

ISSN: 2339-7284
e-ISSN: 2696-8584

REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

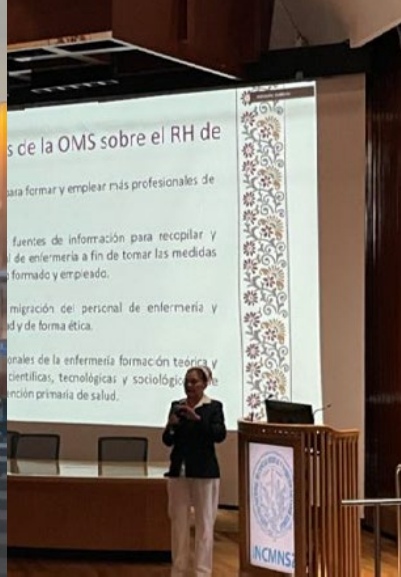
AÑO 13 - NÚMERO 1 - Enero-Abril 2025

www.revistamexicanaenfermeria.org

Autor: Argelia Rojas



PERMANER MÉXICO
www.permayer.com



POSGRADO EN ENFERMERÍA

SEDE EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN



La Especialidad de Enfermería del Adulto en Estado Crítico se centra en el estudio de problemas de salud graves que afectan órganos vitales en adultos, tanto reales como potenciales. Se enfoca en una atención integral al paciente, combinando conocimientos, habilidades y actitudes.

La Especialidad de Enfermería del Anciano, estudia el envejecimiento y las patologías crónicas, crónico-degenerativas y el deterioro cognitivo, considerando las dimensiones físicas, socioculturales, psicológicas y espirituales del adulto mayor. Con un enfoque ético y humanístico, además analiza escenarios de atención para diseñar, ejecutar y evaluar intervenciones especializadas para el anciano.



Apertura de nuevos campos 2025

Todos los posgrados se imparten en la modalidad presencial y tiene una duración de dos semestres (tiempo completo).

Para este 2025, la Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Educación continua apertura 2 nuevos campos de conocimientos: Enfermería nefrológica y Enfermería perioperatoria .

Práctica de alta calidad

La Especialidad de Enfermería Perioperatoria se enfoca en las habilidades, conocimientos y actitudes necesarias para la atención integral de la persona en el periodo perioperatorio. Requiere competencias técnicas, científicas y humanísticas para ofrecer una atención segura y de calidad antes, durante y después de la cirugía. El programa teórico - práctico Incluye rotación en diferentes campos donde se aplican las intervenciones especializadas. el uso de tecnología avanzada en cirugía y técnicas de esterilización que minimizan el riesgo de infecciones nosocomiales.



La Especialidad de Enfermería Nefrológica se enfoca en las habilidades y actitudes necesarias para proporcionar cuidados especializados al paciente con enfermedad renal y a su familia. Incluye la valoración, diagnóstico y la creación de un plan de autocuidado que mejore su calidad de vida. Además, permite detectar factores de riesgo para la progresión de la enfermedad y actuar sobre ellos, reduciendo complicaciones y facilitando la adaptación del paciente a la cronicidad del tratamiento y su nuevo estilo de vida.

CONOCIMIENTOS PARA OTORGAR CUIDADO ESPECIALIZADO.

Publicación convocatoria

Se realiza anualmente en el mes de **mayo** su publicación en la página de la Facultad de enfermería UNAM (<https://www.feno-puee.com>)

REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

ISSN: 2339-7284
e-ISSN: 26968584

CONVOCA

A toda la comunidad de enfermería, investigadores, académicos, personal asistencial y otros profesionales de la salud a publicar sus investigaciones para contribuir a la mejora de la práctica de enfermería.

Recepción de manuscritos del
6 de enero al 12 de mayo de 2025

Conoce las instrucciones para los
autores en el siguiente enlace



revistamexicana.enfermeria@incmnsz.mx
revistamexicanaenfermeria.org



REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

www.revistamexicanaenfermeria.org

Número 1 • Año 13 • Enero-Abril 2025 • ISSN: 2339-7284 • e-ISSN: 2696-8584

Comité editorial

Editora en jefe

Lizeth Guadalupe López López

Editora asociada

Cristina Segundo Alvarado

Departamento de Educación Continua en Enfermería, INCMNSZ, México City, México

Consejo editorial

David Kershenobich Stalnikowitz

*Ex director del Instituto y
Fundador de la RME*

José Sifuentes Osornio

Director General del INCMNSZ

Alberto Ávila Funes

Director de Enseñanza

Arturo Galindo Fraga

*Subdirector de Epidemiología Hospitalaria y
Control de Calidad de la Atención Médica*

Lizet Orea Mercado

Asesor Legal de la RME

Martha A. Huertas Jiménez

Subdirectora de Enfermería

Mtra. Nancy A. López Carbajal

Educación Continua en Enfermería

Alicia Frenk Mora

Subdirectora de Servicios paramédicos del INCMNSZ

Carmen Amescua Villela

*Departamento de Comunicación y
Vinculación*

Adriana Vega García

INCMNSZ/UAMEX

Comité de revisores

José Alberto Agüero Grande
María de Lourdes Alemán Escobar
Judith Ángel López
Ximena Atilano Carsi
Rosa Aydee Ayala Salinas
Raúl Martín Báez Bárcenas
Karime Elizabeth Balderas Gutiérrez
Ivonne Balderas Gutiérrez
Emma Myrna Barquera Núñez
Verónica Bautista Eugenio
Lorena Bautista Paredes
Isabel Beltrán Gil
Félix Gerardo Buichia Sombra
Julio César Cadena Estrada
Francisco Cadena Santos
José Jonathan Calvo Cruzalba

Ángeles Cano García
Lilia Castillo Martínez
Alma Rosa Chávez Ríos
María Teresa Cuamatzi Peña
Ximena De León Sánchez
Irving Samuel Dionisio Calderón
Patricia Domínguez Sánchez
Úrsula M. Esquivel Arvizu
Rafael Antonio Estévez Ramos
María Rosy Fabián Victoriano
Gloria María Galván Flores
Belinda García Azua
Pedro García García
Julio Alfredo García Puga
Juan Pablo Gómez Cardona
Raúl Fernando Guerrero Castañeda

Alejandro Hernández González
Enoc Isai Hernández Cantú
Sandra Hernández Corral
Ernesto Hernández García
Omar Enrique Hernández Pérez
Nancy Lizbeth Huitzil Tinajero
Abigail Jiménez Pérez
Karla Marisol Juárez Ruíz
Martha Kaufer Horwitz
Erick Landeros-Olvera
Argelia Lara Solares
Sergio Lemus Alcántara
Nayelli López García
Nancy Angélica López Carbajal
Alejandra Malagón Medrano
Mónica Guadalupe Martínez Lizcano

Saúl May Uitz
Leticia Molina Murrieta
José Carlos Morales Cerdán
María Isabel Méndez Domínguez
Rosa María Ostigüin Meléndez
José Octavio Paredes López
Margarita Pulido Navarro
Luis Manuel Pérez H. Pantoja
Isabel Pérez Pérez
María Guadalupe Quezada Valadez
Adrián Quintero Luna
Ana Bertha Ríos Alvarado
Karina Rivera Fierro
Gerardo Iván Rivera Morales
Hermes Eduardo Rodríguez Arizpe
Andrés Christian Ruíz Estrada

(Continúa)

Comité de revisores (continuación)

Jorge Salinas Cruz
Luz María Serralde Pantoja
Sandra Palacios García
María del Pilar Sosa Rosas

Jesús Soto Torres
Diana Cecilia Tapia Pancardo
Juan Yovani Telumbre Terrero
Víctor Toral Rizo

Carolina Torres Mora
Edgar Osvaldo Valdivieso Solís
Adriana Erendira Vega
María Luisa Velasco Pérez

Juan Jesús Villegas Cortés
Eder Alan Villegas Sánchez
José Antonio Vázquez Espinoza
Antonio Vicente Yam Sosa

Comité editorial internacional

Higinio Fernández-Sánchez, RN, PhD

*University of Texas
Health Science Center,
USA*

Claudia Ariza Olarte

*Pontificia Universidad Javeriana,
Bogotá, Colombia*

Isabel Pérez Pérez

*Universidad Ramon Llull,
Barcelona, España*

Roger Giancarlo Gutiérrez Chávez

*Universidad Nacional
de San Antonio Abad del Cusco,
Cusco, Perú*

Sandra Guerrero Gamboa

*Universidad Nacional de Colombia,
Colombia*

Eva Brunet Campaña

*Quironsalud Sitges,
Sitges, España*

Yessica Claudia Juárez Serrano

*Investigador Independiente,
Francia / Suiza*

Doriam Camacho Rodríguez

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

La obra presentada en la portada de la Revista pertenece al Acervo Artístico del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, gracias al apoyo de la Lic. Palmira de la Garza, coordinadora de Arte y Cultura.

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

Esta obra se presenta como un servicio del área de la Salud. El contenido de la misma refleja las opiniones, criterios y/o hallazgos propios y conclusiones de los autores, quienes son responsables de las afirmaciones. El editor y la editorial no son responsables de los contenidos publicados en la revista. 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.

Los trabajos originales deberán ser depositados en su versión electrónica en el siguiente URL, donde además podrán consultarse los lineamientos editoriales:

<https://publisher.revistadeenfermeria.permanyer.com/>



PERMANYER
www.permanyer.com

Permanyer

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

Permanyer México

Temístocles, 315
Col. Polanco, Del. Miguel Hidalgo - 11560 Ciudad de México
mexico@permanyer.com



www.permanyer.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

e-ISSN: 2696-8584

Ref.: 10975AMEX251

La *Revista Mexicana de Enfermería* es open access con licencia Creative Commons.

© 2025 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Publicado por Permanyer.

Esta es una publicación open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

Índice

EDITORIAL

Perspectivas y retos de enfermería para el desarrollo de la práctica avanzada

Nancy A. López-Carbajal, Martha A. Huertas-Jiménez y Patricia Ramírez-Arvizu1

ARTÍCULO ORIGINALES

Necesidades de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos de adultos

Rosy Fabián-Victoriano, Brenda N. Zárate-García, Luis A. Merino-Cruz, Edgar Corrales-Ambrocio y Virginia Domínguez-Martínez4

Cuidado de enfermería perdido y razones que lo propician en un hospital de ortopedia

Sandra Hernández-Corral, Xóchitl Ramírez-Aguilar y Liliana Vázquez-Santos9

ARTÍCULO DE PERSPECTIVA

Liderazgo transformacional en enfermería: origen, evolución e impacto en la práctica contemporánea

Enoc I. Hernández-Cantú 15

El rol de enfermería en la creación del hospital de día de la clínica de insuficiencia cardíaca en un centro no cardiovascular

Tania D. Valencia-López, Carla M. Padilla-García y Berenice Meneses-Rivera 20

BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN A LA SALUD

Proceso de atención de enfermería comunitaria para la prevención de la pediculosis *capitis* en escolares

José E. Uicab-Cauich, Marco E. Morales-Rojas, Didier F. Aké-Canul, Sheila M. Cohuo-Cob y Maricela Balam-Gómez 25

Continuidad de cuidados de enfermería en el hogar a un paciente con tratamiento de diálisis

Jazmín Alejandro-Salazar, Anel Matuz-López, Litzy B. Rodríguez-Torres e Ilsa Vinalay-Carrillo 32

CARTA AL EDITOR

Más allá del colesterol total como meta para la reducción del riesgo cardiovascular

Itzel Martínez-Nevarez 38

REVISTA MEXICANA DE ENFERMERÍA

Index

EDITORIAL

Current nursing perspectives and challenges for the development of advanced practice

Nancy A. López-Carbajal, Martha A. Huertas-Jiménez and Patricia Ramírez-Arvizu1

ORIGINAL ARTICLES

Needs of relatives of patients admitted to an adult intensive care unit

Rosy Fabián-Victoriano, Brenda N. Zárate-García, Luis A. Merino-Cruz, Edgar Corrales-Ambrocio and Virginia Domínguez-Martínez4

Missed nursing care and the reasons for it in an orthopedic hospital

Sandra Hernández-Corral, Xóchitl Ramírez-Aguilar and Liliana Vázquez-Santos9

PERSPECTIVE ARTICLES

Transformational leadership in nursing: origins, evolution and impact on contemporary practice

Enoc I. Hernández-Cantú 15

The role of nursing in the creation of the day hospital of the heart failure clinic in a non-cardiovascular center

Tania D. Valencia-López, Carla M. Padilla-García and Berenice Meneses-Rivera 20

GOOD PRACTICES IN HEALTH CARE

Community nursing care process for the prevention of pediculosis capitis in schoolchildren

José E. Uicab-Cauich, Marco E. Morales-Rojas, Didier F. Aké-Canul, Sheila M. Cohuo-Cob and Maricela Balam-Gómez 25

Continuity of nursing care at home for a patient undergoing dialysis treatment

Jazmín Alejandro-Salazar, Anel Matuz-López, Litzy B. Rodríguez-Torres and Iلسia Vinalay-Carrillo 32

LETTER TO THE EDITOR

Beyond total cholesterol as a target for cardiovascular risk reduction

Itzel Martínez-Nevarez 38

Perspectivas y retos de enfermería para el desarrollo de la práctica avanzada

Current nursing perspectives and challenges for the development of advanced practice

Nancy A. López-Carbajal^{1*}, Martha A. Huertas-Jiménez² y Patricia Ramírez-Arvizu³

¹Departamento Educación Continua de Enfermería; ²Subdirección de Enfermería; ³Departamento de Enfermería. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

En el marco de nuestras quincuagésimas Jornadas de Enfermería, la Subdirección de Enfermería que hoy representamos ha transitado por un camino de altitudes y valles que nos ha permitido trascender hasta llegar a ser lo que somos como la enfermería mexicana institucional. En esta ocasión especial, nuestro objetivo es socializar entre la audiencia de la *Revista Mexicana de Enfermería* la agenda de trabajo en la que nos encontramos inmersos, siendo el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) el punto de encuentro de profesionales de enfermería académicos, asistenciales, administradores, docentes e investigadores de instituciones de salud hermanas y asociaciones civiles de prestigio para analizar y proponer, en conjunto, acciones que fortalezcan la práctica avanzada.

El desarrollo de nuestras Jornadas de Enfermería impacta significativamente en la gestión del cuidado, al abordar aspectos clave que visibilizan los retos y las perspectivas de los equipos de trabajo que impulsan la práctica avanzada, mejoran la calidad de los cuidados en contextos hospitalarios y domiciliarios, fortalecen los procesos de investigación y fomentan la publicación científica.

En conjunto, estas acciones contribuyen en cuidados más innovadores, basados en la mejor evidencia y orientados a satisfacer las necesidades cambiantes de las personas y sus entornos, y que den respuesta a los desafíos del proceso salud-enfermedad.

Desde los contextos de gestión, asistencial, educación e investigación, se destacaron dos aspectos fundamentales que impactan tanto en el sistema de salud como en la gestión del cuidado. El primero es el contexto educativo, enfocado en la formación y la profesionalización del personal de enfermería, lo que incluye educación continua y desarrollo de competencias especializadas necesarias para enfrentar los desafíos actuales. El segundo es el contexto laboral, que abarca la creación de condiciones de seguridad laboral, la generación de empleos de calidad y la atención a los riesgos y exigencias inherentes al trabajo en salud, elementos esenciales para garantizar el bienestar del profesional de enfermería.

Dichos factores están interrelacionados y, al no abordarse de manera integral y firme, generan una deuda estructural que afecta tanto la calidad de los cuidados brindados como la sostenibilidad del sistema de salud. Por tanto, su atención es crucial para fortalecer nuestra gestión y avanzar hacia un sistema es más equitativo y eficiente.

***Correspondencia:**

Nancy A. López-Carbajal
E-mail: nancy.lopezc@incmsnz.mx

Fecha de recepción: 02-12-2024
Fecha de aceptación: 03-12-2024
DOI: 10.24875/ENF.M24000024

Disponible en internet: 13-02-2025
Rev Mex Enf. 2025;13(1):1-3
www.revistamexicanaenfermeria.org

Cómo citar este artículo: López-Carbajal NA, et al. Perspectivas y retos de enfermería para el desarrollo de la práctica avanzada. *Rev Mex Enf.* 2025;13:1-3.

2339-7284 / © 2024 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Publicado por Permanyer. Éste es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Contexto educativo: formación y profesionalización

La visibilización de enfermería solo puede ser fortalecida con la contribución, individual y colectiva, de enfermeras y enfermeros que desde sus diferentes áreas laborales, y profesionales, suman con su conocimiento para la mejora de la atención. Es fundamental que, además de cumplir con la acreditación que ostente una licenciatura, desarrollen competencias cognitivas, procedimentales y actitudinales encaminadas a la práctica avanzada, segura y humana, que repercute en el desempeño profesional, la utilidad social y el bienestar que se proporciona a las personas y su familia.

En este sentido, en la mesa de trabajo titulada *Retos en la gestión de Enfermería en los Institutos Nacionales de Salud*, en la que participaron líderes como la Mtra. Sandra Sonalí Olvera Arreola (Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez), el Mtro. Alberto Domínguez Aliphath (Instituto Nacional de Cancerología), la Mtra. M. Rosy Fabián Victoriano (Hospital General Dr. Manuel Gea González), la Dra. Cecilia Grisel Martínez Díaz y la Lcda. Martha Asunción Huertas Jiménez, así como la Mtra. Nancy Angélica López Carbajal (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del INCMNSZ) como moderadora de la mesa, se abordaron puntos fundamentales que se analizaron desde las diferentes ópticas institucionales. Entre esos puntos cabe destacar la necesidad de contar con personal profesional que ejerza la valoración enfermera a través de un pensamiento crítico y, en consecuencia, intervenciones certeras y evaluables, así como el desarrollo de las habilidades blandas importantes para el clima laboral y el trato digno hacia el usuario.

Un reto que hay que reconocer es la contribución al cuidado de la población mexicana especialmente en la prevención de enfermedades crónicas degenerativas, como la hipertensión, la diabetes o condiciones renales que requieren conocimientos y habilidades especializadas, y que se ha visto desfavorecida ante una distribución poco equitativa de especialistas, centrándose en Ciudad de México y con zonas desprovistas de la atención de enfermería. Trabajar con y para la comunidad debe ser un objetivo común y paralelo a los programas de especialización, maestría y doctorado, que evidencien el cuidado otorgado.

Sin duda alguna, nos estamos enfrentado a latentes retos desde el término de una formación profesional hasta la asignación de puestos de trabajo que no corresponde a la formación. Si bien la Academia forma a especialistas para determinadas áreas, o apertura

maestros y doctores en enfermería con competencias y habilidades especializadas, estos son desaprovechados al ser ubicados en áreas administrativas o que no corresponden a su perfil; por lo tanto, no es tangible en una práctica avanzada en enfermería.

Esto converge en lo expuesto por la Dra. Martha Lilia Bernal Becerril (Facultad de Enfermería y Obstetricia, UNAM), la Mtra. Claudia Alarcón Morales (Universidad de la Salud) y la Mtra. María Sonia Sol Rivera (Escuela de Enfermería Naval), quienes mencionaron que actualmente las universidades cuentan con programas académicos centrados en desarrollar competencias en escenarios de simulación clínica que permiten la integración de la teoría y la práctica con un enlace reflexivo tipo *debriefing* y seguridad en el paciente, respaldado por enfermería basada en la evidencia, lo que refuerza las necesidades dichas en la mesa de diálogo.

Dentro del tema educativo y ético, un aspecto abordado en la ponencia del Dr. Ramiro Altamira Camacho, profesor de la Universidad de Aguascalientes, fue el uso de la inteligencia artificial (IA) como una herramienta transformadora en múltiples sectores de la educación y la investigación, y que sin duda impactará también en la asistencia. Se planteó como un reto emergente ante su utilización excesiva, la cual está sustituyendo el pensamiento crítico de enfermería por la información que provee la IA, y no al contrario. Asimismo, en términos de regulación, debe ser abordado desde la Academia y las instituciones de salud para asegurar su uso ético y seguro. El Dr. Altamira recalcó que la IA tiene que utilizarse para ayudar a los profesionales a discernir la información para la toma de decisión respecto al diagnóstico o la intervención de enfermería, pero no debe sustituir la acción y el juicio crítico de la enfermera o el enfermero. Su utilización radica en orientar para la toma de decisiones respecto a la práctica segura y de calidad de los cuidados.

Contexto laboral: exigencias y oportunidades laborales, desde la óptica del Consejo Internacional de Enfermería

De acuerdo con la información proporcionada por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), en palabras de la MSP Nora Eloísa Barahona de Peñate, miembro de la junta directiva del CIE, uno de los problemas que se convierten en retos en el ámbito global es la creación de empleos justos. Si bien, por un lado, hay una exigencia en cuanto a la profesionalización y los posgrados en enfermería, tenemos áreas de oportunidad en contratación para la comunidad de enfermería que se forma y

especializa. Hay un déficit de plazas de acuerdo con los diferentes perfiles profesionales, y así mismo existe en las instituciones de salud una elevada proporción de contratos eventuales que generan incertidumbre laboral, mismo que constituye actualmente un tema de agenda entre las líderes de enfermería antes mencionadas. Por lo anterior, el CIE hace un llamado a las autoridades gubernamentales para destinar una mayor proporción económica a la salud y el bienestar del profesional de enfermería, es decir, a cuidar a quien cuida. La creación de condiciones justas y equitativas para cualquier profesional que se inserta en el sistema laboral, y en especial en el ámbito de la salud, genera la motivación suficiente para continuar desarrollándose de manera continua con el avanzar de su trayectoria y de acuerdo a metas profesionales y un contexto que impulse este planteamiento. Por ello, las acciones a seguir deben diseñar, coordinar y evaluar estrategias sustentadas en políticas públicas para la creación de empleos acordes a las competencias y responsabilidades profesionales.

Es así que atender estos dos contextos recíprocos marca un camino accesible para el crecimiento profesional y el cumplimiento de metas establecidas para la enfermería mundial, siendo la motivación y las condiciones necesarias para el desarrollo de una práctica avanzada de enfermería en todos los niveles de atención.

Mientras tanto, nuestra institución seguirá fortaleciendo los lazos colaborativos para continuar en el camino de la práctica avanzada como sinónimo de calidad en la atención del cuidado en escenarios hospitalarios y el rol ampliado hacia el hogar. Para ello es importante analizar, investigar, escribir y difundir los avances y los retos, y en este sentido les instamos a hacer uso de la *Revista Mexicana de Enfermería* como medio científico de enfermería, indexado y bajo la modalidad de acceso abierto. Hagamos uso de este valioso recurso para trascender.

Es importante compartir que en este número abordamos temas que resaltan el cuidado humano y la práctica extendida no solo al paciente hospitalizado,

sino también a sus cuidadores y familiares; el liderazgo desde origen para comprender el alcance de nuestro proceso como líderes en las instituciones y los resultados que podemos obtener en nuestros equipos de trabajo; la experiencia de líderes de enfermería en la creación de clínicas de hospital de día y trabajo colaborativo dentro del equipo de salud de alta especialidad; y finalmente cerramos con dos artículos que destacan el rol ampliado en diferentes entornos, como el clínico extendido al domicilio de una persona con tratamiento de diálisis y el rol del profesional de enfermería en una comunidad estudiantil de educación básica. Deseamos que estas aportaciones sean de su agrado.

Agradecemos a todas las personas líderes de enfermería antes mencionadas que participaron en esta actividad magna y que reforzaron lazos con nuestra institución; a las instituciones educativas como la Unidad de Posgrado UNAM, la Universidad Autónoma del Estado de México, la Universidad de la Salud, la Escuela Naval de Enfermería y la Universidad Autónoma de Aguascalientes; y a organizaciones civiles de prestigio como AMEECTI, CEEUS, AMEXPE, AMPTI y la Dirección Estatal de Grupos Vulnerables y Prevención a la Discriminación de Chihuahua. Asimismo, queremos agradecer la participación destacada del Consejo Internacional de Enfermería y la Universidad Jaén de España. Y finalmente, nuestro agradecimiento a las autoridades del INCMNSZ por todo el apoyo y las facilidades para llevar a cabo estas quincuagésimas Jornadas de Enfermería.

Financiamiento

Las autoras declaran que para el desarrollo del presente escrito no se recibió financiamiento.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

Necesidades de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos de adultos

Rosy Fabián-Victoriano¹, Brenda N. Zárate-García², Luis A. Merino-Cruz², Edgar Corrales-Ambrocio² y Virginia Domínguez-Martínez^{1*}

¹Departamento de Docencia e Investigación en Enfermería; ²Departamento de Enfermería Clínica. Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México, México

Resumen

Introducción: La hospitalización en una unidad de cuidados intensivos de adultos (UCIA) es una experiencia estresante. Los familiares del paciente crítico tienen necesidades particulares, como recibir información sobre el tratamiento y la evolución del paciente, expresar sus ideas, dudas o emociones, y ser tratados con empatía y calidad por el personal de salud. **Objetivo:** Identificar las necesidades de los familiares de pacientes ingresados en una UCIA. **Método:** Estudio descriptivo, transversal, en el que se incluyeron 50 familiares de pacientes ingresados en una UCIA. Se utilizó el *Critical Care Family Needs Inventory* y se aplicó estadística descriptiva para el análisis de la información. **Resultados:** Las necesidades más importantes para los familiares fueron las de información y seguridad (\bar{X} : 3.98), seguidas de la necesidad de proximidad (\bar{X} : 3.90). Las necesidades menos importantes fueron las de confort (\bar{X} : 3.68) y soporte (\bar{X} : 3.54). **Conclusiones:** Para los familiares es muy importante estar bien informados sobre la condición del paciente. La identificación del grado de importancia de las necesidades familiares permitirá al equipo de salud mejorar su relación con los familiares de pacientes críticos hospitalizados en la UCIA.

Palabras clave: Evaluación de necesidades. Familia. Unidad de cuidados intensivos.

Needs of relatives of patients admitted to an adult intensive care unit

Abstract

Introduction: Hospitalization in an adult intensive care unit (ICU) is a stressful experience. Relatives of critically ill patients have particular needs, such as receiving information about the patient's treatment and progress, expressing their thoughts, doubts, or emotions, and being treated with empathy and quality by the healthcare staff. **Objective:** To identify the needs of family members of patients admitted to the ICU. **Method:** Descriptive, cross-sectional study, with 50 family members of patients admitted to the ICU. The Critical Care Family Needs Inventory was used, along with descriptive statistics for data analysis. **Results:** The most important needs for family members were information and security (\bar{X} : 3.98), followed by the need for proximity (\bar{X} : 3.90). The least important needs were comfort (\bar{X} : 3.68) and support (\bar{X} : 3.54). **Conclusions:** For family members, being well informed about the patient's condition is crucial. Identifying the relative importance of family needs will help healthcare teams improve their relationship with the family members of critically ill patients in the ICU.

Keywords: Needs assessment. Family. Intensive care unit.

*Correspondencia:

Virginia Domínguez-Martínez
E-mail: vdominguezj12@gmail.com

Fecha de recepción: 10-04-2024
Fecha de aceptación: 18-06-2024
DOI: 10.24875/ENF.24000022

Disponible en internet: 13-02-2025
Rev Mex Enf. 2025;13(1):4-8
www.revistamexicanaenfermeria.org

Cómo citar este artículo: Fabián-Victoriano R, et al. Necesidades de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos de adultos. Rev Mex Enf. 2025;13:4-8.

2339-7284 / © 2024 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Publicado por Permanyer. Éste es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La hospitalización en una unidad de cuidados intensivos de adultos (UCIA) puede resultar estresante tanto para el paciente como para la familia, y en particular para quien funge como cuidador primario, ya que estos últimos desempeñan un papel crucial en el seguimiento y la vigilancia de la hospitalización del paciente.

Para los familiares que son los cuidadores principales, o incluso la misma voz, de los pacientes, representa una gran presión responder a las demandas del resto de la familia, y según los estudios generalmente presentan altos niveles de ansiedad, estrés y depresión¹⁻³, lo que impacta de manera significativa en su bienestar psicosocial.

El entorno hospitalario en sí puede influir en el estado de ánimo de algunos familiares al encontrarse con aparatos y tecnologías nunca antes vistos; tratamientos y terapias de soporte complejos y de altos costos, que pueden ser riesgosos para el paciente; y finalmente la interacción con el equipo de salud, que puede desempeñar un papel importante que genere ciertas necesidades en los familiares durante la estancia del paciente en la UCIA^{4,5}.

Por lo anterior, el equipo de salud, y en particular los profesionales de enfermería, deben concientizarse de la importancia de sus habilidades para abordar las necesidades de los familiares mediante un enfoque holístico que fomente la relación terapéutica entre enfermería-paciente-familia y entorno, lo que contribuirá a la participación activa de los familiares en los cuidados del paciente y a mejorar sus condiciones durante este proceso⁴⁻⁶.

En 1979, la enfermera estadounidense Nancy Molter identificó las necesidades percibidas por los familiares de pacientes en la UCI, y posteriormente Jane Leske reestructuró su trabajo y desarrolló el *Critical Care Family Needs Inventory*.

Diversas investigaciones han evidenciado que la participación de la familia es fundamental en la atención al paciente, ya que repercute en el cuidado, las decisiones tomadas y la recuperación del paciente, pues la proximidad que se tiene ayuda tanto al enfermo como a la familia⁷. Por ello, es esencial conocer y satisfacer las necesidades de los familiares para prevenir el estrés postraumático que algunos puedan experimentar al estar involucrados en decisiones cruciales⁸.

El objetivo del presente estudio es conocer cuáles son las necesidades de los familiares de pacientes

ingresados en la UCIA mediante la aplicación de un cuestionario.

Método

Estudio descriptivo, observacional, prospectivo, transversal, con 50 familiares de pacientes hospitalizados en la UCIA, con una estancia hospitalaria ≥ 48 horas, mayores de edad, que presentaran al menos una visita al paciente, que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado, así como el aviso de privacidad, incluidos de manera secuencial.

Para la recolección de los datos se utilizó el instrumento *Critical Care Family Needs Inventory*, adaptado y validado al español con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.92^{3,9,10}. El cuestionario está conformado por cinco dimensiones: soporte, confort, información, proximidad y seguridad.

El protocolo fue sometido a dictamen por el Comité de Investigación y Ética en Investigación de la institución, con número de registro 42-03-21.

Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva, empleando el programa SPSS Statistics.

Resultados

Perfil sociodemográfico

Las características de los 50 participantes fueron las siguientes: edad media de 41.74 ± 12.50 años, la mayoría mujeres (62%), el grado máximo de estudios bachillerato con carrera técnica (32%), más de un tercio eran casados y el 30% eran hijos de los pacientes.

Principales necesidades

Se identificaron dos principales necesidades de los familiares, que son la información y la seguridad (\bar{X} : 3.98 ± 0.141), seguidas de la proximidad (\bar{X} : 3.90 ± 0.303) (Tabla 1). Las necesidades presentadas en menor grado fueron las de confort (\bar{X} : 3.68 ± 0.621) y soporte (\bar{X} : 3.54 ± 0.613) (Fig. 1).

Discusión

Numerosos estudios han abordado las necesidades de los familiares de pacientes en las UCIA. Este evento de interés se ha investigado en diferentes contextos y bajo distintas ópticas, en ocasiones a través de

Tabla 1. Distribución de las necesidades más importantes de los familiares de pacientes críticos

Dimensión	Necesidad	Media	Desviación estándar
Necesidades más importantes			
Información	Saber qué se está haciendo exactamente con mi familiar	3.96	0.889
Información	Saber quiénes son los profesionales y los técnicos del equipo de salud que están cuidado a mi familiar	3.92	0.340
Información	Saber por qué se realizaron determinados procedimientos a mi familiar	3.93	0.274
Seguridad	Estar seguro de que se está dando el mejor cuidado posible a mi familiar	3.94	0.314
Seguridad	Conocer cuáles son los resultados esperados del tratamiento que se está realizando a mi familiar	3.92	0.274
Seguridad	Sentir que hay esperanza	3.90	0.303
Información	Hablar con el médico todos los días	3.88	0.328
Proximidad	Recibir información por lo menos una vez al día	3.90	0.365
Proximidad	Ser llamado a casa si ocurre algún cambio en la condición de mi familiar	3.82	0.438
Proximidad	Ver a mi familiar frecuentemente	3.70	0.580
Soporte	Tener información acerca de la unidad de cuidados intensivos antes de entrar a ella por primera vez	3.72	0.536
Necesidades menos importantes			
Soporte	Hablar sobre la posibilidad de la muerte de mi familiar	3.22	1.016
Confort	Tener una sala de espera cerca del paciente	3.56	0.760
Confort	Tener un baño cerca de la sala de espera	3.30	1.015
Soporte	Tener a alguien que me acompañe cuando visito a mi familiar en la unidad de cuidados intensivos	3.26	0.876

Fuente: base de datos de la investigación, 2023.

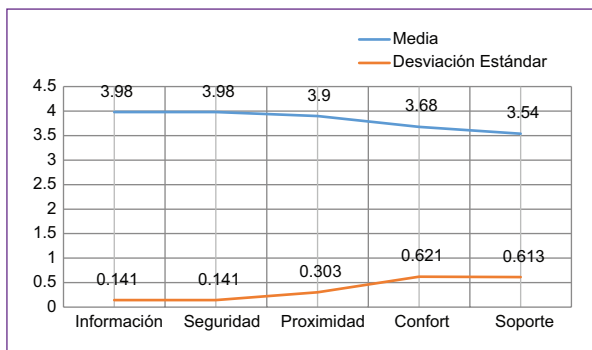


Figura 1. Distribución de las necesidades presentadas en el conjunto (fuente: base de datos de la investigación, 2023. Elaborado por Fabián R, Zárate B, Merino LA, Corrales E, Domínguez V.).

la percepción de los familiares y otras por medio de escalas que miden la importancia de las necesidades bajo diversas dimensiones¹¹⁻¹³.

En cuanto a las principales necesidades de los familiares de pacientes críticos, los estudios¹⁴⁻¹⁶ demuestran que la información y la seguridad son las más importantes. Algo semejante ocurrió en nuestro estudio, pues por las características de la población mexicana el apego a la familia sigue siendo uno de los aspectos fundamentales de la cultura.

Desde la perspectiva centrada en el paciente y la familia, ante la hospitalización de un familiar en la UCIA, las enfermeras son quienes asumen la responsabilidad de satisfacer las necesidades tanto del paciente como de la familia¹³; sin embargo, muchos de los profesionales de atención médica consideran a los miembros de la familia como una extensión del paciente, sin poner énfasis en sus necesidades particulares. Los familiares de los pacientes quieren obtener información sobre la evolución y los cuidados al paciente crítico, tal como se expresa en el estudio realizado por Leong et al.¹⁷, el cual proporciona una

visión de las necesidades y las experiencias de la familia ante la hospitalización de un familiar en la UCIA, de la misma forma que en nuestro estudio, donde la información relacionada con la atención y la evolución del paciente forma parte de las principales necesidades que tienen los familiares de pacientes críticos, así como las necesidades que implican cercanía con el mismo. Esto contrasta con el estudio realizado por Büyükcoban et al.¹³, que reportó como principales las necesidades de proximidad y soporte, lo que puede reflejar la necesidad de estar cerca del paciente. Estas diferencias pueden estar relacionadas con diversos factores, como el área geográfica y aspectos socioeconómicos y culturales.

Nuestro estudio encontró que las necesidades más importantes eran «saber que se está haciendo exactamente con su familiar» y estar seguro de que «se le está dando el mejor cuidado posible a mi familiar». Algo semejante se observa en los estudios realizados por Büyükcoban et al.¹³ y por Mitchell et al.¹⁵, que compararon la percepción de la familia y las enfermeras, y dos de las principales necesidades fueron asegurarse de que se brinda al paciente la mejor atención posible y sentir que el personal del hospital se preocupa por el paciente. Por el contrario, en el estudio realizado por Elay et al.¹² en el contexto turco la necesidad más importante fue que «el familiar sienta esperanza por su paciente». Esto podría tener relación con el aspecto cultural de cada región, ya que este puede influir en las creencias¹⁵, y en los países de la frontera euroasiática las características religiosas son más estrictas.

Conclusiones

Los avances en la atención de los pacientes en la UCIA han direccionado el cuidado a la satisfacción de sus necesidades, pero los familiares también son parte importante dentro del contexto del paciente crítico, ya que la enfermedad y la hospitalización generan en ellos sensaciones de estrés e incertidumbre frente a la hospitalización de su familiar.

La identificación del grado de importancia de las necesidades familiares permitirá al equipo de salud mejorar su relación con los familiares de pacientes críticos hospitalizados en la UCIA.

Agradecimientos

Los autores agradecen a la institución por las facilidades otorgadas para la realización de esta investigación.

Financiamiento

Los autores declaran que la investigación no contó con fuentes de financiamiento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han seguido los protocolos de confidencialidad de su institución, han obtenido el consentimiento informado de los pacientes, y cuentan con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER, según la naturaleza del estudio.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Referencias

- González-Martín S, Becerro-de-Bengoa-Vallejo R, Angulo-Carrere MT, Iglesias ME, Martínez-Jiménez EM, Casado-Hernández I, et al. Effects of a visit prior to hospital admission on anxiety, depression and satisfaction of patients in an intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs.* 2019;54:46-53.
- Castillo JM, Lagos ZE. Percepción de la importancia de las necesidades de los familiares de pacientes en una UCI. *Benessere.* 2019;4:20-9.
- Rojas Silva N, Padilla Fortunatti C, Molina Muñoz Y, Amthauer Rojas M. The needs of the relatives in the adult intensive care unit: cultural adaptation and psychometric properties of the Chilean-Spanish version of the Critical Care Family Needs Inventory. *Intensive Crit Care Nurs.* 2017;43:123-8.
- Padilla-Fortunatti C, Rojas-Silva N, Arechabala-Mantuliz M. Análisis de la diferencia entre importancia y satisfacción de las necesidades de los familiares de pacientes críticos. *Med Intensiva.* 2019;43:217-24.
- Kynoch K, Chang A, Coyer F, McArdle A. The effectiveness of interventions to meet family needs of critically ill patients in an adult intensive care unit: a systematic review update. *JBIC Database System Rev Implement Rep.* 2016;14:181-234.
- Boada Quijano LC, Guáqueta Parada SR. Elementos para abordar la necesidad de información de las familias en una unidad de cuidados intensivos. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo.* 2019;21(2).
- Vázquez Calatayud M, Esevenri Azcoitib MC. El cuidado de las familias en las unidades de cuidados intensivos desde la perspectiva de Jean Watson. *Enfermería Intensiva.* 2010;21:161-4.
- Saleh Salameh BS, Saleh Basha SS, Eddy LL, Judeh HS, Toqan DR. Essential care needs for patients' family members at the intensive care units in Palestine. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2020;25:154-9.
- Bandari R, Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Montazeri A, Zayeri F, Mirmohammadkhani M, et al. Psychometric properties of the Persian version of the Critical Care Family Needs Inventory. *J Nurs Res.* 2014;22:259-67.

10. Büyükcoban S, Çiçekliođlu M, Demiral Yılmaz N, Civaner MM. Adaptation of the Critical Care Family Need Inventory to the Turkish population and its psychometric properties. *PeerJ*. 2015;3:e1208.
11. De Beer J, Alnajjar H. Describing family needs within adult critical care units at a military hospital in Jeddah, Saudi Arabia. *International Journal of Studies in Nursing*. 2017;2:44-53.
12. Elay G, Tanriverdi M, Kadioglu M, Bahar I, Demirkiran O. The needs of the families whose relatives are being treated in intensive care units and the perspective of health personnel. *Annals of Medical Research*. 2020;27:825-9.
13. Büyükcoban S, Mermi Bal Z, Oner O, Kilicaslan N, Gökmen N, Çiçekliođlu M. Needs of family members of patients admitted to a university hospital critical care unit, Izmir Turkey: comparison of nurse and family perceptions. *PeerJ*. 2021;9:e11125.
14. Padilla-Fortunatti C, Rojas-Silva N, Amthauer-Rojas M, Molina-Muñoz Y. Necesidades de los familiares de pacientes críticos en un hospital académico de Chile. *Enfermería Intensiva*. 2018;29:32-40.
15. Mitchell ML, Dwan T, Takashima MD, Beard KY, Birgan S, Wetzig K, et al. The needs of families of trauma intensive care patients: a mixed methods study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2019;50:11-20.
16. Batista VC, Monteschio LVC, Godoy FJ, de Freitas Góes HL, Misue Matsuda L, Silva Marcon S. Needs of the relatives of patients hospitalized in an intensive therapy unit. *Rev Fund Care Online*. 2019;11(n.esp): 540-6.
17. Leong EL, Chew CC, Ang JY, Lojikip SL, Devesahayam PR, Foong KW. The needs and experiences of critically ill patients and family members in intensive care unit of a tertiary hospital in Malaysia: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2023;23:627.

Cuidado de enfermería perdido y razones que lo propician en un hospital de ortopedia

Sandra Hernández-Corral¹*, Xóchitl Ramírez-Aguilar² y Liliana Vázquez-Santos²

¹Unidad de Investigación Multidisciplinaria en Salud; ²Subdirección de Enfermería. Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, Ciudad de México, México

Resumen

Introducción: El cuidado perdido de enfermería es cualquier aspecto de la atención que requiere el paciente que se omite o retrasa, incrementa los eventos adversos, aumenta el número de días de hospitalización y reingresos hospitalarios. **Objetivo:** Describir el cuidado perdido y las razones que lo propician en un hospital de ortopedia. **Método:** Estudio descriptivo, observacional y transversal. Muestra probabilística de 166 profesionales de enfermería de una institución de tercer nivel de ortopedia responsables del cuidado directo a pacientes, seleccionadas por muestreo aleatorio simple, de enero a mayo de 2024. Se utilizó la escala MISSCARE validada para población mexicana para recolectar los datos. Se aplicó estadística descriptiva para el análisis de la información. **Resultados:** En el cuidado básico se omitieron con mayor frecuencia la alimentación del paciente (39.16%) y la asistencia en la deambulación (27.71%), necesidades individuales, administrar medicamentos en el horario establecido (21.69%) y asistir a las visitas del equipo multidisciplinario (18.67%). Los cuidados de evaluaciones continuas son los que se pierden con menor frecuencia. Las razones principales por las cuales no se realiza el cuidado están relacionadas con los recursos materiales. **Conclusiones:** Se priorizan los cuidados de reevaluación continua; no obstante, los resultados de este estudio revelan que las intervenciones de cuidado básico y de necesidades individuales son las que se pierden frecuentemente, y los recursos materiales son la razón principal para la omisión del cuidado.

Palabras clave: Cuidado perdido de enfermería. Enfermería. Ortopedia.

Missed nursing care and the reasons for it in an orthopedic hospital

Abstract

Introduction: Missed nursing care is any aspect of patient care that is omitted or delayed, increases adverse events, increases the number of days/hospitalization and readmissions, and increases the number of days of hospitalization and readmissions. **Objective:** To describe lost care and the reasons for it in an orthopedic hospital. **Method:** Descriptive, observational, cross-sectional study. Probabilistic sample of 166 nursing professionals of a third level orthopedic institution responsible for direct patient care, selected by simple random sampling, from January to May 2024. The MISSCARE scale validated for the Mexican population was used to collect data. Descriptive statistics were applied for data analysis. **Results:** In basic care, patient feeding (39.16%) and assistance with ambulation (27.71%), individual needs, administering medications on schedule (21.69%) and attending multidisciplinary team visits (18.67%) were most frequently omitted. Continuous assessment care is the least fre-

*Correspondencia:

Sandra Hernández-Corral
E-mail: shcorral@hotmail.com

Fecha de recepción: 10-07-2024
Fecha de aceptación: 16-10-2024
DOI: 10.24875/ENF.24000041

Disponible en internet: 13-02-2025
Rev Mex Enf. 2025;13(1):9-14
www.revistamexicanaenfermeria.org

Cómo citar este artículo: Hernández-Corral S, et al. Cuidado de enfermería perdido y razones que lo propician en un hospital de ortopedia. Rev Mex Enf. 2025;13:9-14.

2339-7284 / © 2024 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Publicado por Permanyer. Éste es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

quently missed. The main reasons for not performing care are related to material resources. **Conclusions:** Continuous reassessment care is prioritized; however, the results of this study reveal that basic care and individual needs interventions are the most frequently missed, and material resources the main reason for omission of care.

Keywords: Missed nursing care. Nursing. Orthopedics.

Introducción

La seguridad del paciente es un elemento fundamental en la evaluación de la calidad y un componente crucial en la prestación de cuidados de enfermería. Por ello, en los últimos años el cuidado perdido se ha considerado un indicador de calidad que mide la atención de enfermería hospitalaria^{1,2}. La omisión del cuidado incrementa los eventos adversos, el número de días de hospitalización y los reingresos hospitalarios³.

El cuidado perdido de enfermería es «cualquier aspecto de la atención requerida por el paciente que se omite parcial o totalmente o se retrasa»⁴. Kalisch et al.⁴ retoman la propuesta de Avedis Donabedian para evaluar la calidad de la atención sanitaria, con base en los tres conceptos básicos: estructura, proceso y resultado; a partir de lo anterior, el proceso se centra en la atención de enfermería perdida.

Existe evidencia que muestra que el cuidado perdido es un problema globalizado; algunas investigaciones describen la omisión de un elemento de cuidado en el último turno entre el 55% y el 98%⁵⁻⁷. Los cuidados básicos son los que se pierden con mayor frecuencia⁸, y después las intervenciones de evaluación y las necesidades individuales⁹. Las enfermeras priorizan los cuidados que incluyen revaloraciones específicas, los medicamentos oportunos y la enseñanza del paciente^{10,11}.

Los resultados de investigación son consistentes en los países desarrollados; sin embargo, en México, este fenómeno ha sido poco estudiado antes de la pandemia de COVID-19¹²⁻¹⁴, y posteriormente no existen investigaciones que den cuenta de su magnitud en hospitales ortopédicos. Su presencia tiene un impacto perjudicial en la calidad y la seguridad del paciente, por lo que se considera relevante estudiar dicho fenómeno en un hospital de ortopedia. Por ello, el objetivo de este estudio fue describir el cuidado perdido de enfermería y las razones que lo propician en un hospital de ortopedia.

Método

Se trata de un estudio descriptivo y transversal, realizado de enero a mayo de 2024, en el que se encuestó a 166 profesionales de enfermería seleccionados de

un universo de 291, mediante muestreo aleatorio probabilístico para poblaciones finitas con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. Se incluyeron enfermeras/os de las áreas de hospitalización de ortopedia y rehabilitación, responsables de otorgar el cuidado directo a pacientes y con una antigüedad como mínimo de 6 meses, y se excluyeron aquellas/os que realizan actividades administrativas.

Para la recolección de información se utilizó el instrumento MISSCARE diseñado por Kalisch y Williams¹⁵. La escala fue adaptada lingüísticamente para su aplicación en población mexicana y evaluada por expertos en términos de claridad y relevancia¹².

Está compuesta por tres secciones, de las cuales la primera abarca datos sociodemográficos y laborales, y consta de 24 reactivos. El segundo apartado, parte A, consta de 24 reactivos relacionados con los cuidados que se omiten, agrupados en cuatro dimensiones: intervenciones de necesidades individuales, planificación del alta y educación al paciente, intervenciones de cuidado básico e intervenciones de cuidado con evaluaciones continuas. El rango de respuestas sigue una escala tipo Likert con opciones de 0 = no aplica, 1 = nunca, 2 = raramente, 3 = de vez en cuando, 4 = frecuentemente y 5 = siempre se pierde. La opción «no aplica» se incluyó para todas aquellas preguntas de cuidados de enfermería que no se realizan en turnos nocturnos, tales como alimentación del paciente y deambulación, entre otros. De acuerdo con los autores, las opciones de respuesta se transforman a una escala dicotómica: las opciones 1, 2 y 3 se consideran cuidado realizado, y las opciones 4 y 5 se consideran cuidado perdido. Este apartado tiene una confiabilidad de 0.91. El tercer apartado, parte B, señala los factores asociados al cuidado perdido y se agrupan en recursos humanos, comunicación y recurso material. Contiene una escala tipo Likert, siendo 1 = no es una razón, 2 = razón de menor motivo, 3 = razón moderada y 4 = razón significativa. Las opciones de respuesta se transforman a una escala dicotómica: las opciones 1 y 2 se consideran no es una razón y las opciones 3 y 4 se consideran como una razón. Este apartado tiene una confiabilidad de 0.90.

Los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS Versión 23. Se utilizó estadística descriptiva para las variables sociodemográficas y laborales de la

muestra. Se calcularon índices de 0-100 para cada una de las dimensiones de cuidado perdido y de las razones que propician su ocurrencia.

Se consideraron los aspectos éticos de acuerdo con la Ley General de Salud en materia de investigación, y se respetaron los principios de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia. La investigación fue aprobada por el Comité de Investigación del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra 116-2023.

Resultados

La mayoría de las personas entrevistadas fueron mujeres (83.7%), de estado civil casado (50.7%), con nivel licenciatura (48.2%) y una edad promedio de 43.92 ± 7.8 años. Con relación a las variables laborales, los/las profesionales manifestaron trabajar en el turno matutino (34.3%), vespertino (29.6%) y nocturno (36.1%). El 89.2% dijeron que solo tenían un trabajo, la antigüedad en la institución fue de 16.20 ± 8.7 años y tenían una experiencia de 19.04 ± 8.7 años. Con respecto a la carga laboral, los/las participantes manifestaron que atienden en promedio cinco pacientes por turno (Tabla 1).

Al analizar los elementos del cuidado perdido para cada una de las dimensiones, en las intervenciones de necesidades individuales los/las profesionales señalaron una mayor proporción de cuidados omitidos en el siguiente orden: administrar medicamentos dentro de los 30 minutos antes o después de la hora programada (21.69%) y asistir a las visitas de evaluación del cuidado interdisciplinario (18.67%). En la planificación del alta y educación al paciente, las enfermeras percibieron la pérdida de cuidado en un 15.66% en la elaboración del plan de alta del paciente.

En las intervenciones de cuidado básico, la mayor omisión se presentó en la alimentación del paciente cuando la comida está caliente (39.16%), la asistencia en la deambulación tres veces al día o según la indicación (27.71%), y bañar al paciente (21.69%); esta dimensión fue la más omitida (18.48; 14.34-24.63). Finalmente, en las intervenciones de cuidados con evaluaciones continuas los más omitidos fueron el control de líquidos (11.45%), el monitoreo de la glucosa (9.64%) y el cuidado de los accesos vasculares (9.04%) (Tabla 2).

En cuanto a las razones por las cuales se presenta el cuidado perdido, en la dimensión de recursos humanos se mencionó que el número insuficiente de personal de apoyo (86.75%), el aumento inesperado de pacientes (83.72) y situaciones de urgencia del paciente y otros profesionales (80.2%) fueron las causas más frecuentes (Tabla 3).

Tabla 1. Características sociolaborales de las/las profesionales de enfermería

n = 166	n	%
Edad, años	$43.92 \pm 7.8^*$	
Sexo		
Mujer	139	83.7
Hombre	27	16.3
Estado civil		
Soltero	82	49.3
Casado	84	50.7
Nivel académico		
Licenciatura	80	48.2
Especialidad	42	25.3
Maestría	28	16.9
Otro	16	9.6
Turno		
Matutino	57	34.3
Vespertino	49	29.6
Nocturno	60	36.1
Otro empleo		
Sí	18	10.8
No	148	89.2
Antigüedad en la institución	$16.20 \pm 8.7^*$	
Antigüedad en el servicio	$4.86 \pm 5.03^*$	
Años de experiencia	$19.04 \pm 8.7^*$	
Horas laboradas	$38.08 \pm 2.04^*$	
Carga laboral	$5.40 \pm 1.6^*$	
Ingresos	$2.08 \pm 1.74^*$	
Egresos	$1.15 \pm 1.47^*$	

*Media y desviación estándar.

Respecto a las razones correspondientes a la dimensión de recursos materiales, los/las participantes mencionaron que los medicamentos no están disponibles cuando se necesitan (86.75%) y que los equipos no funcionan correctamente cuando se necesitan (83.13%) (Tabla 3).

Finalmente, en la dimensión de comunicación se perciben como razones la tensión o fallas en la comunicación con el personal médico (78.31%), la inadecuada entrega del turno anterior o la falta de claridad en la entrega y recepción de pacientes de otro servicio o unidad (72.89%), y la tensión o fallas en la comunicación con otros departamentos auxiliares de apoyo (72.29%) (Tabla 3).

Discusión

El cuidado perdido de enfermería tiene un impacto negativo en los indicadores de resultado en salud y en

Tabla 2. Cuidado perdido por dimensiones

n = 166	Cuidado perdido (%)
Necesidades individuales	14.66 (11.84-20.15)*
Administrar oportunamente los medicamentos	36 (21.69)
Brindar soporte emocional	17 (10.24)
Responder al llamado del paciente	13 (7.83)
Administrar medicamentos PRN	17 (10.24)
Evaluar la eficacia de los medicamentos	12 (7.23)
Asistir a las visitas de evaluación del cuidado interdisciplinario	31 (18.67)
Ayudar a ir al baño	21 (12.65)
Cuidado básico	18.48 (14.34-24.63)*
Deambulaci3n	46 (27.71)
Movilizar al paciente	20 (12.05)
Alimentaci3n	65 (39.16)
Verificar la dieta	23 (13.86)
Ba1ar al paciente	36 (21.69)
Cuidado de la boca	31 (18.67)
Lavar las manos	24 (14.46)
Cuidar la piel y las heridas	15 (9.04)
Planificaci3n del alta y educaci3n del paciente	6.47 (3.14-9.79)*
Educar al paciente	14 (8.43)
Elaborar plan de alta	26 (15.66)
Cuidados con evaluaciones continuas	4.31 (0.56-8.06)*
Signos vitales	13 (7.83)
Control de ingresos y egresos	19 (11.45)
Registrar los datos necesarios	11 (6.63)
Monitorizar la glucosa	16 (9.64)
Evaluaci3n por turno	14 (8.43)
Reevaluaci3n focalizada	12 (7.23)
Cuidado de los accesos vasculares	15 (9.04)

*Promedio e intervalo de confianza del 95%. PRZ: por raz3n necesaria.

la satisfacci3n de los usuarios. Es as3 que, en la dimensi3n de necesidades individuales, la administraci3n de medicamentos dentro de los 30 minutos antes o despu3s de la hora programada fue el cuidado m3s omitido. Este es un evento adverso relacionado con la medicaci3n que ocurre en la etapa de administraci3n. Los resultados obtenidos son inferiores a los reportados en un hospital de alta especialidad en Chile, donde se describi3 que, del total de los errores de medicaci3n ocurridos durante la administraci3n, el 76% estuvieron relacionados con un retraso mayor de 30 minutos¹⁶. Asimismo, Lin et al.¹⁷, en 2015, reportaron que una de las barreras para el manejo adecuado del dolor es el tiempo de retraso en la administraci3n de los analg3sicos. En este sentido, se reconoce que el manejo del dolor posoperatorio en pacientes ortop3dicos se realiza mediante terapias multimodales, que incluyen la combinaci3n de diferentes grupos de analg3sicos e intervenciones no farmacol3gicas. No obstante, la administraci3n de los analg3sicos y antibi3ticos en los horarios establecidos

Tabla 3. Razones de cuidado perdido por dimensiones

n = 116	Es una raz3n n (%)
Recursos humanos	69.54 (66.04-73.04)*
N3mero insuficiente de personal	132 (79.52)
Situaciones de urgencia del paciente	135 (81.33)
Aumento inesperado de pacientes	134 (83.72)
N3mero insuficiente de personal de apoyo	144 (86.75)
Asignaci3n inequitativa de pacientes	124 (74.70)
Otros departamentos no proporcionan los cuidados necesarios	133 (80.12)
La enfermera no est3 disponible	105 (63.25)
Demasiados cuidados a pacientes que ingresan y egresan	108 (65.06)
Recursos materiales	80.65 (79.64-84.66)*
Medicamentos no disponibles	144 (86.75)
Suministros/equipos no disponibles	133 (80.12)
Suministros/equipos no funcionan	138 (83.13)
Comunicaci3n	59.82 (55.60-64.04)*
Inadecuada entrega de turno anterior	121 (72.89)
Falta de apoyo de los miembros del servicio	110 (66.25)
Tensi3n en la comunicaci3n con otros departamentos	120 (72.29)
Tensi3n en la comunicaci3n dentro del equipo de enfermer3a	117 (70.48)
Tensi3n en la comunicaci3n con el personal m3dico	130 (78.31)
El personal auxiliar de enfermer3a no comunic3 que el cuidado no fue proporcionado	115 (69.28)

*Promedio e intervalo de confianza del 95%.

coadyuva en la disminuci3n del dolor y la prevenci3n de infecci3n del sitio quir3rgico de los pacientes. Por ello, es necesario profundizar en las causas por las cuales la medicaci3n es retrasada, ya que puede deberse a diversos factores relacionados, como los recursos materiales y humanos.

La planeaci3n del alta y la educaci3n del paciente son parte de los est3ndares de calidad en la atenci3n sanitaria, y su ausencia tiene un impacto negativo en los resultados de los pacientes que conducen a complicaciones y reingresos hospitalarios^{18,19}. El 15% del personal de enfermer3a no elabor3 el plan de alta, menor porcentaje que el reportado en un estudio en Colombia, en el que una tercera parte de los entrevistados no realiz3 el plan de alta por falta de tiempo durante su turno²⁰. Es posible que la diferencia se deba a que, en Colombia, el profesional de enfermer3a no solo brinda cuidados asistenciales, sino que tambi3n se encarga de la gesti3n del servicio. Lo antes mencionado es una oportunidad de mejora, dado que, en t3rminos generales, la educaci3n del paciente en

los entornos hospitalarios fomenta el cumplimiento del plan de atención, facilita una continuidad más efectiva del cuidado y potencia el rol activo de los pacientes en su propio proceso de atención y toma de decisiones.

La alimentación, la deambulaci3n y el ba1o fueron los cuidados b1asicos que se perdieron m1s frecuentemente, lo cual concuerda con lo reportado en investigaciones realizadas en otros pa1ses^{21,22}. En M1xico, como en otros lugares del mundo, los aspectos socioculturales influyen en el cuidado de los integrantes de la familia, lo que puede explicar la presencia del cuidador en los hospitales; por lo tanto, en algunas ocasiones, el cuidado b1asico se delega en ellos^{11,23}. No obstante, es importante resaltar que las/los enfermeras/os y las/los cuidadoras/es pueden establecer sinergias para proporcionar el cuidado de menor complejidad al paciente ortop1dico hospitalizado, como el ba1o y la deambulaci3n con apoyo de dispositivos para la marcha, como una estrategia de transici3n del hospital al domicilio del paciente.

Los cuidados de evaluaci3n continua son los menos omitidos, como consecuencia de la forma en la que se jerarquizan los cuidados; las necesidades de atenci3n aguda que responden a un enfoque biologicista son prioritarias, pero ante la escasez de recursos humanos, los cuidados de menor valor para los pacientes pierden prioridad y son pasados por alto¹¹. Por ello, es necesario reconocer la forma en que el personal de enfermer1a prioriza la atenci3n de los pacientes, en la cual pueden influir factores de la estructura organizativa y la capacidad de toma de decisiones del personal de enfermer1a.

Las personas participantes manifestaron que los medicamentos no estaban disponibles cuando se necesitaban como la principal raz3n para la omisi3n del cuidado relacionado con los recursos materiales. En este sentido, se document3 que hasta el 96% de las/los enfermeras/os omiten cuidados por esta causa²⁴. Papathanasiou et al.²⁵ reportaron que la ausencia de medicamentos y equipos funcionales afecta significativamente la eficacia del personal, por lo que las organizaciones deben garantizar el abasto de todos los recursos necesarios para la atenci3n de enfermer1a como estrategia para mitigar la omisi3n del cuidado.

Con relaci3n a los recursos humanos, el n1mero insuficiente de personal de apoyo y el aumento inesperado de pacientes fueron las principales razones para omitir el cuidado. Estos resultados son similares en otros pa1ses de ingresos medios y bajos²⁶. Por lo tanto, es necesario destacar el papel fundamental de la dotaci3n de personal adecuada en n1mero y

competencia para enfrentar los retos dentro del entorno de la atenci3n m1dica.

Los problemas de comunicaci3n no fueron la raz3n principal para la omisi3n del cuidado, aunque la comunicaci3n eficaz es un factor importante en el momento de proporcionar cuidados de enfermer1a, y su ausencia se relaciona con eventos adversos²⁷. Por ello, es necesario que los gerentes promuevan l1neas de comunicaci3n claras y abiertas entre los profesionales de la salud, lo que contribuir1 a una mejor coordinaci3n en el equipo multidisciplinario.

Este estudio presenta algunas limitaciones: la investigaci3n fue realizada en un solo hospital y los datos no pueden generalizarse a otros contextos, y adem1s se utiliz3 un instrumento de autoinforme, por lo que pueden existir sesgos en la medici3n.

Conclusiones

Para las/los profesionales de enfermer1a, los cuidados que requieren valoraciones continuas son los de mayor prioridad; no obstante, los resultados de este estudio revelan que las intervenciones de cuidado b1asico y de necesidades individuales fueron las dimensiones del cuidado que registraron mayor omisi3n. Las razones de esta omisi3n identificadas como m1s frecuentes fueron la falta de recursos materiales, la falta y problemas de recursos humanos, y los problemas de comunicaci3n.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ning1n conflicto de intereses.

Financiamiento

La presente investigaci3n no ha recibido ning1n tipo de financiamiento.

Consideraciones 1ticas

Protecci3n de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigaci3n no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobaci3n 1tica. Los autores han seguido los protocolos de confidencialidad de su instituci3n, han obtenido el consentimiento informado de los pacientes, y cuentan con la aprobaci3n del Comit1 de 1tica. Se han

seguido las recomendaciones de las guías SAGER, según la naturaleza del estudio.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial.

Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Referencias

1. Chapman R, Rahman A, Courtney M, Chalmers C. Impact of teamwork on missed care in four Australian hospitals. *J Clin Nurs*. 2016;26:170-81.
2. Hessels AJ, Flynn L, Cimiotti JP, Gershon RRM. The impact of the nursing practice environment on missed nursing care. *Clin Nurs Stud*. 2015;3:60-5.
3. Kalisch BJ, Landstrom G, Williams RA. Missed nursing care: errors of omission. *Nurs Outlook*. 2009;57:3-9.
4. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2009;65:1509-17.
5. Schubert M, Ausserhofer D, Bragadóttir H, Rochefort CM, Bruyneel L, Stemmer R, et al. Interventions to prevent or reduce rationing or missed nursing care: a scoping review. *J Adv Nurs*. 2021;77:550-64.
6. Labrague LJ, De los Santos JAA, Tsaras K, Galabay JR, Falguera CC, Rosales RA, et al. The association of nurse caring behaviours on missed nursing care, adverse patient events and perceived quality of care: a cross-sectional study. *J Nurs Manag*. 2020;28:2257-65.
7. Griffiths P, Recio-Saucedo A, Dall'Ora C, Briggs J, Maruotti A, Meredith P, et al. The association between nurse staffing and omissions in nursing care: a systematic review. *J Adv Nurs*. 2018;74:1474-87.
8. Kalisch BJ, Xie B. Errors of omission: missed nursing care. *West J Nurs Res*. 2014;36:875-90.
9. Du H, Yang Y, Wang X, Zang Y. A cross-sectional observational study of missed nursing care in hospitals in China. *J Nurs Manag*. 2020;28:1578-88.
10. Bragadóttir H, Kalisch BJ, Tryggvadóttir GB. Correlates and predictors of missed nursing care in hospitals. *J Clin Nurs*. 2017;26:1524-34.
11. Cho SH, You SJ, Song KJ, Hong KJ. Nurse staffing, nurses prioritization, missed care, quality of nursing care, and nurse outcomes. *Int J Nurs Pract*. 2020;26:1-9.
12. Moreno-Monsiváis MG, Moreno-Rodríguez C, Interial-Guzmán MG. Missed nursing care in hospitalized patients. *Aquichan*. 2015;15:318-28.
13. Hernández-Cruz R, Moreno-Monsiváis MG, Cheverría-Rivera S, Díaz-Oviedo A. Factores que influyen en el cuidado de enfermería perdido en pacientes de un hospital privado. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2017;25:e2877.
14. Valles-Hernández J, Moreno-Monsiváis M, Interial-Guzmán M, Vázquez-Arreola L. Cuidado de enfermería perdido en pacientes con riesgo o con úlceras por presión. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016;24:e2817.
15. Kalisch BJ, Williams RA. Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *J Nurs Adm*. 2009;39:211-9.
16. Smith ALM, Ruiz IA, Jirón MA. [Monitoring medication errors in an internal medicine service.] *Rev Med Chile*. 2014;142:40-7.
17. Lin RJ, Reid MC, Liu LL, Chused AE, Evans AT. The barriers to high-quality inpatient pain management. *Am J Hosp Palliat Care*. 2015;32:594-9.
18. Adamson K, Bains J, Pantea L, Tyrhwitt J, Tolomiczenko G, Mitchell T. Understanding the patients' perspective of emotional support to significantly improve overall patient satisfaction patient satisfaction: an industry focus, but what have we learned? *Healthcare Quarterly*. 2012;15:63-9.
19. Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study. *J Nurs Care Qual*. 2006;21:306-13.
20. Aragón Alegría D, Candelo Majin R, Hurtado García DM, Meneses Sotelo CA, Muñoz SF, Prado Villegas YM, et al. Evaluación del plan de alta por enfermería en el hospital San José, Popayán 2017. *Rev Med Risaralda*. 2020;26(1).
21. Ball JE, Bruyneel L, Aiken LH, Sermeus W, Sloane DM, Marie A, et al. Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2018;78:10-5.
22. Blackman I, Henderson J, Willis E, Hamilton P, Toffoli L, Verrall C, et al. Factors influencing why nursing care is missed. *J Clin Nurs*. 2015;24:47-56.
23. Liang YD, Wang YL, Li Z, He L, Xu Y, Zhang Q, et al. Caregiving burden and depression in paid caregivers of hospitalized patients: a pilot study in China. *BMC Public Health*. 2017;18:53.
24. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee H, Friese CR. Hospital variation in missed nursing care. *Am J Med Qual*. 2011;26:291-9.
25. Papanthasiou I, Tzenetidis V, Tsaras K, Zyga S, Malliarou M. Missed nursing care; prioritizing the patient's needs: an umbrella review. *Healthcare (Basel)*. 2024;12:224.
26. Imam A, Obiesie S, Gathara D, Aluvaala J, Maina M, English M. Missed nursing care in acute care hospital settings in low-income and middle-income countries: a systematic review. *Hum Resour Health*. 2023;21:19.
27. Müller M, Jürgens J, Redaelli M, Klingberg K, Hautz WE, Stock S. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ Open*. 2018;8:e022202.

Liderazgo transformacional en enfermería: origen, evolución e impacto en la práctica contemporánea

Enoc I. Hernández-Cantú 

Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud, Hospital General de Zona No. 67, Instituto Mexicano del Seguro Social, Apodaca, Nuevo León, México

Resumen

El liderazgo transformacional ha surgido como una fuerza clave en la gestión de equipos de enfermería, ofreciendo soluciones innovadoras y efectivas frente a los desafíos actuales del sector salud. Este artículo explora desde sus bases conceptuales, introducidas por James MacGregor Burns y refinadas por Bernard Bass, hasta su implementación en la práctica de enfermería. A través de sus componentes —influencia idealizada, motivación inspiradora, estimulación intelectual y consideración individualizada—, este liderazgo ha demostrado su capacidad para mejorar la satisfacción laboral, reducir la rotación de personal y elevar la calidad del cuidado al paciente. En un entorno marcado por la escasez de personal y la alta carga de trabajo, el liderazgo transformacional no es solo una estrategia de gestión, sino también un catalizador para el cambio positivo. Por lo tanto, aquí se analizan los beneficios empíricos, así como los desafíos y las oportunidades de su implementación, destacando las implicaciones políticas y las mejores prácticas para el desarrollo de líderes transformacionales en enfermería, ofreciendo una visión integral sobre su relevancia y potencial impacto en la atención sanitaria.

Palabras clave: Liderazgo. Jefe de enfermería. Capacidad de liderazgo y gobernanza. Gobernanza compartida en enfermería.

Transformational leadership in nursing: origins, evolution and impact on contemporary practice

Abstract

Transformational leadership has emerged as a key force in managing nursing teams, offering innovative and effective solutions to the current challenges in the healthcare sector. This paper explores its conceptual foundations, introduced by James MacGregor Burns and refined by Bernard Bass, and its implementation in nursing practice. Through its core components—idealized influence, inspirational motivation, intellectual stimulation, and individualized consideration—, this leadership has proven to enhance job satisfaction, reduce staff turnover, and improve patient care quality. In a context marked by staff shortages and heavy workloads, transformational leadership is not just a management strategy but a catalyst for positive change. This analysis addresses the empirical benefits, challenges, and opportunities for its implementation, highlighting policy implications and best practices for developing transformational leaders in nursing, providing a comprehensive view of its relevance and potential impact on healthcare delivery.

Keywords: Leadership. Head nurses. Leadership and governance capacity. Shared governance, nursing.

Correspondencia:

Enoc I. Hernández-Cantú
E-mail: isai.chanoc@gmail.com

Fecha de recepción: 29-07-2024
Fecha de aceptación: 07-10-2024
DOI: 10.24875/ENF.24000042

Disponible en internet: 13-02-2025
Rev Mex Enf. 2025;13(1):15-19
www.revistamexicanaenfermeria.org

Cómo citar este artículo: Hernández-Cantú EI. Liderazgo transformacional en enfermería: origen, evolución e impacto en la práctica contemporánea. Rev Mex Enf. 2025;13:15-19.

2339-7284 / © 2024 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Publicado por Permayer. Éste es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El liderazgo transformacional ha emergido como un enfoque influyente en la gestión de equipos, especialmente en contextos complejos como el sector salud¹. Este estilo de liderazgo particular se centra en la motivación y el desarrollo de los seguidores a través de la inspiración y una visión clara, impactando positivamente en la satisfacción laboral, la calidad del cuidado y la efectividad organizativa, demostrando ser eficaz en diversos sectores, incluido el sector salud, donde su implementación ha sido validada por numerosas investigaciones²⁻⁵.

En enfermería, este liderazgo es crucial debido a las demandas de la profesión, que requieren no solo habilidades técnicas y clínicas, sino también la capacidad de gestionar equipos y crear un entorno de trabajo positivo que garantice la calidad del cuidado⁶. Los líderes transformacionales en enfermería guían a sus equipos hacia el logro de objetivos organizativos, promoviendo el desarrollo personal y profesional, lo que fortalece la resiliencia en un entorno laboral marcado por el estrés y una alta carga de trabajo⁷.

A continuación, se examinan el origen, la evolución y la aplicabilidad del liderazgo transformacional en la enfermería actual mediante una revisión crítica de la literatura y ejemplos prácticos, y se abordan los desafíos y las oportunidades de este enfoque para mejorar la gestión del personal y los servicios de salud.

Orígenes del liderazgo transformacional

James MacGregor Burns introdujo el concepto de liderazgo transformacional en 1978 dentro de su obra *Leadership*. En ella se centraba en el liderazgo político, diferenciando entre el liderazgo transaccional, basado en un intercambio de recompensas, y el liderazgo transformacional, que implica una influencia moral, en la que tanto líderes como seguidores se elevan mutuamente hacia un objetivo superior⁸. Esta distinción respondía a su análisis de grandes líderes históricos, como Franklin D. Roosevelt y Mahatma Gandhi, quienes movilizaban no solo por recompensas, sino también por un compromiso ético y un sentido de propósito más profundo⁹. Burns enfatizó que los líderes transformacionales eran aquellos que, a través de una visión inspiradora, cambiaban las percepciones de los seguidores y los motivaban a trascender sus propios intereses para el bien común. El liderazgo, para Burns, no era únicamente una cuestión de autoridad o poder,

sino de conexión moral y ética entre el líder y sus seguidores¹⁰.

Posteriormente, Bernard Bass, en la década de 1980, amplió esta teoría al contexto organizativo, definiendo cuatro componentes clave del liderazgo transformacional¹¹:

1. Influencia idealizada (carisma): los líderes transformacionales actúan como modelos a seguir, ganando respeto, admiración y confianza.
2. Motivación inspiradora: comunican una visión atractiva y desafiante del futuro, proporcionando significado y motivación a sus seguidores.
3. Estimulación intelectual: fomentan la creatividad y la innovación, alentando a cuestionar suposiciones y a resolver problemas desde nuevas perspectivas.
4. Consideración individualizada: prestan atención a las necesidades individuales, actuando como mentores y promoviendo el desarrollo personal.

Bass, además de definir los cuatro componentes clave del liderazgo transformacional, elaboró el *Multifactor Leadership Questionnaire* (MLQ), una herramienta que permitía evaluar cuantitativamente este tipo de liderazgo en entornos empresariales y laborales. Mientras que Burns se centraba en la transformación moral, Bass amplió la teoría señalando que el liderazgo transformacional también podía medirse por su impacto en la motivación, el desempeño y la satisfacción de los empleados dentro de las organizaciones¹¹.

Evolución del liderazgo transformacional en enfermería

La aplicación del liderazgo transformacional en el ámbito de la enfermería ha suscitado un creciente interés desde la década de 1990, debido a la necesidad de enfrentar los retos complejos que surgen en las instituciones de salud¹². Este interés ha sido impulsado por investigaciones que demuestran cómo el liderazgo transformacional puede mejorar significativamente la satisfacción laboral, la retención del personal y la calidad de la atención al paciente^{13,14}. Por ejemplo, un estudio realizado en hospitales públicos de España mostró que los supervisores de enfermería que aplicaban un liderazgo transformacional, promoviendo la motivación inspiradora y la consideración individualizada, lograron reducir el estrés laboral y mejorar la satisfacción del equipo. Esto se tradujo en una disminución del 20% en la rotación de personal¹⁵. Además, en Canadá, un estudio en unidades de cuidados intensivos reveló que los líderes transformacionales impulsaron la adopción de nuevas tecnologías y protocolos basados en la

evidencia, fomentando un entorno de aprendizaje continuo y mejorando la calidad de la atención, con una reducción significativa en los tiempos de respuesta ante emergencias¹⁶. En esencia, los líderes transformacionales inspiran a sus equipos para adoptar nuevas tecnologías y prácticas basadas en la evidencia, facilitando así la adaptación al cambio y la mejora continua en la atención sanitaria, y la capacidad de estos líderes para comunicar una visión clara y motivadora, junto con su enfoque en el desarrollo individual de los miembros del equipo¹⁷. Un ejemplo más proviene del Reino Unido, donde los líderes transformacionales desempeñaron un papel clave en la introducción de sistemas electrónicos de registros médicos. Gracias a su capacidad para motivar e inspirar, estos líderes lograron que el personal aceptara la implementación de nuevas tecnologías, lo que mejoró la precisión en los registros de pacientes y redujo los errores en la administración de medicamentos¹⁸.

En México contamos con evidencia que respalda la aplicación del liderazgo transformacional en enfermería. Un estudio realizado en hospitales públicos mexicanos, titulado *Estudio diagnóstico de liderazgo transformacional en personal de enfermería que labora en hospitales públicos mexicanos*¹⁹, demostró que, aunque las prácticas de liderazgo transaccional son predominantes, el liderazgo transformacional genera mejoras significativas en la satisfacción del personal y la cohesión del equipo. Esto permite al personal de enfermería gestionar mejor el estrés y adoptar cambios de manera más efectiva.

Además, el estudio *Liderazgo transformacional y agotamiento profesional en personal hospitalario*²⁰ evidenció que el liderazgo transformacional reduce el agotamiento profesional, mejorando el bienestar del personal de enfermería. Este tipo de liderazgo promueve un entorno de trabajo más positivo, favoreciendo la motivación y el compromiso en los hospitales públicos.

Así pues, a medida que el entorno de la salud continúa evolucionando, el liderazgo transformacional en enfermería sigue ganando relevancia como una estrategia esencial para afrontar los desafíos contemporáneos y mejorar tanto el bienestar del personal como los resultados en la atención al paciente²¹.

Por todo lo anteriormente mencionado, y desde la perspectiva de nuestra experiencia personal, creemos que el liderazgo transformacional puede llegar a consolidarse como una estrategia clave en el ámbito de la salud debido a sus beneficios tanto individuales como para la organización. En cuanto a los aspectos

individuales, los enfermeros que trabajan bajo este tipo de liderazgo reportan mayores niveles de motivación, compromiso y satisfacción laboral. Esto se debe a que los líderes transformacionales fomentan un sentido de pertenencia y propósito, lo que reduce el agotamiento profesional y mejora el bienestar emocional del personal. Al tratar a cada miembro del equipo como un individuo con necesidades específicas, los líderes transformacionales también potencian el desarrollo personal y profesional, promoviendo la formación continua y el aprendizaje^{22,23}. En el ámbito de la organización, este liderazgo ha demostrado mejorar la calidad de la atención, la eficiencia operativa y la capacidad de innovación. Al motivar al personal a colaborar y ser proactivos en la adopción de nuevas tecnologías y prácticas basadas en la evidencia, se genera un ambiente de trabajo más productivo y enfocado en la mejora continua²⁴.

De esta manera, es posible que, en su aplicación práctica, el liderazgo transformacional muestre resultados especialmente positivos en las unidades de cuidados intensivos y los servicios de urgencias, donde la presión y la necesidad de coordinación son más evidentes. Se podría considerar que la implementación de este tipo de liderazgo tiene el potencial de mejorar la comunicación entre los equipos multidisciplinares, facilitando la adopción de nuevas tecnologías y protocolos clínicos. Esto, en teoría, contribuiría a una respuesta más ágil y efectiva ante las demandas de los pacientes, lo que sería un avance significativo en la mejora continua de la atención sanitaria.

Desafíos y oportunidades en la implementación del liderazgo transformacional

A pesar de los claros beneficios del liderazgo transformacional en enfermería, su implementación no está exenta de desafíos. Uno de los principales obstáculos es la resistencia al cambio, tanto individual como de las organizaciones²⁵. Cambiar la cultura de la organización y adoptar nuevas prácticas de liderazgo requiere tiempo, esfuerzo y capacitación adecuada mediante programas de formación y desarrollo; las mentorías y las oportunidades de aprendizaje continuo son fundamentales para preparar a los futuros líderes transformacionales^{26,27}.

No obstante, más allá de estos desafíos, el entorno contemporáneo de la salud ofrece oportunidades únicas para su aplicación, en particular con la digitalización de los servicios, la integración de tecnologías emergentes y el enfoque creciente en el cuidado

centrado en el paciente²⁸. En este contexto, los líderes transformacionales resultan una pieza clave para guiar a sus equipos a través de estos cambios, mejorando tanto la calidad del cuidado como la eficiencia operativa mediante la aplicación efectiva del liderazgo transformacional en cada uno de los roles profesionales en enfermería^{28,29}. Por ejemplo, en el ámbito asistencial, creemos y somos partidarios de que los líderes deben empoderar y motivar al personal, promoviendo un entorno de trabajo en el que el bienestar emocional y la satisfacción laboral se traduzcan en una mejor atención al paciente. En el ámbito administrativo, el liderazgo transformacional permite establecer una visión clara que inspire a los equipos y promueva la colaboración interdepartamental, lo cual es crucial para gestionar cambios organizativos y mejorar la eficiencia del sistema. En el ámbito docente, los líderes transformacionales deben fomentar el pensamiento crítico y el aprendizaje continuo, incentivando a los estudiantes a innovar y mejorar las prácticas clínicas. Finalmente, en el ámbito investigador, este liderazgo promueve la creatividad y la búsqueda de nuevas soluciones, alentando a los equipos a cuestionar las prácticas actuales y explorar nuevas áreas de investigación que puedan mejorar la atención sanitaria. La implementación de estas claves en los diferentes roles profesionales de la enfermería garantiza que el liderazgo transformacional se adapte a las necesidades específicas de cada área, promoviendo mejoras tanto en el bienestar del personal como en la calidad de los servicios de salud.

Ahora bien, para maximizar el potencial del liderazgo transformacional, las organizaciones deben gestionar la resistencia al cambio mediante la comunicación efectiva y la inclusión de los miembros del equipo en el proceso de toma de decisiones. En este sentido, es necesario invertir en programas de formación y capacitación continua que desarrollen habilidades de liderazgo transformacional, y las políticas de salud deben asegurar un apoyo continuo a los líderes³⁰.

Conclusiones

El liderazgo transformacional se caracteriza por su capacidad para inspirar, motivar y desarrollar a los seguidores, creando un entorno de trabajo que promueve el crecimiento tanto personal como profesional. A través de los cuatro componentes clave —influencia idealizada, motivación inspiradora, estimulación intelectual y consideración individualizada—, los líderes transformacionales movilizan a sus equipos hacia la

consecución de objetivos comunes y la mejora continua de la calidad del cuidado al paciente.

Los beneficios de este estilo de liderazgo se observan en varios aspectos de la práctica de enfermería, desde una mayor satisfacción y compromiso del personal hasta mejoras en la eficiencia operativa y los resultados clínicos. La evidencia respalda que los líderes transformacionales no solo elevan la moral y el bienestar del equipo, sino que también fomentan la innovación y la adopción de mejores prácticas, contribuyendo a la excelencia en el cuidado de la salud.

Sin embargo, la implementación de este liderazgo enfrenta retos, como la resistencia al cambio y la necesidad de una formación adecuada. Para superar estas barreras es crucial que las instituciones de salud en México inviertan en programas de desarrollo de liderazgo y estructuren sistemas de apoyo que faciliten la adopción de estas prácticas. Además, la profesionalización de la enfermería, con el reconocimiento pleno de la licenciatura y los posgrados, es un paso esencial para fortalecer el liderazgo transformacional en el país. Este reconocimiento permitiría a los profesionales de enfermería acceder a mejores oportunidades de formación y liderazgo.

Por último, las políticas de salud deben integrar competencias de liderazgo transformacional en los programas educativos, así como fomentar una cultura organizativa que valore este tipo de liderazgo. En este contexto, el liderazgo transformacional puede convertirse en una herramienta fundamental para mejorar la calidad del cuidado al paciente y transformar la práctica de la enfermería, en particular en las instituciones mexicanas, donde su aplicabilidad práctica puede ser reproducida con éxito mediante la profesionalización y el desarrollo de competencias específicas.

Agradecimientos

El autor agradece al Consorcio de Enfermería y Promotores de la Salud, A.C. por su asesoría académica gratuita brindada para el desarrollo del presente trabajo.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. El autor declara que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales de pacientes ni requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. El autor declara que no utilizó ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Bibliografía

- Burkin BM, Czabanowska K, Babich S, Casamijtana N, Vicente-Crespo M, De Souza LE, et al. Competencies for transformational leadership in public health — an international Delphi consensus study. *Int J Public Health*. 2024;69:1606267.
- Civit S, Goncu-Kose A. Relationships of transformational and paternalistic leadership styles with follower needs, multidimensional work motivations and organizational commitment: a mediated model. *Psychol Rep*. 2024;332941241226905.
- Blumenthal M, Van der Heijden B, Dautzenberg RL, Boot CRL. Transformational leadership and employability among support staff workers with long tenure. *Work*. 2024;78:807-15.
- Considine J, Dempster J, Wong NMW, Kiprillis N, Boyd L. Personal and organisational attributes that support transformational leadership in acute healthcare: a scoping review. *Aust Health Rev*. 2024;48:274-82.
- Gebreheat G, Teame H, Costa EI. The impact of transformational leadership style on nurses' job satisfaction: an integrative review. *SAGE Open Nurs*. 2023;9:23779608231197428.
- Goens B, Giannotti N. Transformational leadership and nursing retention: an integrative review. *Nurs Res Pract*. 2024;2024:3179141.
- Hamdan M, Jaaffar AH, Khraisat O, Issa MR, Jarrar M. The association of transformational leadership on safety practices among nurses: the mediating role of patient safety culture. *Risk Manag Healthc Policy*. 2024;17:1687-700.
- International Occupational Therapy. Retracted: Exploration on the role of transformational leadership linkage psychological empowerment in stimulating employees' innovation behavior in an uncertain environment: based on entrepreneurship perspective. *Occup Ther Int*. 2024;2024:9875282.
- Paganin G, Avanzi L, Guglielmi D, Alcover CM, Mazzetti G. How emotional contagion among teachers affects the relationship between transformational leadership and team cohesion. *Behav Sci*. 2023;13:1-10.
- Wang D, Huang L, Huang X, Deng M, Zhang W. Enhancing inclusive teaching in China: examining the effects of principal transformational leadership, teachers' inclusive role identity, and efficacy. *Behav Sci*. 2024;14:1-12.
- Pladdys J. Mitigating workplace burnout through transformational leadership and employee participation in recovery experiences. *HCA Healthc J Med*. 2024;5:215-23.
- Ystaas LMK, Nikitara M, Ghobrial S, Latzourakis E, Polychronis G, Constantinou CS. The impact of transformational leadership in the nursing work environment and patients' outcomes: a systematic review. *Nurs Rep*. 2023;13:1271-90.
- Widiyanto S, Harsanto B, Arviansyah A. The link of universalism, transformational leadership, innovativeness, and leader effectiveness: a multivariate dataset. *Front Psychol*. 2023;14:1181844.
- Umair S, Waqas U, Mrugalska B. Cultivating sustainable environmental performance: the role of green talent management, transformational leadership, and employee engagement with green initiatives. *Work*. 2024;78:1093-105.
- Labrague LJ, Nwafor CE, Tsaras K. Influence of toxic and transformational leadership on nurses' job satisfaction, burnout, and turnover intention: a cross-sectional study. *J Nurs Manag*. 2020;28:1104-13.
- Jannah BP. The influence of transformational leadership style on the implementation of patient safety in hospitals: literature review. *World J Adv Res Rev*. 2024;22(2):1999-2004.
- Sánchez-García C, Reigal RE, Hernández-Martos J, Hernández-Mendo A, Morales-Sánchez V. Engagement in transformational leadership by teachers influences the levels of self-esteem, motor self-efficacy, enjoyment, and intention to be active in physical education students. *Sports*. 2024;12:1-13.
- Boamah SA, Laschinger H. Transformational leadership and workplace empowerment: the moderating effect of power distance on nurses' workplace engagement. *Journal of Nursing Studies*. 2021;117:103921.
- Hernández-Gracia TJ, Duana-Ávila D. Estudio diagnóstico de liderazgo transformacional en personal de enfermería que labora en hospitales públicos mexicanos. *CIMEXUS*. 2018;13:89-109.
- García-Rivera BR, Mendoza-Martínez IA, Olguín-Tiznado JE. Liderazgo transformacional y agotamiento profesional en personal hospitalario. *Investigación Administrativa*. 2022;51:1-12.
- Park TK, Kim J, Pierce B, Lee H. Transformational leadership, secondary traumatic stress, and burnout of child welfare workers: multilevel moderation effects. *Soc Work*. 2024;69:231-9.
- Fischer SA. Safety-specific transformational leadership: behavioral characteristics and measurement. *J Nurs Adm*. 2023;53:561-2.
- Saif N, Amelia, Goh GGG, Rubin A, Shaheen I, Murtaza M. Influence of transformational leadership on innovative work behavior and task performance of individuals: the mediating role of knowledge sharing. *Heliyon*. 2024;10:e32280.
- Usman M, Shahzad K, Khan AK. Role of safety-specific transformational leadership in fostering extra-role behaviors through psychological contract fulfillment among frontline workers during COVID-19. *Int J Occup Saf Ergon*. 2024;30:119-28.
- Zaid WMA, Yaqub MZ. The prolificacy of green transformational leadership in shaping employee green behavior during times of crises in small and medium enterprises: a moderated mediation model. *Front Psychol*. 2024;15:1258990.
- Yuwono H, Kurniawan MD, Syamsudin N, Eliyana A, Saputra DEE, Emur AP, et al. Do psychological capital and transformational leadership make differences in organizational citizenship behavior? *PLoS One*. 2023;18:e0294559.
- Moustafa Saleh MS, Elsabahy HE, Abdel-Sattar SA, Abd-Elhamid ZN, Al Thobaity A, Mohammed Aly SM, et al. Fostering green transformational leadership: the influence of green educational intervention on nurse managers' green behavior and creativity. *BMC Nurs*. 2024;23:393.
- Mohammed AA, Al-Abrow H. The impact of empowering and transformational leadership on innovative behaviour: the mediating role of psychological empowerment in health-care sector. *Leadersh Health Serv (Bradf Engl)*. 2023 Nov 10;ahead-of-print. doi: 10.1108/LHS-05-2023-0036.
- Michaud K, Barbeau-Julien K, Slinger M. Transformational leadership, well-being, morale, and readiness: the mediating role of empowerment. *Mil Psychol*. 2024 Feb 22:1-10.
- Li Y, Li S, Yang K, Liu Y, Chen L, Chen J, et al. Transformational leadership competency: a cross-sectional study of medical university graduates in China. *Ann Med*. 2023;55:2288307.

El rol de enfermería en la creación del hospital de día de la clínica de insuficiencia cardiaca en un centro no cardiovascular

Tania D. Valencia-López*^{id}, Carla M. Padilla-García^{id} y Berenice Meneses-Rivera^{id}

Departamento de Enfermería, Clínica de Insuficiencia Cardiaca, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

Resumen

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en México y en todo el mundo. El último reporte del Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía, de enero a junio de 2023, documentó 97,187 defunciones por causa cardiaca, por lo que resultan de gran importancia la prevención y el tratamiento adecuado. El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán es un centro de referencia de alta especialidad que atiende a población con alteraciones que afectan de manera directa o indirecta al sistema cardiovascular, con diversidad en la etiología de la insuficiencia cardiaca. Por ello, la creación de un hospital de día de la clínica de insuficiencia cardiaca liderado por enfermería es de vital importancia en un centro no cardiovascular para generar un impacto positivo al evitar descompensaciones y mejorar la calidad de vida en los pacientes con insuficiencia cardiaca.

Palabras clave: Insuficiencia cardiaca. Enfermería de práctica avanzada. Hospital de día. Adherencia terapéutica. Educación en salud.

The role of nursing in the creation of the day hospital of the heart failure clinic in a non-cardiovascular center

Abstract

Cardiovascular diseases are the main cause of death in Mexico and in the world. The latest Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía report, from January to June 2023, documented 97,187 deaths due to cardiac cause; therefore, prevention and appropriate treatment are of great importance. El Instituto Nacional de Ciencia Médicas y Nutrición is a highly specialized reference center that serves a population with alterations that directly or indirectly affect the cardiovascular system, with diversity in the etiology of heart failure. Therefore, the creation of a day hospital of the heart failure clinic led by nursing is of vital importance in a non-cardiovascular center to generate a positive impact by avoiding decompensations and improving the quality of life in patients with heart failure.

Keywords: Heart failure. Advanced practice nurse. Day hospital. Therapeutic adherence. Health education.

*Correspondencia:

Tania D. Valencia López
E-mail: tania.valencial@incmnsz.mx

Fecha de recepción: 15-05-2024
Fecha de aceptación: 17-07-2024
DOI: 10.24875/ENF.24000027

Disponible en internet: 13-02-2025
Rev Mex Enf. 2025;13(1):20-24
www.revistamexicanaenfermeria.org

Cómo citar este artículo: Valencia-López TD, et al. El rol de enfermería en la creación del hospital de día de la clínica de insuficiencia cardiaca en un centro no cardiovascular. Rev Mex Enf. 2025;13:20-24. 2339-7284 / © 2024 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Publicado por Permanyer. Éste es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

En el último reporte del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, de enero a junio de 2023, se reportaron 97,187 muertes por causa cardiaca, siendo esta la principal causa de muerte en México¹. Desde el año 2019 hasta enero de 2024 se tiene reporte de 482 ingresos al servicio de urgencias por insuficiencia cardiaca (IC) dentro del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ)².

Se estima que 64.3 millones de personas padecen IC en todo el mundo. Diferentes estudios sitúan la incidencia general de IC en 1-4 casos por 1000 personas/año y la prevalencia en 10-30 casos por 1000 personas/año³.

La IC se ha definido como un síndrome clínico caracterizado por signos y síntomas como disnea, edema maleolar y periférico, fatiga y crepitantes pulmonares, que puede acompañarse de presión yugular elevada, causado por una anomalía cardiaca estructural o funcional que produce una elevación de las presiones intracardiacas o un gasto cardiaco inadecuado en reposo o durante el ejercicio⁴.

La IC limita la calidad de vida asociado a la cronicidad del síndrome, y la medición de esta representa un predictor determinante para buscar mejorar el pronóstico de la IC. Los pacientes con IC requieren un seguimiento estrecho a cargo de equipos multidisciplinarios que desarrollen intervenciones individualizadas centradas en el paciente para optimizar su tratamiento, favorecer su calidad de vida y controlar y prevenir episodios de descompensación.

Las clínicas de IC (CIC) no son exclusivas de centros cardiovasculares. El INCMNSZ es un centro de referencia, con población portadora de múltiples patologías que afectan de manera directa o indirecta al corazón, y por ello en el departamento de cardiología se analizó la propuesta de crear el hospital de día de la CIC. La implementación de estas clínicas tiene la finalidad de mejorar los niveles de adherencia al tratamiento y la calidad de vida, y a su vez lograr disminuir los índices de morbimortalidad; asimismo, por su efectividad son recomendadas en las guías europeas y americanas de cardiología con un nivel de evidencia y recomendación 1A⁴.

Dicho lo anterior, el rol que desempeña la enfermería en el hospital de día de la CIC es el de consultoría y seguimiento a los pacientes con IC de distintas etiologías cardiacas, como falla derecha, cardiopatía isquémica crónica, valvulopatías, cardiotoxicidad y afecciones cardio-nefrológicas. Dentro de las intervenciones de práctica avanzada están la optimización del tratamiento

farmacológico, favorecer el nivel de adherencia al tratamiento médico y la educación al paciente y al cuidador primario sobre el autocuidado, los signos y los síntomas de alarma, de manera presencial y con acceso a telemedicina, logrando los objetivos de las CIC, que son mejorar la calidad de vida y evitar descompensaciones en los pacientes con IC.

Modelos de atención multidisciplinaria especializados en insuficiencia cardiaca

Los modelos de atención especializados en IC surgieron como estrategia para mejorar el pronóstico de los pacientes, comenzando con un diagnóstico basado en las necesidades y el entorno hospitalario, dando como resultado la atención en hospital de día como modalidad terapéutica en la IC, el cual es un área física que forma parte de un programa integral e interdisciplinario donde se administran diversos tratamientos enfocados en las alteraciones propias de la IC, el manejo y la prevención de descompensaciones que permitan el tratamiento ambulatorio, y la administración de fármacos sin necesidad de hospitalización, dando respuesta a los principales objetivos del hospital de día, que son reducir los episodios de descompensación, mejorar la calidad de vida de los pacientes con IC y disminuir los costos hospitalarios.

Se ha evidenciado que las CIC dirigidas por enfermeras tienen un efecto significativo en aspectos relevantes, como la disminución del impacto de la progresión de la enfermedad, la reducción de la mortalidad y del número de hospitalizaciones⁵, como resultado del empoderamiento de líderes clínicos a través de la aplicación de enfermería basada en la evidencia, ya que optimizan el tratamiento médico, brindan educación específica sobre la IC y fomentan el autocuidado.

La primera CIC dirigida por enfermeras se abrió en Suecia en 1990. Strömberg et al.⁶ llevaron a cabo un estudio en el que identificaron la situación de las clínicas y del personal capacitado en 1998. Las principales intervenciones estaban enfocadas a la educación para la salud; los pacientes con IC recibieron información escrita y oral en la mayoría de los hospitales⁶.

Bravo et al.⁷ describen en 2023 el primer registro de cohorte que evalúa la calidad de vida y el impacto de una CIC dirigida por enfermeras en Panamá, con atención individualizada centrada en el paciente, demostrando una reducción en el número de ingresos y de la mortalidad por IC, además de mejorar la calidad de vida. Destaca la máxima relevancia del papel de las enfermeras para lograr una atención de alta calidad

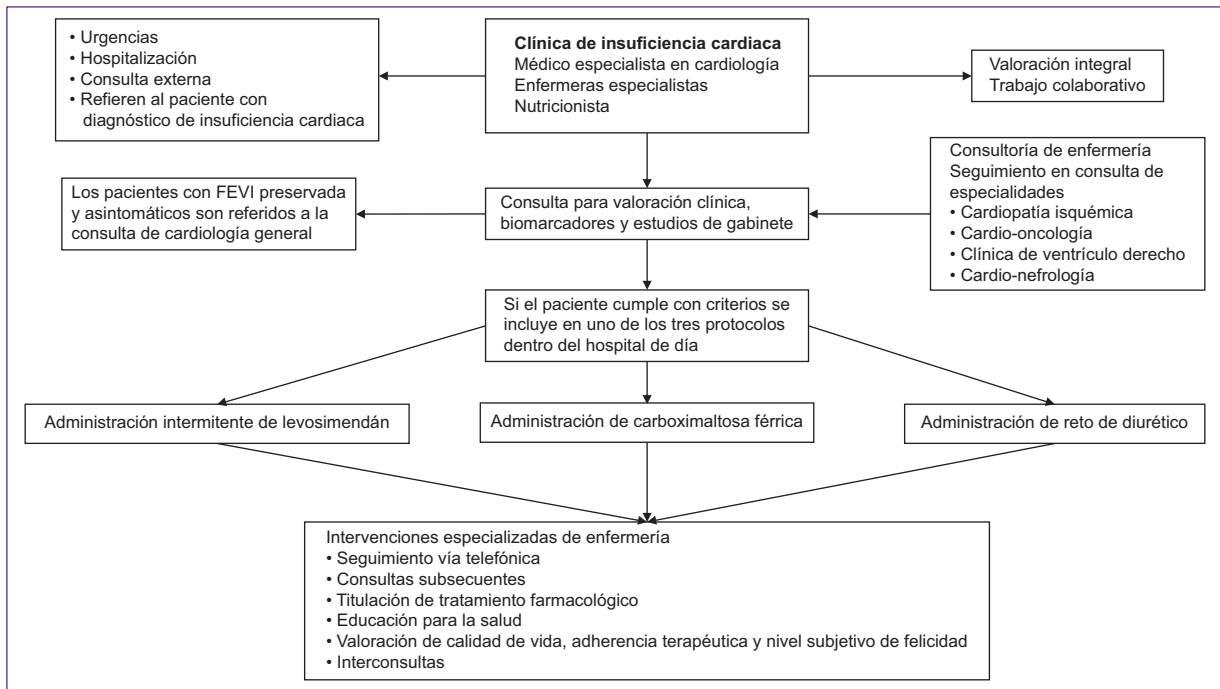


Figura 1. Modelo de atención del hospital de día de la clínica de insuficiencia cardiaca. FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo.

para pacientes complejos como son aquellos con IC, especialmente en los países en desarrollo⁷.

Los resultados obtenidos en un estudio realizado por Cheng et al.⁸ en Hong Kong demuestran la eficacia de las CIC favoreciendo la respuesta a desafíos actuales del sistema de salud, como la modificación del estilo de vida de los beneficiarios, la adherencia al tratamiento, el manejo de los síntomas, la promoción de la salud, el autocuidado y otros aspectos significativos, como la disminución de los reingresos hospitalarios y el incremento de las líneas de investigación. Por otro lado, la Asociación Española de Enfermería Cardiológica ha creado un manual de procedimientos enfocado en pacientes con IC⁹, sobre procedimientos de enfermería para el tratamiento de la IC, tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, y educación del paciente, entre otros temas de interés, que ayuden a la comunidad de enfermeras a dar cuidados especializados.

Clínica de insuficiencia cardiaca en un centro no cardiovascular

Tras una revisión de la situación epidemiológica, principalmente, por la incidencia de ingresos a urgencias y a hospitalización debidos a descompensaciones, surge la propuesta de implementar un modelo de

atención de hospital de día al interior del departamento de cardiología del INCMNSZ, que inicia la consulta exclusiva para pacientes con IC a cargo del Dr. Clemente Barrón. En el año 2023, el Dr. Gerardo Payró, jefe del departamento de cardiología, en conjunto con la Lcda. Martha Huertas, subdirectora de enfermería, la Lcda. Patricia Ramírez, jefa del departamento de enfermería, y el Dr. Clemente Barrón, médico adscrito de cardiología, designaron a la EECV Tania Valencia y la EEAEC Carla Padilla para llevar a cabo una rotación en las consultas de IC con la finalidad de desarrollar competencias en valoración integral, análisis del tratamiento farmacológico y titulación de este de acuerdo con las recomendaciones de las guías internacionales de IC, así como fortalecer las competencias propias de la enfermera especialista.

Finalmente, el hospital de día de la CIC del INCMNSZ se inauguró el 31 de julio de 2023 y el día 1 de agosto se atendió al primer paciente para administración de inodilatador intravenoso de manera intermitente conforme a los lineamientos propios de la CIC (Fig. 1).

Enfermería de práctica avanzada aplicada en la clínica de insuficiencia cardiaca

El rol de la enfermería de práctica avanzada se caracteriza por «el uso del conocimiento experto,

habilidades complejas para tomar decisiones y desarrollo de competencias clínicas para la práctica de rol ampliado dirigido a poblaciones específicas»¹⁰, y la evidencia confirma que la implementación de intervenciones organizadas, como las unidades de IC y el hospital de día, puede modificar el presente y el futuro de esta población de pacientes¹¹.

En este sentido, la enfermera a cargo de la CIC debe contar con experiencia y amplios conocimientos en atención cardiovascular, capacidad de trabajar de forma independiente y adquirir competencias en la toma de decisiones; por ejemplo, la titulación de medicamentos a dosis óptimas o identificar de manera oportuna signos y síntomas de descompensación para desarrollar intervenciones basadas en la evidencia. La atención personalizada en la consultoría realiza la optimización del tratamiento farmacológico, la evaluación del nivel de adherencia terapéutica, la educación al paciente y al cuidador primario sobre el autocuidado, los signos y los síntomas de alarma, y lleva un seguimiento de manera presencial y de telemedicina, aplicando en cada paso un rol ampliado.

La educación para la salud es un objetivo en común en estos equipos. Estas intervenciones tienen el objetivo de potenciar el nivel de independencia y el bienestar físico y emocional, por lo que se dirigen a la detección temprana de signos de descompensación, orientación sobre estilos de vida cardiosaludables, planes de cuidados individualizados, seguimiento extra-hospitalario y fomento de la adherencia terapéutica, para reducir las complicaciones, los reingresos hospitalarios y la mortalidad.

El proceso educativo debe comenzar desde el primer contacto con el ámbito hospitalario y continuar de forma ambulatoria¹². Se ha demostrado que produce efectos positivos para los pacientes, su red de apoyo y la sociedad, y ayuda a los pacientes a adquirir conocimientos, lo que les permite convertirse en participantes activos en su estado de salud¹³. Al llevar a cabo esta intervención es importante una valoración individualizada para identificar necesidades de aprendizaje, así como el grado de conocimiento respecto a tres principales ejes: la enfermedad, el tratamiento farmacológico y el estilo de vida.

De acuerdo con Cui et al.¹⁴, se ha evidenciado un incremento en los niveles de adherencia, la administración del tratamiento y el cumplimiento de las recomendaciones de alimentación y control de los factores de riesgo, con disminución de la tasa de reingresos hospitalarios en los primeros 12 meses posteriores al alta, en los pacientes de las CIC que cuentan con un

equipo interdisciplinario que incluye enfermería de práctica avanzada.

Conclusiones

El hospital de día de la CIC es un modelo de atención en el que se realizan intervenciones de enfermería de práctica avanzada con el fin de generar un impacto favorable en el estado de salud de las personas que viven con IC, a través del trabajo colaborativo y de liderazgo, mediante la implementación de intervenciones asistenciales, de docencia e investigación, para poder contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes de la CIC.

La evidencia internacional ha demostrado que la implementación de modelos de atención como las unidades de IC y el hospital de día puede modificar el pronóstico de las personas con estas afectaciones, y a la vez generar un impacto en el sistema nacional de salud.

Los desafíos que tendrá el hospital de día de la CIC serán expandir su recurso humano e instalaciones para atender a las necesidades crecientes con la inversión de la pirámide poblacional, y en un futuro llegar a ser un centro de referencia de enfermería de práctica avanzada en IC, mediante la actualización continua del equipo y la generación de nuevos modelos de atención en escenarios especializados. Actualmente, la CIC opera de manera eficiente de acuerdo con los objetivos establecidos, considerando que el INCMNSZ es un centro no cardiovascular: se han reducido los ingresos hospitalarios y han mejorado la calidad de vida, los niveles de adherencia terapéutica, los parámetros hemodinámicos y la clase funcional de los pacientes con IC.

Financiamiento

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de este escrito.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos

personales de pacientes ni requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial.

Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Referencias

1. Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía. Estadísticas de defunciones registradas (EDR) 2022 (Preliminar). Comunicado de prensa Núm. 419/23, 26 de julio de 2023. p. 1/90. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/EDR/EDR2022.pdf>.
2. González AM, Mena RP. Epidemiología y diagnóstico de la insuficiencia cardíaca. FMC - Form Médica Contin Aten Primaria. 2022;29:2-15.
3. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. Guía ESC 2021 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica. Rev Esp Cardiol. 2022;75:523.e1-114.
4. Ameri A, Renedo MF, Absi DO, Giordanino EF, Ratto RD, Procopio FG, et al. Hospital de día en la unidad de insuficiencia cardíaca como una estrategia de abordaje integral: análisis de un único centro en América Latina. Rev Argent Cardiol. 2021;89:345-9.
5. Strömberg A, Mårtensson J, Fridlund B, Dahlström U. Nurse-led heart failure clinics in Sweden. Eur J Heart Fail. 2001;3:139-44.
6. Bravo Thompson H, Zúñiga Cisneros J, Cárdenas C, González E, Nichols E, Frago G, et al. Impact of a nurse-led multidisciplinary heart failure clinic in a low-resource setting: experience in a Latin American public healthcare system. CJC Open. 2023;5:585-92.
7. Cheng H, Chair S, Wang Q, Sit J, Wong E, Tang SW. Effects of a nurse-led heart failure clinic on hospital readmission and mortality in Hong Kong. J Geriatr Cardiol. 2016;13:415-9.
8. Badosa Marcé N, Casal Rodríguez J, García-Garrido L, González Fernández B, Ivern Díaz C, Mesado Batalla N, et al. Manual de procedimientos en insuficiencia cardíaca por enfermeras especializadas. Asociación Española de Enfermería en Cardiología; 2021. Madrid: McCann Erickson; 2022. Disponible en: <https://enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/manual-procedimientos-ic-por-enfermeras.pdf>.
9. Morán-Peña L. La enfermería de práctica avanzada, ¿qué es? ¿Y qué podría ser en América Latina? Enferm Univ. 2017;14:219-23.
10. Liljeroos M, Strömberg A. Introducing nurse-led heart failure clinics in Swedish primary care settings. Eur J Heart Fail. 2019;21:103-9.
11. Strömberg A. Educating nurses and patients to manage heart failure. Eur J Cardiovasc Nurs. 2002;1:33-40.
12. Ordóñez-Piedra J, Ponce-Blandón JA, Robles-Romero JM, Gómez-Salgado J, Jiménez-Picón N, Romero-Martín M. Effectiveness of the advanced practice nursing interventions in the patient with heart failure: a systematic review. Nurs Open. 2021;8:1879-91.
13. Cui X, Zhou X, Ma L-L, Sun T-W, Bishop L, Gardiner F, et al. A nurse-led structured education program improves self-management skills and reduces hospital readmissions in patients with chronic heart failure: a randomized and controlled trial in China. Rural Remote Health. 2019;19:5270.

Proceso de atención de enfermería comunitaria para la prevención de la pediculosis *capitis* en escolares

José E. Uicab-Cauich*^{id}, Marco E. Morales-Rojas^{id}, Didier F. Aké-Canul^{id}, Sheila M. Cohuo-Cob^{id}
y Maricela Balam-Gómez^{id}

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida, Yucatán, México

Resumen

Introducción: La pediculosis consiste en la infestación de piojos de la cabeza, donde el único huésped es el humano, generalmente se presenta en la infancia entre los 3 y los 13 años. Impacta en lo económico, escolar, psicológico y social, debido a que guarda relación con las deficientes condiciones de higiene. **Objetivo:** Fortalecer los conocimientos y las habilidades de prevención de la pediculosis *capitis* en los integrantes de tercer y cuarto grado de una comunidad escolar (estudiantes, docentes, padres de familia) de México a través del proceso de atención de enfermería (PAE). **Método:** Estudio de intervención comunitaria con PAE implementado en una escuela primaria pública de México, en el que para la valoración de la comunidad escolar se utilizaron técnicas cualitativas y de participación comunitaria, y para el PAE se desarrollaron dos enunciados diagnósticos de enfermería y los resultados e intervenciones a través de las taxonomías de clasificación de resultados (NOC) y de intervenciones (NIC), respectivamente. **Resultados:** Las habilidades para la prevención de la pediculosis se observaron mediante la adecuada higiene del cabello gracias al aporte de todos los actores involucrados. **Conclusiones:** Existen muy pocas experiencias sobre la atención comunitaria de la pediculosis como paciente, y aquellas publicadas se encuentran centradas únicamente en el conocimiento y no en las conductas grupales. La promoción y la educación en salud logran fomentar hábitos de prevención de la infestación de pediculosis.

Palabras clave: Pediculosis. Infestaciones ectoparasitarias. Infestaciones por piojos. Servicios de salud escolar. Proceso de enfermería.

Community nursing care process for the prevention of pediculosis *capitis* in schoolchildren

Abstract

Introduction: Pediculosis is defined as a head infestation from the lice parasite, where the only host is the human, it generally occurs in children between 3 and 13 years old. It can impact economically, academically, psychologically, and socially, due to poor hygiene conditions relationship. **Objective:** To strengthen the knowledge and prevention skills of pediculosis *capitis* in third and fourth grade members of a school community (students, teachers, parents) in Mexico through the nursing care process (NCP). **Method:** Community intervention study with NCP implemented in a public primary school in Mexico, in which qualitative and community participation techniques were used for the assessment of the school community and two nursing diagnostic

*Correspondencia:

José E. Uicab Cauich
E-mail: jose.uicab@correo.uady.mx

Fecha de recepción: 08-04-2024
Fecha de aceptación: 09-07-2024
DOI: 10.24875/ENF.24000020

Disponible en internet: 13-02-2025
Rev Mex Enf. 2025;13(1):25-31
www.revistamexicanaenfermeria.org

Cómo citar este artículo: Uicab-Cauich JE, et al. Proceso de atención de enfermería comunitaria para la prevención de la pediculosis *capitis* en escolares. *Rev Mex Enf.* 2025;13:25-31.
2339-7284 / © 2024 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Publicado por Permanyer. Éste es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

statements were developed for the NCP, and the results and interventions were developed through the outcome classification (NOC) and intervention classification (NIC) taxonomies, respectively. **Results:** Skills for the prevention of pediculosis were observed through adequate hair hygiene thanks to the contribution of all the actors involved. **Conclusions:** There are very few experiences on community care of pediculosis as a patient, and those published are focused solely on knowledge and not on group behaviors. Health promotion and education manage to promote habits of prevention of pediculosis infestation.

Keywords: Pediculosis. Ectoparasitic infestations. Lice infestations. School health services. Nursing process.

Introducción

Los piojos son ectoparásitos permanentes que se alimentan de sangre, pelo, plumas, piel o secreciones. Desarrollan todo su ciclo biológico en el huésped y son considerados como vectores de agentes infecciosos, pueden provocar pediculosis *capitis* (PC) y tienen importancia médica, ya que *Pediculus humanus capitis* se ha asociado como vector de agentes infecciosos, aunque su capacidad vectorial es más baja que la de *P. humanus humanus*, la cual consiste en la infestación de piojos de la cabeza, donde el único huésped es el humano, y generalmente se presenta en la infancia entre los 3 y los 13 años, aproximadamente¹⁻³.

Se conoce que la prevalencia de PC en niños mexicanos es alarmante y se puede establecer con cifras de hasta el 32,63% (235/720), con mayor afectación (7,22%; 52/720) en el sexo femenino⁴, pero desafortunadamente no se conoce la intensidad de esta, debido a la falta de registro de las cifras exactas, lo que contribuye a un sesgo en el registro minucioso, o por su asociación con otras enfermedades³. Esta infestación impacta en lo económico, escolar, psicológico y social, debido al estigma que se produce por la estrecha relación que el padecimiento guarda con las deficientes condiciones de higiene⁵. Se conoce que estos parásitos pueden vivir hasta 30 días en el cuero cabelludo. Se alimentan de sangre hasta seis veces al día, se reproducen sexualmente y para su cópula es necesaria la liberación de huevos por parte de la hembra. Suelen evitar la luz y prefieren zonas más oscuras, como la nuca y tras las orejas. Por este motivo, afectan con más frecuencia a individuos con el pelo largo y suelen ser más activos de noche, cuando es más fácil identificarlos^{6,7}. Para la detección de liendres y piojos, un método efectivo es el uso de un peine metálico (lendrera) realizando un peinado sistemático de todo el pelo. Dicho peinado debe realizarse con el pelo húmedo y preferiblemente sobre una pieza de ropa blanca o sobre sanitarios blancos, para facilitar la observación de los piojos.

El principal objetivo del tratamiento es la eliminación de los huevos y las liendres. Debido a que muchos pediculicidas no afectan a los huevos o tienen una acción ovicida limitada, se suele requerir una segunda administración del tratamiento a los 7-10 días del primero. La National Pediculosis Association de los Estados Unidos de América insiste en que todas las pediculosis se podrían curar solo con un peinado excelente con una buena lendrera, siempre preferible al peine de plástico⁸.

La erradicación del parásito es compleja por las características biológicas de su ciclo de vida y, por otro lado, por las características sociales relacionadas al contagio, y en consecuencia las actividades para su tratamiento y prevención requieren tiempo, participación familiar y revisión frecuente del cabello. El manejo comunitario efectivo requiere la educación y la instauración de hábitos higiénicos para su control en los hogares, las escuelas y los centros de salud^{9,10}.

Se reconoce que la enfermera escolar tiene la responsabilidad de proporcionar cuidados al alumnado de forma colectiva (profesorado, familias y alumnos) y coordinada dentro del equipo, de modo directo, integral o de gestión, y otorgar las recomendaciones centradas en hábitos saludables, como el baño diario con el lavado de cabello al menos tres veces a la semana, la revisión semanal o mensual y el peinado diario, y las pautas educativas tales como no compartir objetos personales como peines, gorras o ligas, no utilizar productos no destinados para el cabello (mayonesa, crema de maní, entre otros) y el uso adecuado de la lendrera para la eliminación de los piojos¹¹⁻¹³.

Los cuidados dirigidos a controlar la PC deben adaptarse a las necesidades de la población bajo el concepto de promoción de la salud, centrándose en las capacidades que favorecen el autocuidado y el empoderamiento en torno a la salud, rompiendo la dependencia de las personas con los servicios de salud. A menudo, estas actividades incluyen el manejo de medidas en el individuo y el apoyo del cuidador principal y la familia. Es importante recalcar que con frecuencia el personal comunitario se enfrenta con la adversidad

de no contar con información documentada o actualizada, por lo que compartir experiencias e investigaciones sobre programas de educación y hábitos saludables es esencial para ofrecer metodologías que permitan actuar sobre los problemas de salud^{13,14}.

Finalmente, se resalta que utilizar el proceso de atención de enfermería (PAE) con sus cinco fases (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación) es de gran utilidad, ya que se coloca en el centro a la comunidad como un conjunto de diferentes actores, utilizando sus recursos, y a través de ellos instaura actividades que promueven la salud y previenen enfermedades¹⁵⁻¹⁷.

Por todo lo anterior, este estudio tiene como objetivo fortalecer el conocimiento y las habilidades de prevención de la PC en los integrantes de una comunidad escolar (estudiantes, docentes, padres de familia) de México a través del PAE.

Método

Estudio de intervención comunitaria, cuya unidad consideró el conjunto de estudiantes, profesores y padres de familia que conforman la comunidad escolar. Participaron seis profesionales de enfermería, en una escuela primaria pública de la capital del Estado de Yucatán, y se implementaron las cinco fases del PAE. Durante la valoración se utilizaron técnicas cualitativas para conocer las percepciones y las apreciaciones sobre el problema de pediculosis de los escolares, y se aplicaron encuestas elaboradas por los autores para explorar los conocimientos, los hábitos de higiene en el cabello y la forma de aprendizaje. Toda la información de esta fase fue concentrada en una matriz FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas). Se seleccionó esta herramienta porque permite concentrar los datos significativos no solo de la valoración con la población, sino también aquellos recolectados por la observación en la institución, las oportunidades de implementación de los programas vigentes y los riesgos percibidos. La investigación contó con el consentimiento y el asentimiento informado de los participantes, y en todo momento se respetaron los principios bioéticos de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia.

Resultados

El centro educativo donde se realizó el estudio es de financiamiento público-estatal y se encuentra inmerso en distintas actividades de promoción y educación

para la salud con todos los integrantes de la comunidad escolar; sin embargo, esta experiencia describe el trabajo comunitario con los 116 estudiantes de tercero y cuarto año (53 y 63 estudiantes, respectivamente), de los cuales 55 eran mujeres y 61 hombres. Es importante resaltar que se incluyó la participación de los padres de familia, la directora del plantel y cuatro profesoras que imparten las clases a esos grupos.

Etapa 1 del PAE: valoración

Para la valoración del problema, en primer lugar, se hicieron entrevistas semiestructuradas con las profesoras para explorar el conocimiento sobre las medidas de prevención que implementan, así como sus experiencias en identificación y actuación cuando existe una infestación activa en el aula de clase. De acuerdo con los testimonios, se observa que la actuación de las profesoras se limita a la notificación a los responsables cuando los niños y otros profesores externan este problema. Al continuar la exploración con los padres de familia, se realiza una reunión para informar sobre las actividades de intervención a realizar, refrendar el compromiso con dichas tareas que deriven del proyecto, así como identificar los conocimientos y las experiencias que tienen respecto al problema, los cuales se identifican como deficientes, ya que mencionan que los piojos «brincan o vuelan», que se encuentran exclusivamente en cabellos sucios y largos, y utilizan una amplia gama de remedios caseros, tales como mayonesa, mantequilla de maní o insecticidas, entre otros.

Con los niños, primero se aplicó la técnica de cartografía social (mediante dibujos), con la que se exploraron cuatro conceptos clave respecto a la PC: 1) ¿quiénes pueden tener piojos?, 2) ¿cómo sé que puedo tener piojos?, 3) ¿qué hago cuando veo que alguien tiene piojos? y 4) ¿cómo puedo evitar los piojos? Ante esto, los escolares compartieron que los piojos brincan a la cabeza de un niño cuando este no se baña, y sabes que tienes piojos porque «te pican o muerden» la cabeza y eso duele. También comentaron que si alguien tiene piojos lo que deben hacer es informar a las maestras para que ellas hablen con los papás. Finalmente, para no tener piojos identifican que hay que bañarse todos los días. Así, la PC es una condición identificada por los escolares y la mayoría expresaron temor frente a una infestación.

Posterior, a través de un juego didáctico participativo realizado en las aulas, se valoraron los hábitos higiénicos que llevan a cabo en el hogar. Al contabilizar las frecuencias, se obtuvo que, de lunes a

Tabla 1. Esquema FODA de los datos significativos identificados en la valoración

Fortalezas	Oportunidades
F1. Los escolares identifican que ciertos hábitos higiénicos previenen la pediculosis F2. La mayoría de los estudiantes realizan una higiene del cabello, con o sin supervisión F3. Las profesoras demuestran interés por mejorar sus conocimientos para emitir recomendaciones a los padres	O1. Disposición para mejorar los conocimientos respecto a los mecanismos de contagio y la prevención de la pediculosis O2. Actividades de sensibilización para disminuir el estigma social asociado con la infestación por pediculosis O3. Compromiso de los padres para participar en las actividades de prevención de la pediculosis
Debilidades	Amenazas
D1. No se cuenta con un protocolo de actuación estandarizado en la escuela en caso de infestaciones D2. Los profesores y los padres carecen de conocimientos para otorgar recomendaciones oportunas en caso de detección de un niño infestado D3. Los padres carecen de información para la prevención de la pediculosis y su infestación, y no hacen revisión rutinaria del cabello de sus hijos	A1. La resistencia mundial que se tiene a los productos, debido a la venta indiscriminada y al uso masivo de los pediculicidas con acción neurotóxica A2. Recursos económicos deficientes para la adquisición de productos para la higiene del cabello (champú o lendreras). A3. Futuras infestaciones por piojos

viernes, el 80% de los infantes no se lavan el cabello todos los días; el 91% de las niñas y niños no habían visto una lendreras (al mostrarla en los salones de clase); y el 100% identificaron que no es correcto compartir peines, toallas y accesorios para el cabello. Finalmente, en cuanto al involucramiento de los padres para la prevención de la PC, el 88% de los niños mencionaron que sus padres no les revisan el cabello (Tabla 1).

Etapa 2 del PAE: diagnóstico

Con los conocimientos, las percepciones y las experiencias evaluadas mediante las distintas técnicas de recolección de datos, y con el uso de los datos significativos, se estableció el siguiente orden de los diagnósticos:

- Preparación para mejorar la alfabetización en salud (00262): evidenciado por el deseo de mejorar la comprensión de las costumbres y creencias (en la prevención y el tratamiento de la PC) para tomar mejores decisiones sobre el cuidado de la salud (higiene del cabello) (Tabla 2).
- Comportamientos ineficaces de mantenimiento de la salud (00292): evidenciado por no tomar medidas que prevengan el problema de salud o que reduzcan los factores de riesgo (hábitos higiénicos en el cabello para evitar la PC) (Tabla 3)¹⁴.

Etapas 3 y 4 del PAE: planificación y ejecución

A continuación, se presentan los planes de cuidado con la planificación de sus respectivas intervenciones a partir de los resultados e indicadores, que fueron obtenidos de la *Nursing Outcomes Classification (NOC)*¹⁵, y las intervenciones y actividades de la *Nursing Interventions Classification (NIC)*¹⁶.

Algunas de las recomendaciones que se integraron para los diferentes grupos etarios fueron:

- Revisar regularmente el cabello, durante el baño o durante el peinado de los escolares; al menos una revisión profunda una vez al mes.
- Lavar el cabello de preferencia todos los días, especialmente cuando haya educación física.
- No compartir artículos personales del cuidado del cabello, como ligas, prendedores, pinzas, peinetas, etc.
- Si tienes comezón frecuente e intensa en el cabello, ¡no pasa nada! Puedes comentarlo al profesor o a tus papás.
- Todos participamos en la lucha contra la pediculosis. Si tienes dudas, ¡acércate!

Etapa 5 del PAE: evaluación

La evaluación se realizó mediante actividades lúdicas con los escolares. En esta fase se incluyeron preguntas sobre los temas abordados, entrevistas con las profesoras y participación de los niños en los días de

Tabla 2. Planes de cuidados de enfermería comunitaria para la atención en la alfabetización en salud

Plan de cuidados de enfermería comunitaria			
Diagnóstico de enfermería (NANDA): 00262 Preparación para mejorar la alfabetización en salud evidenciada por el deseo de mejorar la comprensión de las costumbres y creencias (en la prevención y el tratamiento de la pediculosis), para tomar mejores decisiones sobre el cuidado de la salud (higiene del cabello).			
Dominio 1: Promoción de la salud Clase 1: Toma de conciencia de la salud			
Clasificación de resultado de enfermería (NOC): 1844 Conocimiento: Manejo de la enfermedad aguda (pediculosis capitis)			
Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación diana
Dominio: 4 conocimiento y conducta de salud Clase: GG Conocimiento sobre su condición de salud	Causas y factores contribuyentes Signos y síntomas Beneficios del control de la enfermedad Estrategias para evitar exponer a los demás Importancia del cumplimiento del tratamiento	Ningún conocimiento Conocimiento escaso Conocimiento moderado Conocimiento sustancial Conocimiento extenso	1 4 1 5 1 5 1 4 1 5 5 23
Clasificación de las intervenciones (NIC)			
Intervención: (5510) Educación para la salud Dominio 7: Comunidad Clase C: Fomento de salud de la comunidad			
Actividades: Utilizar conferencias, debates y juegos de roles para influir en los conocimientos, las creencias, las actitudes y los valores que existen sobre la salud y los procesos de enfermedad. Taller de pediculosis: vida del piojo, signos y síntomas, prevención en casa; sociodrama sobre caso de pediculosis en el aula enfocado a la eliminación del estigma social que genera.			
Clasificación de las intervenciones (NIC)			
Intervención: (5604) enseñanza: grupo Dominio 3: Conductual Clase S: Educación de los pacientes			
Actividades: Implementar un programa educativo que favorezca el aprendizaje, a través de un entorno favorable, y la determinación de prioridades basadas en las necesidades de los grupos. Taller de educación en medidas de prevención, detección y tratamiento de pediculosis con padres y maestros. Desarrollar materiales educativos adecuados a la audiencia diana (infografías para identificar casos de pediculosis dirigidas a los maestros; para los padres de familia, trípticos con el tratamiento recomendado ante una infestación por piojos, etc., que permitirán tener acceso a la información sobre la pediculosis).			

peinado favorito. A través de un juego participativo («papa caliente») se preguntó a los estudiantes sobre los conceptos de la PC, el ciclo de vida del piojo y la importancia del cuidado del cabello.

Posterior a la implementación, todos los estudiantes contestaron de forma correcta y fueron reforzando las respuestas a través de la actividad. Es importante destacar que hubo una participación de los niños de más del 90% en el día del peinado favorito implementado de forma mensual, pasando de un 80% en el

primer mes a un 100% al finalizar el cuarto mes, lo cual se interpreta como un involucramiento de los padres y su participación en las actividades escolares. En cuanto a la valoración posintervención, a través de actividades lúdicas y didácticas los niños identifican en un 100% que se deben lavar el cabello todos los días y los materiales para hacer una revisión del cabello (como lenceras y peines), y mantienen el conocimiento de no compartir peines, toallas y accesorios para el cabello.

Tabla 3. Planes de cuidados de enfermería comunitaria para la atención en la alfabetización en salud

Plan de cuidados de enfermería comunitaria			
Diagnóstico de enfermería (NANDA) 00292 Comportamientos ineficaces de mantenimiento de la salud evidenciados por no tomar medidas que prevengan el problema de salud o que reduzcan los factores de riesgo (hábitos higiénicos en el cabello para evitar la pediculosis).			
Dominio 1: Promoción de la salud Clase 2: Gestión de la salud			
Clasificación de resultado de enfermería (NOC): 0305 Autocuidados: Higiene			
Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación diana
Dominio 1: salud funcional Clase D: autocuidado	Se limpia los oídos	Gravemente comprometido	2 4
	Se lava el pelo a diario	Sustancialmente comprometido	3 5
	Se peina o cepilla el cabello	Moderadamente comprometido	2 5
	Usa el espejo	Levemente comprometido	2 5
	Mantiene el hábito de higiene corporal	No comprometido	2 5
Clasificación de las intervenciones (NIC): 1670 Cuidados del cabello y cuero cabelludo Dominio 1: Fisiológico básico Clase F: facilitación del autocuidado			
Actividades: Facilitar el aprendizaje para la utilización de dispositivos de uso personal para el cabello. Enseñar para aplicar las cantidades necesarias de champú, ya sea para uso diario convencional o con agentes pediculicidas, para lavar el cabello de forma efectiva. Demostrar la realización de un masaje efectivo en todas las zonas del cuero cabelludo. Enseñar a cepillar o peinar el cabello usando un peine tipo lendrera, tomando mechones de cabello por toda la zona del cuero cabelludo.			
Clasificación de las intervenciones (NIC): 4360 Modificación de la conducta Dominio 3: Conductual Clase O: Terapia conductual			
Actividades: Ofrecer un refuerzo positivo a las decisiones del paciente (los niños) por mantener la conducta (implementación de una tarea para el hogar en donde, en colaboración con los padres, creen una historia sobre cómo una persona puede eliminar la pediculosis, y realizar la higiene del cabello correctamente). Facilitar la implementación de las conductas por medio de componentes sistémicos (implementación del «día del peinado favorito» una vez al mes, con el objetivo de incentivar a los escolares a fomentar los hábitos higiénicos del cabello, y a los padres a la revisión mensual del cuero cabelludo). Administrar refuerzos positivos según un esquema predeterminado para las conductas deseadas (juegos con refuerzos en forma de premios, como stickers, para los niños que reportaran haber realizado la higiene del cabello todos los días).			

Fuente: elaborada por los autores.

Conclusiones

La aplicación de este programa educativo emanado del PAE permitió fortalecer diversas habilidades y capacidades en la comunidad escolar. En los escolares se mejoraron los conocimientos para la prevención de la PC, la aceptación, el agrado del baño diario y el cepillado del cabello, con lo cual también se observó una disminución del estigma social causado por la PC. Por otro lado, aumentó el involucramiento de los padres en la revisión periódica del cabello de sus hijas e hijos, mientras que en las profesoras se fortaleció el conocimiento para la detección de casos en las aulas de clase.

Se demuestra que el proceso de atención de enfermería es una metodología flexible para la mejora de la participación comunitaria, con beneficios en salud en los diferentes contextos poblacionales. Como recomendación, se destaca la monitorización del día del peinado favorito para seguir garantizando la revisión constante del cabello, así como la verificación de los conocimientos a mediano plazo.

Agradecimientos

Los autores agradecen a todos los estudiantes, directivos, profesores e integrantes de la comunidad

escolar que participaron en la ejecución de este proyecto, así como a los estudiantes de enfermería.

Conflicto de intereses

Los autores reportan no tener ningún conflicto de intereses relacionado con esta investigación.

Financiamiento

Esta investigación no contó con agentes financiadores externos.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales de pacientes ni requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Referencias

1. Valle M, Muñoz A, Vega M, Flores M. La pediculosis en escolares y el índice de marginalidad de la zona metropolitana de Guadalajara, México. *Revista Javeriana*. 2020;61:1-8.
2. Coates S, Thomas C, Chosidow O. Ectoparasites: pediculosis and tungiasis. *J Am Acad Dermatol*. 2020;82:551-69.
3. Guzmán-Torres M, Cano-Santana Z. Actualización del listado de piojos (Insecta: Phthiraptera) de México: distribución, riqueza, grado de especificidad y pediculosis humana. *Revista Mexicana de Biodiversidad*. 2021;92:e923800.
4. García E, Halpert E, Borrero E, Ibáñez M. Prevalence of skin diseases in children 1 to 6 years old in the city of Bogota, Colombia. *World Allergy Organ J*. 2020;13:100484.
5. Devera R, Méndez R, Ytalia B. Pediculosis de la cabeza en niños de tres comunidades rurales del municipio Angostura del Orinoco, estado Bolívar, Venezuela. *Saber*. 2021;33:122-32.
6. Karthikeyan K, Aishwarya M, Elayaperumal S. Effectiveness of topical 0.5% ivermectin shampoo= in the treatment of pediculosis capitis among school-going female children. *Int J Trichology*. 2022;14:55-9.
7. De Pablo Márquez B. Actualización en pediculosis capitis. *Semergen*. 2019;45:128-33.
8. Lllada R, Del Fresno L, Vidal S, Vázquez N. Evidencia científica y recomendaciones sobre el tratamiento de la pediculosis. *RyR Enfermería Comunitaria*. 2018;6:25-41.
9. Leung A, Lam J, Leong K, Barankin B, Hon K. Paediatrics: how to manage pediculosis capitis. *Drugs Context*. 2022;14:11-24.
10. Suárez M, Álvarez B, Peraita I, Llopis A, Adela M. Pediculosis humanus capitis in 6-7 years old schoolchildren in Valencia, Spain. *Cent Eur J Public Health*. 2023;31:144-50.
11. Butas M, Smith S. Staying ahead of head lice: pediculosis treatment updates. *NASN Sch Nurse*. 2022;37:339-44.
12. Toghrol R, Hosseini Z, Ziapour A. Explaining the determinants of pediculosis control and prevention: a qualitative study in Southern Iran. *Inquiry*. 2022;59:e469580221086369.
13. Mousavinasab E, Kalhori S, Zarifsanaiy N, Rakhshan M, Ghazisaeedi M. Nursing process education: a review of methods and characteristics. *Nurse Educ Pract*. 2020;48:e102886.
14. Palomino L, Plat K, Lobrer J. Proceso de atención de enfermería aplicado a la comunidad de Tecolotla, municipio de Mixtla de Altamirano, Veracruz. *CuidArte. El Arte del Cuidado*. 2017; 6:40-55.
15. Herman H, Kamitsuru S. NANDA. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2021-2023. 12.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2021.
16. Moorhead S, Johnson M. Clasificación de resultados de enfermería. 3.ª ed. Madrid: Mosby; 2021.
17. Dochterman J, Bulechek G. Nursing interventions classification. NIC. 3ª ed. St Lois: Mosby; 2021.

Continuidad de cuidados de enfermería en el hogar a un paciente con tratamiento de diálisis

Jazmín Alejandro-Salazar¹, Anel Matuz-López², Litzly B. Rodríguez-Torres³ e Iلسيا Vinalay-Carrillo*⁴

Facultad de Enfermería, Universidad Veracruzana, Coatzacoalcos, Veracruz, México

Resumen

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) es una condición médica progresiva e irreversible en la cual los riñones pierden gradualmente su capacidad para funcionar de manera adecuada, que representa un claro problema de salud pública. En 2019, en la Región de las Américas, las enfermedades renales fueron causa de 254,028 defunciones. La ERC se desarrolla lentamente, a menudo sin síntomas evidentes en sus etapas iniciales, lo cual supone un grave problema, ya que los síntomas suelen aparecer cuando la enfermedad se encuentra en un estado avanzado. **Objetivo:** Fomentar el autocuidado en el hogar al paciente con enfermedad renal y tratamiento sustitutivo de diálisis peritoneal. **Método:** Se elaboró un plan de cuidados fundamentado en la taxonomía NANDA, NIC y NOC, además de la implementación de la escala MNA (*Mini Nutritional Assessment*). **Conclusiones:** La ERC es una condición progresiva que afecta especialmente a adultos mayores con otras enfermedades como diabetes e hipertensión. La pérdida gradual de la función renal impacta la eliminación de desechos y el equilibrio de líquidos, afectando la calidad de vida del paciente y generando altos costos de atención médica. La atención de enfermería en el domicilio del paciente es crucial para identificar necesidades, promover el autocuidado, mejorar las condiciones de salud y con ello reducir las complicaciones, contribuyendo así a un manejo integral del individuo con la participación de la familia.

Palabras clave: Enfermedad renal crónica. Diálisis peritoneal. Diabetes *mellitus*.

Continuity of nursing care at home for a patient undergoing dialysis treatment

Abstract

Introduction: Chronic renal disease (CRD) is a progressive and irreversible medical condition in which the kidneys gradually lose their ability to function properly, and represents a clear public health problem. In 2019, in the Region of the Americas, kidney disease was responsible for 254,028 deaths. CRD develops slowly, often without obvious symptoms in its early stages, and this causes a serious problem, since the symptoms usually appears when the disease is already in an advanced stage. **Objective:** To promote self-care at home for patients with kidney disease and peritoneal dialysis replacement therapy. **Method:** A care plan was elaborated based on NANDA, NIC and NOC taxonomy, in addition to the implementation of the MNA (*Mini Nutritional Assessment*) scale. **Conclusions:** CRD is a progressive condition that affects especially older adults with diseases such as diabetes and hypertension. Gradual loss of kidney function impacts waste elimination and fluid balance,

***Correspondencia:**

Iلسيا Vinalay-Carrillo
E-mail: lvinalay@uv.mx

Fecha de recepción: 28-06-2024
Fecha de aceptación: 30-10-2024
DOI: 10.24875/ENF.24000037

Disponible en internet: 13-02-2025
Rev Mex Enf. 2025;13(1):32-37
www.revistamexicanaenfermeria.org

Cómo citar este artículo: Alejandro-Salazar J, et al. Continuidad de cuidados de enfermería en el hogar a un paciente con tratamiento de diálisis. Rev Mex Enf. 2025;13:32-37.
2339-7284 / © 2024 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Publicado por Permanyer. Éste es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

affecting the patient's quality of life and generating high health care costs. Nursing care at the patient's home is crucial to identify needs, promote self-care, improve health conditions and thereby reduce complications; thus contributing to an integral management of the individual with the participation of the family.

Keywords: Chronic renal disease. Peritoneal dialysis. Diabetes mellitus.

Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) se define como una disminución de la función renal demostrada por una tasa de filtrado glomerular < 60 ml/min/1.73 m² o por marcadores de daño renal, o por ambos, de al menos 3 meses de duración, sin tomar en cuenta la causa subyacente¹. Los síntomas más comunes son vagos y muy generales, y por lo tanto la enfermedad no se diagnostica en etapas tempranas, lo que la hace especialmente insidiosa y causa un grave problema, pues los síntomas suelen aparecer cuando ya está muy avanzada e inclusive cuando ya es necesario un tratamiento renal sustitutivo, como la diálisis peritoneal.

La enfermedad se caracteriza por el fallo progresivo de la función renal que hace que las sustancias resultantes del metabolismo del cuerpo humano no se eliminen. El aumento de las concentraciones sanguíneas de estas sustancias causa trastornos de la función de otros órganos vitales, como el cerebro, el hígado y el corazón². Ahora bien, la ERC es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo, con factores de riesgo que incluyen diabetes *mellitus* e hipertensión arterial. En 2019, en la Región de las Américas, las enfermedades renales representaron la octava causa de mortalidad, con 254,028 defunciones, de las que 131,008 fueron en hombres y 123,020 en mujeres³.

La enfermedad renal en el adulto mayor ha tenido unas altas incidencia y prevalencia en los últimos años, como consecuencia del aumento de la supervivencia hasta edades más avanzadas. En todo el mundo, las personas viven más tiempo que antes. Hoy, la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años⁴.

Por todo lo anterior, se presenta el siguiente caso clínico de una paciente adulta mayor con enfermedad renal en estadio 5, a quien mediante la elaboración y la aplicación de un plan de cuidados de enfermería basado en la teoría general de autocuidado de Dorothea Orem, así como en la taxonomía del NANDA, NIC y NOC, se otorgan cuidados de manera integral en su domicilio para mejorar sus condiciones de salud.

Presentación del caso

Mujer de 76 años con diagnóstico médico actual de hipertensión arterial, diabetes *mellitus* tipo 2 y enfermedad renal en estadio 5 según la clasificación KDIGO (*Kidney Disease: Improving Global Outcomes*)⁵, que considera el estadio 5 con un filtrado glomerular < 15 ml/min/1.73 m². Se realizó una valoración de nefrogeriatria por medio de la escala de fragilidad de Edmonton, en la que obtuvo 14 puntos, situándola en fragilidad grave y dependencia para realizar los recambios⁶. Mide 1.65 m y pesa 66.8 kg (índice de masa corporal de 25.8).

En la exploración física se encontró normocéfala, con alopecia evidente, cabello medianamente largo, ondulado, canoso teñido, delgado, frágil y limpio; cara alargada, asimétrica, facies que denota tristeza; piel áspera y seca; abdomen redondeado, simétrico, con cicatriz por la colocación de catéter Tenckhoff; peristalsis aumentada y distensión abdominal; presencia de una fractura mal osificada en el hueso calcáneo y astrágalo del pie derecho; osteoporosis; movimientos de flexión y extensión, rotación interna y externa limitados.

Para la valoración de enfermería se utilizó la guía de valoración basada en la teoría general del déficit de autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem.

– Factores condicionantes básicos

- Factores del sistema sanitario: cuenta con servicio médico; también hace uso de la medicina tradicional.
- Necesidades de educación para la salud: se muestra dispuesta a aprender a pesar de los obstáculos para su aprendizaje, como su situación emocional, motivacional y de educación.

– Requisitos de autocuidado

- Universales: se encuentra eupneica, con una saturación de oxígeno del 98% y una frecuencia respiratoria de 16 respiraciones por minuto, con presencia de tos sin secreciones y fatiga e inestabilidad. En la piel son evidentes rozaduras y erosiones en el abdomen, con características como eritema y descamación. Muestra un inadecuado cuidado de la piel. Aunado a ello, presenta edema en el miembro inferior izquierdo, en estadio 2 de

Tabla 1. Diagnóstico de enfermería: riesgo de infección

Diagnóstico de enfermería NANDA	Objetivo	Intervenciones de enfermería NIC
Riesgo de infección relacionado con dificultad para manejar dispositivos a largo plazo, dificultad para manejar el cuidado del orificio de salida, higiene inadecuada e higiene inadecuada del entorno Condiciones asociadas: terapia de sustitución renal con dispositivo médico de silicona	Disminuir el riesgo de una posible infección del orificio de salida que comprometa la funcionalidad del catéter y la salud del paciente mediante la enseñanza y capacitación del paciente/familiar	3660. Cuidados de las heridas 5618. Enseñanza: procedimiento/tratamiento 3590. Vigilancia de la piel
Resultados de enfermería NOC 3209. Conocimiento: manejo de heridas Puntuación diana: inflamación crónica (1), buen estado (2), perfecto (3) Mantener en: buen estado Aumentar a: perfecto Indicadores Tipo de orificio Actividades de autocuidado para la limpieza de herida (técnica de curación) Características de cicatrización del orificio (valoración por escala de Twardowski)		Actividades – Monitorizar las características del orificio de salida: estado de la piel, epitelio, humedad, costra, dolor, enrojecimiento, secreción, granulación – Administrar cuidados del orificio de salida diarios – Comparar y registrar cualquier cambio producido en el orificio de salida – Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados – Se debe realizar el entrenamiento del paciente y los familiares en relación con el manejo aséptico del orificio de salida del catéter, con el fin de evitar la infección temprana y la colonización bacteriana del acceso
Puntuación global Ningún conocimiento Conocimiento escaso Conocimiento moderado Conocimiento sustancial Conocimiento extenso	1 2 3 4 5	

Evaluación: la cicatriz y el dispositivo (catéter) se mantuvieron íntegros, limpios y sin datos de infección; se orientó y educó al familiar responsable de los cuidados que deberán realizar.

Tabla 2. Diagnóstico de enfermería: deterioro de la integridad cutánea

Diagnóstico de enfermería NANDA	Objetivo	Intervenciones de enfermería NIC
Deterioro de la integridad cutánea relacionado con humedad excesiva, conocimiento inadecuado del cuidador acerca del mantenimiento y protección de la integridad tisular manifestado por alteración en el color de la piel, descamación, sequedad de la piel y excoriación Población en riesgo: personas en extremos de edad Condiciones asociadas: diabetes <i>mellitus</i> y dispositivos médicos	Restituir la hidratación y priorizar el cuidado de la piel	3590. Vigilancia de la piel 3584. Cuidados de la piel: tratamiento tópico
Resultados de enfermería NOC 1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas Puntuación diana: Mantener a: Aumentar a: Indicadores Integridad de la piel Textura Pigmentación anormal Descamación cutánea		Actividades – Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y mucosas – Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de integridad de la piel (p. ej., escala de Braden) – Observar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de la integridad en la piel y las mucosas – Instruir al familiar/cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel, según corresponda – Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel – Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (p.ej., cambios posturales) – Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas – Uso de cremas blancas con pH neutro, sin perfumes, humectantes, como el petrolato – Disminución del consumo de fósforo inorgánico
Puntuación global Gravemente comprometido Sustancialmente comprometido Moderadamente comprometido Levemente comprometido No comprometido	1 2 3 4 5	

Evaluación: se mostró mayor hidratación en la piel, ausencia de escaras; interés por parte del familiar responsable con relación a los cuidados.

Tabla 3. Diagnóstico de enfermería: riesgo de desequilibrio electrolítico

Diagnóstico de enfermería NANDA	Objetivo	Intervenciones de enfermería NIC
Riesgo de desequilibrio electrolítico relacionado con exceso de volumen de líquidos Condición asociada: régimen terapéutico (diálisis peritoneal)	Evitar desequilibrios en la homeostasis de los niveles electrolíticos adecuados	4120. Manejo de líquidos/electrolitos 5614. Enseñanza: dieta prescrita
Resultados de enfermería NOC 0606. Equilibrio electrolítico y ácido-base Puntuación diana: Mantener a: Aumentar a: Indicadores Nitrógeno ureico sanguíneo (34 mg/dl) Creatinina (3.4 mg/dl) Potasio sérico (5.4 mg/dl) Albúmina sérica (3.0 mg/dl)		Actividades – Observar si hay manifestaciones de desequilibrio electrolítico (fatiga, debilidad, náuseas/vómitos, calambres musculares, alteraciones neurológicas, hinchazón y retención de líquidos) – Informar al paciente sobre los alimentos permitidos y restringidos: – Dieta baja en sales (ingesta de sodio < 2 g/día) ¹⁰ – Ingesta de 0.6-0.8 g/kg/día de proteínas ¹⁰ . En diálisis peritoneal la recomendación es 1.2-1.5 g/kg de peso ideal/día, con un 50% de proteínas de elevado valor biológico – Limitar la ingesta de potasio a 2-3 g/día ¹¹ ; debe ser menor de 3 g/día – Las guías KDIGO del metabolismo mineral recomiendan un aporte de 10-12 mg de fósforo por gramo de proteína. Realizar control de los niveles de fosforo a través de laboratorios que permitan evaluar el riesgo cardiovascular – Informar al paciente y familiar de llevar un control con el nutriólogo, puesto que es el encargado de prescribir la dieta (al estar en un grado 5 con terapia de sustitución renal su dieta va a estar cambiando mes con mes según sus laboratorios) – Hay que considerar que durante la diálisis peritoneal convencional existe una absorción de glucosa desde el dializado, que oscila entre 90 y 140 g/día, por lo que para mantener un control glucémico adecuado hará falta un aporte extra de insulina ¹² . Por ello, es importante tomar en cuenta el esquema de diálisis por la ganancia de glucosa de las bolsas (1.5% es la concentración prescrita) – Remitir al nutriólogo según corresponda. El asesoramiento dietético es importante con el fin de reducir la ingesta de agua y sal, en caso de persistir con hipertensión arterial o sobrecarga de volumen
Puntuación global Desviación grave del rango normal Desviación sustancial del rango normal Desviación moderada del rango normal Desviación leve del rango normal Sin desviación del rango normal	1 2 3 4 5	

Evaluación: sus resultados se encuentran dentro de los parámetros límite. La paciente realiza laboratorios mensuales con la finalidad de llevar un control y ajustar su esquema de diálisis peritoneal.

la escala de Godet. Con relación al sistema cardiovascular, su presión arterial se encuentra elevada, con 146/80 mmHg, y una frecuencia cardiaca de 82 latidos por minuto. Valores de laboratorio: fósforo sérico 3.3 mg/dl, calcio sérico 8.2 mg/dl, relación BUN/creatinina 10, filtrado glomerular 13, leucocitos 9.8, linfocitos 21.1, monocitos 5.9, eosinófilos 2.8, basófilos 0.6, segmentados 69.6, hemoglobina 14.3 g/dl, hematocrito 44.5, eritrocitos 5.4, CMHC 32.2 g/dl, VCM 81.7 fl y plaquetas 207.

- Alimentación: tiene indicada dieta para nefrópata, pero ingiere menos cantidad de la necesaria, ya

que refiere tener falta de apetito. Manifiesta tener intolerancia a la lactosa y padecer distensión abdominal. Refiere que a partir de la colocación del catéter Tenckhoff tuvo una disminución en su peso corporal de 6 kg en un tiempo aproximado de 7 meses, debido al mal apego de la dieta prescrita. La determinación de la glucemia capilar da como resultado 170 mg/dl.

- Eliminación urinaria: presenta incontinencia urinaria y la orina es de color amarillo claro con olor cetónico. Presenta una diuresis de aproximadamente 800 ml en 24 horas.

- Eliminación gastrointestinal: evacua una vez por día, de características oscura y blanda, clasificándola en la escala de Bristol 4.
- Actividad y reposo: necesita apoyo al movilizarse de una andadera, refiere no tener energía para realizar sus actividades. Duerme 6 horas aproximadamente y realiza siestas.
- Estado neurológico: se encuentra alerta, ansiosa principalmente durante el día.
- Desarrollo: actualmente cursa la etapa de la adultez mayor. Cuenta con cirugía previa de colocación de catéter Tenckhoff.
- Desviación a la salud: refiere enfermarse constantemente de vías respiratorias altas y diarreas agudas.

Diagnósticos, intervenciones y evaluación de enfermería

Posterior a la aplicación de los instrumentos de valoración se estructuran los diagnósticos NANDA⁷, que están estructurados de acuerdo con la nomenclatura establecida, así como los resultados según la clasificación NOC⁸ y las intervenciones NIC⁹. Lo anterior es plasmado en el plan de cuidados (Tablas 1 a 3)¹⁰⁻¹².

Conclusión

La ERC es una condición médica seria y progresiva que afecta a un número significativo de personas en todo el mundo, y en especial a los adultos mayores con enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes *mellitus* tipo 2 y la hipertensión arterial. La pérdida gradual de la función renal puede tener consecuencias graves para la salud, afectando no solo la capacidad del cuerpo para eliminar desechos y toxinas, sino también el equilibrio de líquidos y electrolitos esenciales. Además, a medida que la enfermedad avanza se presentan complicaciones que afectan diversos sistemas del organismo, causando impacto en la calidad de vida y afectando a la familia por los altos costos que se generan por la atención médica.

Orem¹³ define el autocuidado como una acción voluntaria aprendida por una persona en su contexto sociocultural. Esta acción tiene como objetivo preservar la vida, la salud y el bienestar, no solo propios, sino también de las personas bajo su responsabilidad, siendo necesario su compromiso. Sin embargo, hay factores que afectan o favorecen la capacidad de autocuidado. El factor que más la favorece es la adherencia al tratamiento, que depende del conocimiento que se adquiera en el entrenamiento. En relación con el tema

se han realizado estudios. Amaro et al.¹⁴ identificaron que es necesario invitar a las enfermeras nefrológicas a seguir desarrollando modelos de enfermería, así como a seguir aplicándolos al campo, ya que todo ello aumenta el conocimiento y la experiencia de la enfermería. Así, la participación de los profesionales de la salud, del cuidador primario y de la familia contribuye en la recuperación del individuo¹⁵.

La participación del profesional de enfermería en la atención primaria de salud permite conocer las necesidades del paciente para poder jerarquizarlas y otorgar los cuidados adecuados. Otros elementos relevantes de la atención primaria son el seguimiento de la recuperación del individuo y la promoción de la salud con relación a los cuidados que se deben llevar para el restablecimiento o el mantenimiento de la salud, los cuales generarán mejores condiciones de vida. Por lo tanto, se puede afirmar que el profesional de enfermería enfocado a la atención primaria en salud no tiene un rol específico y su participación no es solo con la persona enferma, sino que requiere la contribución de la familia y la comunidad.

El autocuidado y la adherencia al tratamiento integral se deben propiciar de manera continua, concisa y adecuada por parte del personal de enfermería para lograr concientizar a la familia que rodea a la persona, así como lograr su colaboración en el cuidado del paciente además de fortalecer el autocuidado de este.

Este proceso de enfermería se realizó en el domicilio tras la valoración mediante una guía basada en la teoría general del autocuidado identificando las necesidades, las cuales fueron jerarquizadas para poder otorgar los cuidados de enfermería. Se le dio seguimiento durante 4 semanas, acudiendo al domicilio de la paciente para poder evaluar los cambios. La paciente, el cuidador primario y la familia mostraron una gran disposición.

La paciente presentaba diversos problemas de salud y los logros fueron producto del compromiso del personal de enfermería, ella misma y el cuidador. Con lo anterior se puede señalar que la enfermedad renal en el adulto mayor representa un desafío significativo para la salud y el bienestar de la persona y de la familia.

Es importante resaltar la importancia de la intervención de enfermería para llevar un manejo eficaz y mejorar la calidad de vida de los pacientes. A través del proceso de enfermería, los profesionales de la salud pueden abordar las múltiples necesidades de los pacientes, y con ello brindar cuidados de manera oportuna y adecuada con el fin de ayudar a controlar los síntomas, prevenir las complicaciones y proporcionar educación continua para el manejo de la enfermedad.

El apego del paciente al tratamiento y el involucramiento activo de los familiares son cruciales en el cuidado. Se puede concluir que una atención de enfermería integral, combinada con el compromiso y la cooperación del paciente y sus familiares, puede marcar una diferencia significativa en el curso de la enfermedad y la calidad de vida del paciente.

La elaboración y la aplicación del proceso enfermero en el domicilio de esta paciente permitió la participación de la familia, además de tomar en consideración el entorno donde vive. Encontrarse en su vivienda le generaba mayor tranquilidad y confianza, y darle seguimiento durante 4 semanas permitió evaluar los avances en cada uno de los cuidados otorgados, sin olvidar que se fortaleció la relación enfermera-paciente, generando un vínculo de mayor confianza.

Cabe destacar que la metodología del proceso enfermero permite sistematizar los cuidados de enfermería considerando al individuo como un ser bio-psico-social, así como señalar que la familia contribuye a la recuperación de la salud del paciente. Todo ello, sin olvidar la importancia de la promoción de la salud por parte del personal de enfermería para prevenir futuras complicaciones en las enfermedades crónicas degenerativas.

Es importante señalar que la atención en el domicilio de la paciente favoreció su recuperación debido a que se sentía más relajada por estar en su entorno, y también permitió reforzar la orientación sobre los cuidados que debía llevar a cabo. Por lo anterior, se resalta que el personal de enfermería debe dar siempre educación en salud a los pacientes para prevenir enfermedades, así como para evitar complicaciones; la educación en salud debe ser siempre permanente.

Financiamiento

Los autores no han recibido financiación alguna con respecto a la investigación y/o autoría de este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro agradecimiento a la paciente por participar en este proceso de enfermería, pues su colaboración fue fundamental para el desarrollo de este trabajo. Asimismo, agradecemos al equipo de trabajo cuyas sugerencias y comentarios contribuyeron significativamente a mejorar la calidad y la precisión del presente trabajo.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han obtenido la aprobación del Comité de Ética para el análisis de datos clínicos obtenidos de forma rutinaria y anonimizados, por lo que no fue necesario el consentimiento informado. Se han seguido las recomendaciones pertinentes.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Referencias

1. CENETEC. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica. Instituto Mexicano del Seguro Social; 2019. (Consultado el 08-03-2024.) Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>.
2. Robalino Rivadeneira ME, Robalino Gualoto RS, Urdaneta Carruyo GM, Machado Herrera PM, Cano Lobato AS. Programa de atención de enfermería, pilar de la atención de pacientes con enfermedad renal crónica. *Rev Cuba Reumatol.* 2020;22:e834.
3. Organización Panamericana de la Salud. La carga de enfermedades renales en la Región de las Américas, 2000-2019. OMS; 2021. (Consultado el 20-09-2024.) Disponible en: <https://www.paho.org/es/enlace/carga-enfermedades-renales>.
4. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. OMS; 2022. (Consultado el 08-03-2024.) Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
5. Kidney International Supplements. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease; 2013. (Consultado el 22-10-2024.) Disponible en: https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf.
6. Perna S, Francis MD, Bologna C, Moncaglieri F, Riva A, Morazzoni P, et al. Performance of Edmonton Frail Scale on frailty assessment: its association with multidimensional geriatric conditions assessed with specific screening tools. *BMC Geriatr.* 2017;17:2.
7. Herdman TH, Kamitzuru S, Lopes CT, editores. Diagnósticos de enfermería. Definiciones y clasificación 2021-2023. 12.ª ed. Barcelona, España: Elsevier; 2021.
8. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas ML, editores. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de resultados en salud. 6.ª ed. Barcelona, España: Elsevier; 2019.
9. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM, editores. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 7.ª ed. Barcelona, España: Elsevier; 2019.
10. Perna S, Sellarés V, Luis Rodríguez D. Nutrición en la enfermedad renal crónica. *Nefrología al Día;* 2024. (Consultado el 28-09-2024.) Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-nutricion-en-la-enfermedad-renal-cronica-220>.
11. Homeostasis y manejo del potasio en el enfermo renal. En: Lorenzo V, López Gómez JM, editores. *Nefrología al Día;* 2020. (Consultado el 28-09-2024.) Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-homeostasis-y-manejo-del-potasio-en-el-enfermo-renal-2020-318>.
12. Ramón RG, Carrasco AM. Diálisis peritoneal en pacientes diabéticos: indicaciones, ventajas y posibles complicaciones. *Avances en Diabetología.* 2010;26:242-7.
13. Orem D. Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Edic. Científicas y Técnicas; 1997.
14. Amaro P, López J, De la Torre M, Jurado L, Jiménez M, López Y. Desarrollo del modelo de autocuidados de Dorotea Orem en pacientes en DPCA. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol.* 1998;1:15.
15. Lowe D, Ryan R, Schonfeld L, Merner B, Walsh L, Graham-Wisener L, et al. Efectos de la colaboración entre usuarios y profesionales sanitarios en la planificación, prestación y evaluación de los servicios de salud. *Cochrane Iberoamérica;* 2021. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013373.pub2/full/es>.

Más allá del colesterol total como meta para la reducción del riesgo cardiovascular

Beyond total cholesterol as a target for cardiovascular risk reduction

Itzel Martínez-Nevarez

Clínica de Prevención Cardiovascular, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

Sr. Editor:

Con esta carta deseo ampliar la información plasmada en la contraportada de la revista del número 3 (septiembre-diciembre) de 2024, haciendo referencia al Día mundial del corazón, y las recomendaciones que ahí se dieron para mantener un riesgo cardiovascular bajo.

Específicamente, quiero enfocarme en las recomendaciones sobre el colesterol total, ya que para fines prácticos y de educación para los lectores no afines al gremio de la salud, se diseñó tal información para su fácil comprensión y practicidad en educación para la salud cardiovascular.

Me permito hacerles de su conocimiento que, si bien desde la década de 1960 el colesterol total fue fundamental en el cálculo del riesgo cardiovascular por lípidos, actualmente son las fracciones de colesterol las que de forma más precisa nos permiten ubicar el riesgo real de un paciente. Es importante que presentemos una posición moderna, tal cual las nuevas guías para el control de las dislipidemias, en particular la Guía de Práctica Clínica Mexicana para el diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias y enfermedad cardiovascular aterosclerótica de 2022¹, así como la Guía de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la European Atherosclerosis Society (EAS) de 2019 sobre el tratamiento de las dislipidemias, que recomiendan una modificación de los lípidos para reducir el riesgo

cardiovascular², y no consideran como meta clínica la reducción del colesterol total para la disminución de dicho riesgo cardiovascular; más bien, se enfocan en la disminución del colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (c-LDL) como principal objetivo terapéutico según el nivel de riesgo cardiovascular de la persona.

El c-LDL ha sido ampliamente vinculado a la enfermedad aterosclerótica, y en eso debemos enfocarnos como personal de salud para la prevención cardiovascular primaria y secundaria, así como en los demás factores de riesgo cardiovascular tradicionales que conocemos.

Hay que recordar que el colesterol total es básicamente todo el colesterol que circula en el torrente sanguíneo, incluyendo el colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (c-HDL), que no está vinculado a aterosclerosis en prevención primaria. Por este motivo, la fracción de colesterol no HDL nos puede dar una mejor estimación de las fracciones lipídicas de mayor aterogenicidad.

Actualmente se está dando atención en las apolipoproteínas B, las cuales están relacionadas con el c-LDL y el c-VLDL, que en niveles altos pueden ser indicación de mayor riesgo^{1,3}, y también la lipoproteína (a) se está estudiando como factor de riesgo cardiovascular independiente^{3,4}.

A través de esta carta, quiero despertar el interés en el tema de prevención cardiovascular que va más allá

Correspondencia:

Itzel Martínez-Nevarez

E-mail: itzel.martinezn@incmnsz.mx

Fecha de recepción: 24-10-2024

Fecha de aceptación: 26-11-2024

DOI: 10.24875/ENF.24000050

Disponible en internet: 13-02-2025

Rev Mex Enf. 2025;13(1):38-39

www.revistamexicanaenfermeria.org

Cómo citar este artículo: Martínez-Nevarez I. Más allá del colesterol total como meta para la reducción del riesgo cardiovascular. Rev Mex Enf. 2025;13:38-39.

2339-7284 / © 2024 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Publicado por Permanyer. Éste es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

de los factores de riesgo tradicionales, ya que la enfermedad aterosclerótica y los eventos cardiovasculares continúan siendo la primera causa de muerte en todo el mundo.

Financiamiento

La autora declara no haber recibido financiamiento para la realización de este trabajo.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. La autora declara que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales de pacientes ni requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. La autora declara que no utilizó ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Bibliografía

1. Pavia-López AA, Alcocer-Gamba MA, Ruiz-Gastélum ED, Mayorga-Butrón JL, Mehta R, Díaz-Aragón FA. Guía de práctica clínica mexicana para el diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias y enfermedad cardiovascular aterosclerótica. Arch Cardiol Mex. 2022;92(Supl):1-62.
2. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la European Atherosclerosis Society (EAS) sobre el Tratamiento de las Dislipemias. Guía ESC/EAS 2019 sobre el tratamiento de las dislipemias: modificación de los lípidos para reducir el riesgo cardiovascular. Rev Esp Cardiol. 2020;73:403.e1-70.
3. Grundy S, Stone N, Bailey A, Beam C, Birtcher KK, Blumenthal RS, et al. AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the management of blood cholesterol: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. JACC. 2019;73:e285-350.
4. Duarte Lau F, Giugliano RP. Lipoprotein(a) and its significance in cardiovascular disease: a review. JAMA Cardiol. 2022;7:760-9.

INSTRUCCIONES PARA AUTORES (VERSIÓN REDUCIDA)

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. La revista se publica cuatrimestralmente en formato electrónico y en papel, de acceso abierto (sin costo para autores ni lectores).

POLÍTICAS DE DIFUSIÓN

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

La revista considerará contribuciones en las siguientes secciones:

- Editorial (por invitación)
- Artículo original
- Artículo de revisión
- Artículo de buenas prácticas en la atención en salud
- Artículo de perspectiva
- Carta al Editor

Los manuscritos deben enviarse a través del sistema editorial electrónico de la revista en la dirección electrónica <http://publisher.revistadeenfermeria.permanyer.com> donde, primeramente, el autor de correspondencia debe registrarse como autor. Una vez que cuente con nombre de usuario y contraseña, podrá cargar en el sistema los archivos de su trabajo siguiendo las instrucciones.

PREPARACIÓN Y ENVÍO DE MANUSCRITOS

Todos los artículos deberán incluir sin excepción título, nombre y apellido(s) de cada autor (sin títulos o cargos); los departamentos institucionales en los que están adscritos, nombre y dirección actual del autor responsable de la correspondencia, el texto completo, tablas y figuras. Los textos deberán estar en procesador de palabras Word. Los manuscritos deberán estar escritos correctamente en lengua española o inglesa. El texto deberá estar escrito a doble espacio en fuente tipográfica Times New Roman a 12 puntos y comenzando en página nueva cada una de las secciones: página frontal, resúmenes en español y en inglés con sus palabras clave, el texto principal, las referencias, las tablas y pies de figuras. Se numerarán las páginas en forma consecutiva comenzando con la página frontal, y se colocará el número en el extremo superior de cada página.

Los artículos deberán comenzar con la página frontal, misma que estará contenida en el mismo archivo del manuscrito (con los autores y sus adscripciones, así como los datos del autor de correspondencia), el cuerpo de la investigación, las declaraciones del conflicto de intereses, financiación y responsabilidades éticas.

En la página frontal debe aparecer el título conciso e informativo del trabajo en español e inglés y un título corto de no más de 40 caracteres (contando espacios y letras); nombre y apellido(s) de cada autor (sin títulos ni cargos); los departamentos institucionales en los cuales se realizó el trabajo; nombre y dirección actual del autor responsable de la correspondencia; agradecimientos y las fuentes del financiamiento de la investigación.

El texto principal debe contener un resumen en español y en inglés, el cuerpo del artículo, referencias, tablas y pies de figuras.

Se sugiere consultar la página de los Requisitos Uniformes para los Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas (Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas), www.icmje.org. Para más información sobre la preparación de los manuscritos, por favor consultar: <http://www.icmje.org/recommendations/browse/manuscript-preparation/preparing-for-submission.html>.

Resumen en español

Se presentará en un máximo de 250 palabras, e indicará el propósito de la investigación, los procedimientos básicos (selección de la muestra, de los métodos analíticos y observacionales); principales hallazgos (datos concretos y en lo posible su significancia estadística), así como las conclusiones relevantes y la originalidad de la investigación. El resumen debe de estar estructurado con los siguientes apartados: Antecedentes, Objetivo, Material Métodos, Resultados y Conclusiones. Al final se anotarán 3 a 6 palabras clave, para facilitar la inclusión en índices internacionales. Se recomienda emplear los términos del Medical Subject Headings del Index Medicus más reciente.

Resumen en inglés

Será escrito en un máximo de 250 palabras con las mismas características que el resumen en español. Se iniciará con una versión del título del trabajo en el idioma inglés. También se señalarán de 3 a 6 palabras clave (keywords). Se sugiere que este párrafo sea revisado por un traductor experimentado, a fin de garantizar la calidad del mismo.

Introducción

Deberá incluir los antecedentes, el planteamiento del problema y el objetivo del estudio en una redacción libre y continua debidamente sustentada en la bibliografía.

Material y métodos

Se señalarán claramente las características de la muestra, los métodos empleados con las referencias pertinentes, en tal forma que la lectura de este capítulo permita a otros investigadores, realizar estudios similares. Los métodos estadísticos empleados deberán señalarse claramente con la referencia correspondiente. Los autores deben detallar en este apartado los procedimientos éticos que han seguido; necesarios para experimentos con animales, pacientes, manejo de datos confidenciales, consentimiento informado, etc. y que cuentan con la autorización del comité de ética de su institución.

Resultados

Deberán incluir los hallazgos importantes del estudio, comparándolos con las figuras o gráficas estrictamente necesarias y que amplíen la información vertida en el texto. No repita información en el escrito y en las tablas y/o figuras.

Discusión

Deberán contrastarse los resultados con lo informado en la literatura y con los objetivos e hipótesis planteados en el trabajo.

Conclusiones

En esta sección resumirán las principales conclusiones del estudio y si estas fueran preliminares se sugerirán futuros estudios que necesitarían realizarse. Es necesario que las conclusiones sean congruentes con los objetivos que se plantearon y que se deriven directamente del proceso de investigación realizado.

Agradecimientos

En esta sección se describirán los agradecimientos a personas e instituciones, así como los financiamientos. Esta sección debe ir en la página frontal para que el documento principal del manuscrito siga siendo anónimo.

Referencias

Se presentarán de acuerdo con los Requisitos Uniformes para los Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas (Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas). Las referencias se indicarán con números arábigos en forma consecutiva y en el orden en que aparecen por primera vez dentro del texto. Se referirán en el texto, tablas y pies de figura con los números correspondientes. En las citas con múltiples autores (más de seis autores), se deberá incluir únicamente los 6 primeros autores del trabajo, seguido de et al., después de la abreviatura del nombre o nombres del 6º autor. En el caso de 6 o menos autores, se deberá incluir en la cita a todos ellos, (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

Tablas

Deberán presentarse a doble espacio, numerados en forma consecutiva con caracteres romanos en el orden citado dentro del texto, con los títulos en la parte superior y el significado de las abreviaturas, así como las notas explicativas al pie. Se deberán incluir al final del manuscrito después de la sección de referencias.

Figuras o gráficas

Los pies de figura se escribirán a doble espacio. El pie contendrá la información necesaria para interpretar correctamente la figura sin recurrir al texto. Deben referenciarse en el texto por orden. Calidades: Los gráficos, trazados y dibujos deben ser generados con programas de gráficos de alta resolución (JPG, TIFF, EPS, PowerPoint e Illustrator). Toda la iconografía debe ser original. En caso contrario, se debe citar la referencia del origen y el autor deberá obtener el permiso previo de la editorial respectiva. En las figuras no se repetirán datos ya escritos en el texto. Las fotografías de objetos incluirán una regla para calibrar las medidas de referencia. En las microfotografías deberá aparecer la ampliación microscópica o una barra de micras de referencia. El nombre, la cara, los datos del paciente o cualquier característica reconocible no aparecerán en las figuras. Se sugiere a los autores agregar ilustraciones que complementen el texto.

DECLARACIONES ÉTICAS

Responsabilidades éticas

En relación con los posibles conflictos de interés, el derecho de los sujetos a la privacidad y confidencialidad, así como los derechos humanos y animales como sujetos de investigación, la revista se adhiere a los "Requisitos uniformes para preparar los manuscritos que se presentan a las revistas biomédicas: redacción y edición de publicaciones biomédicas" en la versión más reciente publicada por el International Committee of Medical Journal Editors en su página <http://www.icmje.org>. Se solicitará copia del consentimiento informado en el caso de estudios con pacientes y casos clínicos, así como la aprobación del Comité de Bioética de la institución correspondiente en el caso de estudios clínicos y experimentales.

Podrá descargar el formato accediendo a la siguiente liga:

<http://www.permanyer.com/formulario-responsabilidades/>

Financiamiento

El autor debe mencionar las organizaciones que financian su investigación en el manuscrito, incluyendo los números de subvención en caso de que fuesen necesarios.

Conflicto de intereses

Los autores deben describir cualquier relación financiera o personal que tengan con otras personas u organizaciones y que pudieran dar lugar a un conflicto de intereses en relación con el artículo que se remite para publicación.

COPYRIGHT

Los trabajos enviados deberán acompañarse de una carta firmada por todos los autores del trabajo, en la que se haga constar que éste 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 aceptado, ceden los derechos de autor a la revista. Todo material aceptado para publicación será propiedad de la revista y tiene la licencia Creative Commons: CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).