calidad de los sistemas sanitarios, y se han adoptado estrategias por diversos organismos internacionales y nacionales. Los proce-

dimientos invasivos, como la biopsia de músculo, deben realizarse bajo los lineamientos estrictos de asepsia y antisepsia, con las máximas condiciones de esterilidad<sup>10</sup>. En ello, la enfermería tiene un papel fun-

**Tabla 2.** Procedimiento transoperatorio del profesional de enfermería (*Continuación*)

Orden consecutivo	Responsable	Actividad	Sustento	Normas, políticas y estándares para la certificación de calidad y seguridad
17	LE	Realiza evaluación neurológica y verifica estado de consciencia <sup>12</sup> Verifica que el paciente tenga una respiración espontánea eficaz Informa al paciente de que el procedimiento terminó Verifica las condiciones óptimas de la herida Realiza trámites administrativos de material de consumo Realiza registro de enfermería <sup>11</sup>	El establecimiento y la realización de ciertas normas, como verificar la herida quirúrgica limpia, son requisitos para prevenir una infección	Estándar ASC: 6 Subcomité de Calidad Institucional de Registros Clínicos de Enfermería 6ª Meta Internacional de Seguridad del Paciente Subcomité de Calidad Institucional de Prevención de Caídas de Pacientes Hospitalizados
18	EM	Traslada al paciente a la sala de hospitalización	La planeación del trabajo en equipo con objetivos bien delimitados para el traslado del paciente, así como la seguridad, el tiempo, la resistencia y la destreza, son factores que inciden directamente en la recuperación del paciente La comprensión de objetivos relativos a la movilización y el traslado evita o disminuye las lesiones musculoesqueléticas y nerviosas, tanto para el personal de salud como para el paciente	6ª Meta Internacional de Seguridad del Paciente: reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas Estándar ASC.7.4 Subcomité de Calidad Institucional de Prevención de Caídas de Pacientes Hospitalizados

EM: equipo médico; PP: personal paramédico; LE: Licenciada en enfermería; MA: Médico anestesista; MO: médico ortopedista.  
Fuente: *Procedimiento de biopsia del músculo del Instituto Nacional de Rehabilitación, Servicio de Urgencias, 2016.*

damental en la organización, la supervisión y el proporcionar cuidados profesionales apegados a estándares, normas y políticas en materia de calidad y seguridad.

Todo el personal profesional que interviene en el procedimiento realiza las actividades de acuerdo con los subcomités de calidad institucionales de trato digno, higiene de manos, prevención de caídas del paciente hospitalizado, carro rojo, vigilancia y control de accesos venosos, registros clínicos de enfermería,

seguridad laboral, valoración, prevención y control del dolor, identificación correcta del paciente, cirugía segura, medicamentos de alto riesgo<sup>11</sup> y metas internacionales de seguridad del paciente<sup>9,11,12,14</sup> que garantizan una atención de calidad.

El control sobre las medidas ambientales y llevar a cabo un proceso de atención de enfermería antes y después de la intervención, así como crear un plan de cuidados personalizado, favorecerá el autocuidado y la pronta recuperación del paciente.

**Tabla 3.** Cuidados profesionales de enfermería tras una biopsia de músculo

Actividades de enfermería	Signos de alarma <sup>14</sup>	Cuidados de enfermería
Proporcionar comodidad y seguridad al paciente en su unidad de hospitalización	Ansiedad por los cuidados tras la biopsia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directa en los ojos</li> <li>- Colocar al paciente de modo que se facilite la comodidad, utilizando siempre los principios de higiene postural</li> <li>- Evitar interrupciones necesarias y permitir periodos de reposo</li> <li>- Proporcionar una habitación individual en silencio, si es posible</li> <li>- Atender inmediatamente las llamadas del timbre y mantenerlo siempre al alcance del paciente</li> <li>- Preguntar al paciente por sus síntomas presentes</li> <li>- Comprobar el nivel de comodidad y tomar las acciones correspondientes</li> </ul>
Monitorizar con electrocardiograma, oximetría de pulso, presión no invasiva y catéter nasal para la administración de oxigenoterapia <sup>6,13</sup>	Taquicardia, hipotensión, disminución de la saturación de oxígeno	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar los signos vitales</li> <li>- Determinar la presencia de elementos de alerta del paciente para una respuesta inmediata</li> <li>- Establecer la frecuencia de recogida e interpretación de los datos según lo indique el estado del paciente</li> <li>- Interpretar los resultados de las pruebas diagnósticas según se precise</li> <li>- Comprobar el estado neurológico según la escala de coma de Glasgow</li> <li>- Comprobar la perfusión tisular</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comparar el estado actual con el estado previo para detectar mejorías o deterioros</li> <li>- Observar si hay tendencias hemorrágicas en el paciente</li> <li>- Vigilar la oxigenación y poner en marcha las medidas que promuevan una oxigenación adecuada</li> </ul>
Tomar y registrar los signos vitales cada 15 minutos durante la primera hora posterior a la realización del procedimiento <sup>8,11</sup>	Taquicardia, hipotensión, disminución de la saturación de oxígeno	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer la frecuencia de toma y registro de signos vitales según el estado del paciente</li> <li>- Interpretar los resultados de las pruebas diagnósticas según se precise</li> </ul>
Valorar el estado de consciencia <sup>12</sup>	Desorientación, estupor	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprobar el estado neurológico según la escala de coma de Glasgow</li> <li>- Monitorizar la capacidad cognitiva</li> </ul>
Administrar los medicamentos indicados, como antibióticos, analgésicos y antieméticos, entre otros, de acuerdo a la 3ª Meta Internacional de Seguridad del Paciente y el Subcomité de Calidad Institucional de Valoración y Prevención del Dolor <sup>11</sup>	Reacciones alérgicas, efectos adversos como náuseas, mareos y vómitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente</li> <li>- Corroborar los 10 correctos para la administración de medicamentos</li> <li>- Instruir al paciente para que solicite la medicación a demanda para el dolor antes de que este sea intenso</li> <li>- Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración</li> <li>- Vigilar la presencia de signos y síntomas de efectos adversos</li> </ul> <p>Instituir precauciones de seguridad para quienes reciban analgésicos narcóticos, según corresponda</p>
Se inicia la tolerancia a la vía oral con líquidos claros	Náuseas, vómitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar/comprobar la consistencia de los líquidos en función de los hallazgos del estudio de deglución</li> <li>- Consultar con el médico para avanzar de forma gradual en la consistencia de los alimentos del paciente</li> </ul>

(Continúa)

**Tabla 3.** Cuidados profesionales de enfermería tras una biopsia de músculo (*Continuación*)

Actividades de enfermería	Signos de alarma <sup>14</sup>	Cuidados de enfermería
Se verifica la presencia de micción espontánea	Retención urinaria, presencia de globo vesical	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obtener información sobre la conducta y las rutinas normales de micción</li> <li>- Observar si hay signos y síntomas de desequilibrio electrolítico</li> <li>- Vigilar el patrón de eliminación</li> <li>- Anotar el tipo y la cantidad de orina, y notificar al médico cambios importantes</li> <li>- Propiciar un entorno adecuado para lograr la eliminación urinaria del paciente</li> </ul>
Se informa al paciente de que puede cambiarse y colocarse su ropa de calle para su egreso	No aplica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar el nivel de movilidad y las limitaciones del movimiento</li> <li>- Determinar el nivel de consciencia y la capacidad de colaborar</li> <li>- Determinar el tipo y la cantidad de asistencia necesaria</li> <li>- Evaluar al paciente al final del traslado para comprobar la alineación adecuada del cuerpo</li> </ul>
Se proporciona al paciente un plan de cuidados sobre las medidas higiénico-dietéticas y cuidados específicos en casa	Se entregan recomendaciones por escrito	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concienciar al paciente y familiares sobre la importancia de seguir las indicaciones posteriores a la toma de biopsia de músculo</li> <li>- Indicar que el retiro del parche adhesivo transparente lo realizará en su próximo baño del día siguiente</li> <li>- El sitio de la herida quirúrgica debe asearse con las manos limpias, con abundante agua y jabón, sin tallar, secar perfectamente y no cubrir</li> <li>- No colocar ningún fomento, pomada ni remedio casero en el sitio de la herida quirúrgica</li> <li>- Retirar los puntos de sutura a los 8 días de la toma de biopsia; pueden retirarse en algún centro de salud, clínica particular cercana a su domicilio o por una licenciada en enfermería en su domicilio cumpliendo las reglas de asepsia y antisepsia</li> <li>- Dar a conocer los signos y síntomas de alarma, como fiebre, dolor, enrojecimiento o salida de líquido de la herida quirúrgica<sup>15</sup></li> <li>- Informar de la importancia de cumplir con el esquema completo de antibiótico</li> <li>- Agendar su cita con su médico tratante</li> </ul>

Fuente: *Procedimiento de biopsia del músculo del Instituto Nacional de Rehabilitación, Servicio de Urgencias, 2016.*

## Bibliografía

1. Fitzgerald R. Ortopedia. 2ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2004.
2. Grupo de Estudio de Enfermedades Neuromusculares. Sociedad Española de Neurología. Algoritmo diagnóstico de la biopsia del nervio y el músculo. España; 2004. (Consultado el 31 de enero de 2016.) Disponible en: [http://www.sen.es/pdf/neuromuscular/biopsia\\_nervio\\_musculo.pdf](http://www.sen.es/pdf/neuromuscular/biopsia_nervio_musculo.pdf)
3. Richardson-Tench M, Davies M. Enfermería perioperatoria. México, D.F: El Manual Moderno; 2010.
4. MedlinePlus. Biopsia de músculo. (Consultado el 31 de enero de 2016.) Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003924.htm>
5. Curull V, Orozco-Levi M, Moyes D, et al. Biopsia de músculo liso bronquial mediante fibrobroncoscopia. Eficacia de la técnica en individuos con función pulmonar normal y en pacientes con EPOC. Arch Bronconeumol. 2002;38:515-22.
6. Hernández A. Situaciones clínicas en anestesia y en cuidados críticos. Madrid, España: Médica Panamericana; 2013.
7. De Borja de la Quintana GF, López LE. Compendio de anestesiología para enfermería. 2ª ed. Madrid, España: Elsevier; 2006.
8. Chocarro GL, Venturini MC. Procedimientos y cuidados de enfermería médico-quirúrgica. Madrid, España: Elsevier; 2006.
9. Ortega VM, Leija HC, Puntunet BM, Quintero BM, Solís PM, Jiménez VM. Manual de evaluación de la calidad del servicio de enfermería. 3ª ed. México: Médica Panamericana; 2004.
10. Metas internacionales de seguridad del paciente. (Consultado el 31 de enero de 2016.) Disponible en: [www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/dsp-sp\\_03.html](http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/dsp-sp_03.html)
11. Rodríguez CJ, De Agustín VD. Punción-aspiración con aguja fina de órganos superficiales y profundos. Madrid, España: Díaz de Santos; 1997.
12. Revista Médica electrónica, PortalesMedicos.com. (Consultado el 31 de enero de 2016.) Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/prevencion-caidas-indicador-calidad-asistencial/>
13. Navarro GV, Novel MG. Enfermería médico-quirúrgica. 2ª ed. Barcelona, España: Masson; 2005.
14. Instituto Nacional de Rehabilitación. Manual de gestión de la calidad. (Consultado el 31 de enero de 2016.) Disponible en: <http://iso9001.inr.gob.mx/Descargas/iso/doc/MGC-DG-01.pdf>
15. Archundia GA. Cirugía 2. México D.F.: McGraw Hill; 2013.
16. Martín TS, Canpbio M, Vargo PE. Normas de cuidados del paciente. 6ª ed. Madrid, España: Harcourt Brace; 1997.
17. Clínica Dam. Biopsia. (Consultado el 31 de enero de 2016.) Disponible en: <http://www.clinicadam.com/Salud/5/003416.html>
18. Dirección de Enfermería del Hospital Universitario Reina Sofía. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. 3ª ed. Córdoba, España; 2001.



# REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN / INCMNSZ



## INSTRUCCIONES PARA LOS 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. 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.

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.

La Revista publica los siguientes tipos de manuscritos

- 1) **Editoriales.** Las cuales sólo se considerarán por invitación.
- 2) **Artículos originales.** Son documentos destinados a informar sobre los resultados de investigaciones originales en el área de ciencias de la salud. Los cuales deberán contener los siguientes apartados y en este orden:
  - Título, nombre completo de autores, adscripción de autores sin grados académicos, datos del autor correspondiente con dirección teléfono y correo electrónico.
  - Resumen en español y su traducción en inglés (considerando introducción, objetivo, metodología, resultados y conclusiones) así como máximo cinco palabras clave. Se deberá incluir un resumen (máximo 200 palabras), en formato libre en español e inglés (el formato inglés deberá ser con letra arial cursiva número 12).
  - Introducción
  - Material y métodos
  - Resultados
  - Discusión
  - Tablas y Figuras. Las ilustraciones deberán ser las estrictamente necesarias, no siendo más de seis.
  - Referencias bibliográficas (estilo Vancouver) la bibliografía deberá ser suficiente, adecuada y en la forma a continuación descrita, Se recomienda que el número de referencias no sea menor de 25 citas.
  - Las secciones y subtítulos serán de acuerdo con el criterio del autor.
  - La extensión máxima del Artículo de Revisión será de 12 cuartillas (incluidas las ilustraciones y 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.wame.org/urmspan.htm>.
- 3) **Artículos de revisión (sistemizado, narrativa).** Teniendo por objetivo la presentación de artículos de revisión sobre temas relevantes a la Enfermería asistencial, docente, administrativa y de investigación.
- 4) **Artículos de buenas prácticas en la atención en salud.** Estos reportes científicos 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.

- 5) **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.
  - Título, nombre completo de autores, escuela de procedencia y grado de curso, datos del autor correspondiente con dirección teléfono y correo electrónico, máximo tres autores.
  - Extensión máxima de 8 cuartillas incluidas las ilustraciones y las referencias bibliográficas.
  - Tablas y/o Figuras así como dibujos didácticos. Cada trabajo podrá contar con máximo tres imágenes.
  - Referencias bibliográficas (estilo Vancouver) con mínimo 15 y máximo 30 referencias y al menos el 50% de estas que sean de los últimos 10 años, de lo contrario se valorará la revisión del manuscrito.
  - Las secciones y subtítulos serán de acuerdo con el criterio del autor.
  - Deberá ser enviado con una copia del nombramiento que acredite a los autores como estudiantes de pregrado o posgrado de algún programa nivel universitario.
- 6) **Cultura, historia y Enfermería.** Esta sección invita a la comunidad a escribir artículos de revisión como biografías, sucesos o eventos que relacionen el arte o la historia con la enfermería.
- 7) **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.

### CONSIDERACIONES GENERALES

- 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. Las opiniones expresadas por los autores son exclusivamente de éstos. Publicaciones Permanyer y la Revista Mexicana de Enfermería, en consecuencia, declinan cualquier responsabilidad sobre las mismas.
- De ser aceptados el manuscrito el autor responsable debe considerar 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: Vasco de Quiroga No. 15, Tlalpan 14100, Ciudad de México, Tel. 54-87-09-00 Ext. 2210 o a la plataforma electrónica: <http://publisher.revistadeenfermeria.permanyer.com>
- 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 el sitio [www.journalexperts.com](http://www.journalexperts.com) por otro lado los manuscritos en español deberán contener el resumen en inglés y en letra cursiva.

## POLÍTICA DE REVISIÓN POR PARES

Propiciando un proceso de revisión y evaluación de los manuscritos de calidad se realiza con apego a la ética y confidencialidad del anonimato, los cuales son arbitrados por revisores pares expertos quienes evalúan y recomiendan el estatus del manuscrito de forma independiente y doble ciega.

Cada revisor tiene 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.

Para cualquier aclaración o duda, Comuníquese con la editora, al correo: [revistaenfermeriaincmnsz@yahoo.com.mx](mailto:revistaenfermeriaincmnsz@yahoo.com.mx)

## PRESENTACIÓN DEL MANUSCRITO

Los trabajos serán enviados a la plataforma electrónica de la revista 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**.

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.

Los trabajos deberán ser subidos en su versión electrónica en la siguiente dirección <http://publisher.revistadeenfermeria.permanyer.com>

**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 y en tiempo oportuno se le comunicará el dictamen del Comité Editorial. Todo material aceptado para publicación en la **Revista Mexicana de Enfermería** será propiedad de la revista por lo que la reproducción total o parcial deberá ser autorizada por la **Revista Mexicana de Enfermería del INCMNSZ**.



[www.incmnsz.mx](http://www.incmnsz.mx)

# REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN / INCMNSZ



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

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección donde deseo recibir la revista: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Centro de Trabajo: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

\*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

Firmado:

El interesado

Por favor, envíe su cupón escaneado a: [revistaenfermeriaincmnsz@yahoo.com.mx](mailto:revistaenfermeriaincmnsz@yahoo.com.mx)



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN "SALVADOR ZUBIRÁN"  
SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA "MARÍA DOLORES RODRIGUEZ RAMIREZ"  
CLÍNICA DE GERIATRÍA

XLIII JORNADAS DE ENFERMERÍA

70 Años de la Enfermería Institucional "Escenario actual, potencia de futuro en la calidad de la atención"

## CREANDO CONCIENCIA INTERIOR CON EL ALMA MATER INSTITUCIONAL EN LA CONSTRUCCIÓN Y PROYECCIÓN DE LA ENFERMERÍA GERIÁTRICA

Elaborado por: E.E.A. Rodríguez Arispe Hermes Eduardo

Octubre 2016

### INTRODUCCIÓN:

Durante años la Subdirección de Enfermería: "María Dolores Rodríguez Ramírez" conjuntamente con el Servicio de Geriátria, han caminado paulatinamente para construir el Modelo Geriátrico de Atención de Enfermería, que aun cuando en un inicio no tenía ese nombre, los intentos por generar un cambio en el personal para sensibilizarlo en la atención de los Adultos Mayores, ya resaltaban características y componentes esenciales del mismo, es aquí, donde en el camino, nos encontramos con el alma mater institucional, el centro generador de los valores institucionales, quien alimenta el espíritu y sentido de pertenencia de cada uno de nosotros; la tarea interior, lograr la conexión y la interiorización de la esencia para de aquí partir en el desarrollo de la enfermería Geronto-Geriátrica.

### OBJETIVO:

Plasmar el liderazgo institucional de la Enfermería Geronto-Geriátrica, a lo largo de mi historia en la Subdirección de Enfermería "María Dolores Rodríguez Ramírez," impulsado por el alma mater, los valores institucionales y el sentido de pertenencia.

### DESARROLLO:

Debido a la transición socio-demográfica en nuestro país y en apego al Plan Nacional de Desarrollo y el Plan Nacional de Envejecimiento, fue necesario la creación de la Clínica de Evaluación Geriátrica en el Instituto en 1989. Por lo que la Subdirección de Enfermería: "María Dolores Rodríguez Ramírez" a través de su Plan Estratégico considero la vinculación con el Servicio de Geriátria a partir del 2001, mismo que presenta su auge en el 2009 con el objetivo de construir el camino hacia la excelencia en la Enfermería Geronto-Geriátrica nacional a través de los diferentes escenarios.

Se ha trabajado en la colaboración en proyectos de investigación dirigidos a la población de Adultos Mayores, estructuración de cursos de educación continua en Enfermería Geronto-Geriátrica 2009-2016, formación de profesionales Especialistas en Enfermería del Anciano, programas diversos tales como: Programa de sensibilización al personal de enfermería 2009, programa de terapia recreativa en el adulto mayor 2010-2016, programa institucional de prevención de caídas 2013-2017, el camino continua con el Modelo de Atención de Enfermería al paciente Geriátrico 2013-2017 y la implementación de líneas de investigación que fortalezcan el desarrollo de la enfermería en nuestro Instituto, cimientos que se han forjado con la identidad en Enfermería y el sentido de pertenencia todo ello impulsado por el alma mater institucional .

### CONCLUSIONES:

Tras 70 años de historia institucional, la enfermería Geriátrica ha evolucionado, no sólo innovando en la construcción de nuevos paradigmas, sino con la creación de proyectos de mejora enfocados al equipo de salud y a la población de pacientes mayores de 60 años quienes depositan su más grande fortuna en nuestras manos: Su Salud. Así es como juntos estamos forjando una cultura de calidad en la atención y de respeto a nuestros viejos, porque justo ahora estamos envejeciendo, porque justo ahora estamos construyendo... evolucionando... y recuerde que: Serás tan viejo como tú te sientas, ya que el alma no envejece, al contrario, se cultiva.

