



**Revisión en el campo de la enfermería:
acciones educativas de promoción, prevención
y detección de cáncer de mama**

Review in the field of nursing: educational
actions for the promotion, prevention, and
detection of breast cancer

Edith Carolina Hernández-Román *et al.*

Editorial



Transformar el proceso educativo de enfermería:
un compromiso colectivo para resignificar la
intersección de la formación al trabajo
Diana Guadalupe Bañuelos-González

Revisión



Práctica de enfermería perinatal en México:
control prenatal en la mujer con embarazo
de bajo riesgo
Milca Edith Hernández-Aguirre

Investigación



Tamizaje de depresión posparto y violencia
de pareja: factores en mujeres púrpuras
que acuden a consulta de medicina familiar
Tzitziqui Ahuanda Morales-Chavez *et al.*

Experiencias de la práctica



Nemotecnia *cuidados críticos*: guía para
el plan de cuidados de enfermería
Eduardo Alberto García-Pulido

Investigación



Intervención educativa participativa:
evaluación cognitiva y técnica del tamiz
neonatal en personal de enfermería
Alejandra Silvia Gárate-Aguilar *et al.*

Vol 33 | Núm 3 | **Julio-septiembre
2025**

Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social

julio-septiembre 2025 vol. 33 núm. 3

Directorio

DIRECCIÓN GENERAL

Zoé Alejandro Robledo Aburto

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

Alva Alejandra Santos Carrillo

UNIDAD DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

Rosana Pelayo Camacho

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Laura Cecilia Bonifaz Alfonso

DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Rodolfo Rivas Ruiz

ÁREA DE PROCESOS EDITORIALES

Alejandro Moctezuma Paz

EDITORA

Laura Cecilia Bonifaz Alfonso

EDITORA EJECUTIVA

María Antonieta Castañeda Hernández

EDITORA ASOCIADA

Fabiana Maribel Zepeda Arias

CONSEJO EDITORIAL

Teresita de Jesús Ramírez Sánchez

Instituto Mexicano del Seguro Social

Victoria Leonor Fernández García

Universidad Nacional Autónoma de México

Manuel Antonio López Cisneros

Instituto Mexicano del Seguro Social

COMITÉ EDITORIAL NACIONAL

Carolina Consejo y Chapela

Instituto Mexicano del Seguro Social

Rosa Amarilis Zárate Grajales

Universidad Nacional Autónoma de México

Erick Alberto Landeros Olvera

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Ramiro Altamira Camacho

Universidad Autónoma de Aguascalientes

Lizeth Guadalupe López López

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y
Nutrición Salvador Zubirán

Silvia Eliosa Zenteno

Instituto Mexicano del Seguro Social

COMITÉ EDITORIAL INTERNACIONAL

María Helena Palucci Marziale

Universidade de São Paulo, Brasil

Higinio Fernandez-Sánchez

University of Texas

Health Science Center Houston, USA

Nelcy Martínez Trujillo

Universidad de Ciencias, Escuela Nacional
de Salud Pública, La Habana, Cuba

Francisco Carlos Félix Lana

Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Mary Luz Jaimes Valencia

Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia

CUIDADO DE LA EDICIÓN

Iván Álvarez Hernández

Omar Geovani Vivas Medrano

DISEÑO GRÁFICO

Mylene Araiza Márquez

INDIZACIÓN

José Antonio Franco Rico

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

José Antonio Franco Rico

Samuel Iván García Bahena

REVISTA DE ENFERMERÍA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, año 33, número 3, julio-septiembre de 2025, es una publicación trimestral, editada en idioma español por el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de la Dirección de Prestaciones Médicas, Avenida Paseo de la Reforma 476, colonia Juárez, alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México. Web: <https://revistaenfermeria.imss.gob.mx/>, correo electrónico: revista.enfermeria@imss.gob.mx. Contacto: María Antonieta Castañeda Hernández, correo electrónico: maria.castanedah@imss.gob.mx. Licitud de Título No. 11896 y Licitud de Contenido 8500, conferidos por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación. Composición tipográfica en Ebrima, Kalinga, Garamond y Rockwell

Los conceptos, ideas u opiniones explícitas en los documentos publicados, así como la procedencia y exactitud de las citas son responsabilidad exclusiva de sus autores.

Número de Certificado de Reserva de Derechos al Uso Exclusivo de Título: 04-2023-062116444300-102, otorgado por el Instituto Nacional del Derecho de Autor.

REVISTA DE ENFERMERÍA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, como un medio de difusión del conocimiento disciplinar de enfermería y de las ciencias de la salud, promueve el uso responsable y ético de los documentos publicados, así como el reconocimiento apropiado de la autoría y créditos a la revista.

INDIZADA EN: BDEnf, LILACS, BIBLAT, Periódica, CUIDEN, Google Académico

e-ISSN: 2448-8062

Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2025;33(3).

Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social

julio-septiembre 2025 vol. 33 núm. 3

Diseño de portada:
Mylene Araiza Márquez



Editorial



- e1550** Transformar el proceso educativo de enfermería: un compromiso colectivo para resignificar la intersección de la formación al trabajo
Transforming the nursing education process: A collective commitment to redefine the intersection of training towards work

Diana Guadalupe Bañuelos-González

Investigación



- e1493** Eficiencia terminal y motivos de deserción de alumnos del Diplomado de Actualización de Competencias Docentes
Completion efficiency and reasons for student drop-out from the Diploma course Update on Teaching Skills

María de los Ángeles Merino-Rivera, Marina Rugerio-Ramos, Jacqueline Lezama-González, Socorro Méndez-Martínez, Máximo Alejandro García-Flores, Jorge Ayón-Aguilar, Israel Aguilar-Cózatl, Luz Karina Ramírez-Dueñas

Investigación



- e1499** Intervenciones de enfermería y resultados esperados: proceso de curación de las quemaduras en el paciente adulto gran quemado
Nursing interventions and expected outcomes: Burn healing process in severely burned adult patients

María Concepción Martínez-Castillo, Edgar Ernesto Martínez-Campos, Gustavo Daniel Rodríguez-Ávila

Investigación



- e1515** Baño del recién nacido prematuro en casa: conocimientos y habilidades de los padres con la metodología tipo taller
Bath of the premature newborn at home: Parents' knowledge and skills using a workshop-style methodology

Roberto Carlos Guerrero-Rodríguez, Claudia Irene Longoria-Rocha, Abel Ontiveros-García, Adriana Ivette Martínez-Zamarripa, Carlos Paque-Bautista, Gabriela del Rocio Saldivar-Lara, Alma Patricia González, Gloria Patricia Sosa-Bustamante

Investigación



- e1517** Tamizaje de depresión posparto y violencia de pareja: factores en mujeres puérperas que acuden a consulta de medicina familiar
Screening for postpartum depression and intimate partner violence: Factors in postpartum women attending family medicine consultations

Tzitziqui Ahuanda Morales-Chavez, Gabriela Morales-Patiño, Berenice Argüello-Florián

Investigación



- e1510** Intervención educativa participativa: evaluación cognitiva y técnica del tamiz neonatal en personal de enfermería
Participatory educational intervention: Cognitive and technical assessment of neonatal screening in nursing staff

Alejandra Silvia Gárate-Aguilar, Karla Betzabe Saavedra-González, Sergio Carlos Fernández-Martínez, Mónica Robledo-González

Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social

julio-septiembre 2025 vol. 33 núm. 3

Investigación



e1497 Metacognición de estudiantes de la salud: relación entre autoconocimiento, autorregulación y eficiencia académica

Metacognition of health students: relationship between self-knowledge, self-regulation and academic efficiency

Raquel Martínez-Rodríguez, José Guillermo Carrillo-Medrano, Luis Roberto López-Aparicio

Revisión



e1547 Revisión en el campo de la enfermería: acciones educativas de promoción, prevención y detección de cáncer de mama

Review in the field of nursing: Educational actions for the promotion, prevention, and detection of breast cancer

Edith Carolina Hernández-Román, Jacqueline Lezama-González, Socorro Méndez-Martínez, Máximo Alejandro García-Flores, Jorge Ayón-Aguilar

Revisión



e1494 Práctica de enfermería perinatal en México: control prenatal en la mujer con embarazo de bajo riesgo

Perinatal nursing practice in Mexico: prenatal care for women with low-risk pregnancies

Milca Edith Hernández-Aguirre

Experiencias
de la práctica



e1532 Nemotecnia cuidados críticos: guía para el plan de cuidados de enfermería

Critical care mnemonic: guide to the nursing care plan

Eduardo Alberto García-Pulido

Diana Guadalupe Bañuelos-González^{1a}

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro de Investigación Educativa y Formación Docente. Mérida, Yucatán, México

Doi: 10.5281/zenodo.15708263

ORCID

0009-0003-8508-9306^a

Resumen

La enseñanza y el aprendizaje de la enfermería han estado marcados por un modelo educativo que reproduce estructuras de poder que se desplazan al campo laboral-profesional en un sistema de salud predominantemente medicalizado. Se enfatiza sobre el compromiso colectivo y ético para resignificar la intersección de la formación al trabajo y reivindicar a la enfermería como un campo de conocimiento autónomo y estratégico para la salud de las personas, las familias y las comunidades.

Palabras clave (DeCS):

Educación en Enfermería
Formación del Profesorado
Empoderamiento
Epistemología Feminista
Poder Institucional

Keywords (DecS):

Education, Nursing
Teacher Training
Empowerment
Feminist Epistemology
Institutional Power

Abstract

Nursing teaching and learning have been characterized by an educational model that reproduces power structures that are displaced into the professional field in a predominantly medicalized health system. Emphasis is placed on collective and ethical commitment to redefine the intersection of training and work and reclaim nursing as an autonomous and strategic field of knowledge for the health of individuals, families, and communities.

Correspondencia:

Diana Guadalupe Bañuelos
González

Correos electrónicos:

diana.banuelos@imss.gob.mx
orangeskyy.2016@gmail.com

Fecha de recepción:

15/04/2025

Fecha de aceptación:

11/06/2025



En 2009, con 21 años de edad como pasante de enfermería enfrenté situaciones que marcaron profundamente mi comprensión del cuidado a las personas. En ese entonces, atendí a niñas de 13 años embarazadas por hombres mayores, mujeres golpeadas y despojadas de toda dignidad, así como a mujeres hospitalizadas cuyas preocupaciones relacionadas con la atención médica eran sistemáticamente minimizadas debido al sesgo de género predominante en la práctica médica. Ante estos casos, era *como si la violencia fuera invisible para todos*, un ciclo aceptado y naturalizado dentro del sistema de salud. En ese entonces, no tenía las herramientas para comprender lo que estaba viviendo.

Mi formación como enfermera fue eminentemente técnica, centrada en procedimientos y protocolos, pero carente de una reflexión crítica, ética y política, situación que refleja una realidad sobre la enseñanza y el aprendizaje de la enfermería, la cual es atravesada por dinámicas que históricamente sitúan a la profesión en un estatus de subordinación en la estructura del sistema de salud con base en un modelo de atención biomédico.

Algunos años después, al adentrarme en el estudio de la teoría feminista de Nancy Krieger¹ sobre la epidemiología social, fue que comprendí que las violencias que había presenciado no eran casos aislados ni errores individuales. Fue entonces que pude nombrar aquellas “omisiones” de la atención médica hacia las mujeres como sesgo de género en la medicina, como un problema estructural que se manifiesta en la sistemática subestimación, ignorancia o deslegitimación de las dolencias de las mujeres. Las violencias domésticas y sexuales, en particular, eran minimizadas, ignoradas o incluso atribuidas a factores psicológicos antes que a realidades físicas o emocionales evidentes.

Aún hoy me pregunto: ¿Qué habría cambiado si alguien me hubiera hablado de estos temas durante mis años de estudiante de la licenciatura? Tal vez habría comprendido la dimensión de mi responsabilidad ética para cuestionar estos patrones, y, en consecuencia, ofrecer un cuidado de enfermería más justo y más crítico para las mujeres víctimas de violencia.

Me tomó algunos años más descubrir conceptos como la interseccionalidad de Kimberlé Crenshaw,² y las epistemologías feministas de Sandra Harding,³ a las que llegué casi por accidente. Cabe decir que tal descubrimiento no fue en las aulas de mi formación como enfermera, sino en conversaciones de sobremesa con amigas formadas en ciencias sociales. Fueron ellas quienes me explicaron estos términos con la claridad que solo se obtiene cuando

estas teorías se integran en la mirada crítica personal. Fue entonces cuando comencé a cuestionar cómo el género, la clase y las estructuras de poder no solo se intersectan, sino que moldean cada aspecto de la realidad, desde la vida de las comunidades rurales de nuestro México hasta cada aspecto del sistema público de salud en el que laboramos.

¿Es tiempo de reflexionar acerca de la formación de enfermería y, en particular, sobre las competencias de conocimiento y pensamiento crítico con las que egresan las pasantes de enfermería, a fin de entender la lógica de las desigualdades estructurales que atraviesa la práctica profesional en los centros de salud y los hospitales?

Para entender esta lógica, es preciso recuperar el origen de la enfermería desde la formación y cómo esta ha sido posicionada en el campo laboral-profesional dentro de un sistema de salud estructuralmente jerárquico, con predominio de un modelo médico biologicista, en el cual la práctica de la enfermería se ha sostenido en un rol asistencial y subordinado. Lo anterior es resultado de una lógica curricular de formación de los perfiles requeridos por las instituciones de servicios de salud y en función del modelo de atención actual.

Mi trayectoria laboral-profesional en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) la inicié como auxiliar de enfermería, enfermera general y enfermera especialista. En este recorrido institucional me percaté de que el ejercicio profesional de enfermería en el sistema de salud no es autónomo, aun con la formación universitaria y de posgrado. Lo anterior se comprende desde la propia estructura institucionalizada del campo laboral-profesional, organizado por niveles de atención, de forma lineal y jerárquica, que determina la posición e interacción profesional e interprofesional. En esta lógica, las formas instituidas de las relaciones y fuerzas de poder desde la formación al trabajo construyen las pautas de comunicación, cooperación, toma de decisiones y respeto mutuo que cada profesional de salud acepta y a partir del cual actúa en consecuencia.⁴

Es así que las relaciones e interacciones entre docentes y estudiantes cobran sentido en la posibilidad de desarticular el ciclo de construcción, reproducción y desplazamiento de las prácticas normalizadas en el campo de la enfermería. Desde el marco de la pedagogía de la crueldad, Rita Segato⁵ advierte que estas dinámicas no solo deshumanizan a quienes aprenden, sino también a quienes enseñan. De esta manera la educación se convierte en un espacio de reproducción de violencia institucional, donde se normaliza la exclusión, la obediencia acrítica y

la precarización docente. Este entramado impide que los educadores cuestionen su propia posición dentro de un sistema que también los oprime.

Surge entonces una pregunta crucial: ¿Cómo transformar el proceso de enseñanza-aprendizaje que funciona como un dispositivo para garantizar la continuidad de un modelo biomédico en el que prevalece la desvalorización del conocimiento y del saber disciplinar de la enfermería?

La transformación del proceso enseñanza-aprendizaje no puede ser un esfuerzo individual ni voluntarista; más bien, se trata de una tarea urgente y colectiva que implica dignificar a quienes integran este proceso al garantizar condiciones laborales justas, espacios reales para la reflexión crítica y un compromiso ético profundo con la enseñanza. Es desde este análisis que emerge la necesidad de una

transformación concreta que incorpore la investigación-acción participativa, orientada a la creación del conocimiento colectivo y a la resignificación crítica de la enseñanza y el aprendizaje de la enfermería, todo lo cual privilegie el diálogo, la autonomía crítica y el protagonismo del estudiante como sujeto de saber.⁶

Con educadores que se reconozcan como actores políticos con compromiso ético, con una comprensión sensible del contexto de las estructuras que sostienen la subordinación histórica de nuestra profesión, se enmarca la posibilidad de estrategias de reflexión y autocrítica para desarticular el ciclo de reproducción de las prácticas educativas institucionalizadas. Se trata de imaginar que la educación y la práctica de la enfermería pueden ser un espacio de comunidad y transformación.

Referencias

1. Krieger N. Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider? *Soc Sci Med*. 1994;39(7):887-903. doi: 10.1016/0277-9536(94)90202-x
2. Crenshaw K. Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics. *Univ Chicago Legal Forum*. 1989;(1): 139-67. Disponible en: <https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=uclf>
3. Harding SG. *The science question in feminism*. Ithaca, NY: Cornell Univ Press; 1986. Disponible en: <https://www.andrew.cmu.edu/course/76-327A/readings/Harding.pdf>
4. Castañeda-Hernández MA, Gaytán-Alcalá F, Bernal-Lugo JR. La Resignificación de las relaciones de poder en el campo de la enfermería: Tránsito de la formación académica al campo laboral-profesional del personal de enfermería del IMSS. México: Memorias del Concurso Lasallista de Investigación, Desarrollo e innovación. 11 de octubre de 2024;11(2):71-5. doi: 10.26457/mclidi.v11i2.4278
5. Segato RL. *La guerra contra las mujeres*. Primera edición. Madrid: Traficantes de Sueños; 2016. Disponible en: https://traficantes.net/sites/default/files/pdfs/map45_segato_web.pdf
6. Freire P. *Pedagogía del oprimido*. México: Siglo XXI Editores; 1970. Disponible en: <https://www.servicioskoinonia.org/biblioteca/general/FreirePedagogiadelOprimido.pdf>

Cómo citar este artículo/To reference this article:

Bañuelos-González DG. Transformar el proceso educativo de enfermería: un compromiso colectivo para resignificar la intersección de la formación al trabajo. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2025;33(3): e1550. doi: 10.5281/zenodo.15708263

María de los Ángeles Merino-Rivera,^{1a} Marina Rugerio-Ramos,^{1b} Jacqueline Lezama-González,^{2c} Socorro Méndez-Martínez,^{3d} Máximo Alejandro García-Flores,^{4e} Jorge Ayón-Aguilar,^{5f} Israel Aguilar-Cózatl,^{6g} Luz Karina Ramírez-Dueñas^{1h}

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro de Investigación Educativa y Formación Docente. Puebla, Puebla, México

²Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, División de Investigación en Salud. Puebla, Puebla, México

³Instituto Mexicano del Seguro Social, Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Puebla, Coordinación de Planeación y Enlace Institucional. Puebla, Puebla, México

De la adscripción 4 en adelante continúan al final del artículo ▲

Doi: 10.5281/zenodo.15708279

Resumen

ORCID

0009-0007-2327-1021^a

0000-0001-9471-604X^b

0009-0004-1671-1795^c

0000-0001-7463-0580^d

0000-0002-5028-9178^e

0000-0001-9704-8032^f

0000-0002-5184-0523^g

0000-0003-4690-9618^h

Palabras clave:

Educación Profesional
Educación Basada en Competencias
Educación Continua
Personal Docente

Introducción: la educación continua profesional docente en el ámbito institucional es crucial para el fortalecimiento del proceso enseñanza-aprendizaje, mediante la evaluación de la calidad y eficiencia terminal para mejorar los planes didácticos con integración de sus elementos, pertinencia y congruencia.

Objetivo: evaluar la eficiencia terminal del Diplomado de Actualización de Competencias Docentes y variables relacionadas con la deserción.

Metodología: estudio transversal y retrospectivo que midió la eficiencia terminal y las variables relacionadas con la deserción en 114 registros de alumnos inscritos tanto en modalidad presencial como en línea de los años 2021, 2022 y 2023.

Resultados: la proporción de deserción fue del 8.7% (10). La edad fluctuó entre 32 y 62 años. Predominó el género femenino en 73.3% (87). Las categorías laborales participantes fueron médico no familiar 35%, médico familiar 32.4%, personal de enfermería 14.7%. La eficiencia terminal global total fue del 91.2%: en modalidad presencial fue del 92% y en línea del 85%.

Conclusión: la eficiencia terminal en modalidad presencial fue alta. Las causas de deserción fueron bajas y esta se presentó en la modalidad en línea. La propuesta de mejora es la evaluación integral que incluya atributos de la calidad y con enfoque micro, meso y macro del sistema.

Keywords:

Education, Professional
Competency-Based Education
Education, Continuing
Educational Personnel

Abstract

Introduction: Continuing professional teacher education in the institutional sphere is crucial for strengthening the teaching-learning process, by evaluating the quality and efficiency of the course to improve teaching plans with the integration of their elements, relevance, and consistency.

Objective: To evaluate the completion efficiency of the Diploma course Update on Teaching Skills and variables related to drop-out rates.

Methodology: Cross-sectional and retrospective study which measured the completion efficiency and variables related to drop-out rates in 114 records of students enrolled in both in-person and online courses in 2021, 2022, and 2023.

Results: The drop-out rate was 8.7% (10). The age ranged from 32 to 62 years. The female gender predominated at 73.3% (87). The participating occupational categories were non-family physicians 35%, family physicians 32.4%, and nursing staff 14.7%. The overall completion rate was 91.2%: in the in-person modality it was 92%, and online 85%.

Conclusion: The completion rate in the in-person modality was high; the causes of drop-out were low, and the drop-out was present on the online modality. The improvement proposal is a comprehensive evaluation that includes quality attributes and focuses on the system's micro, meso, and macro approaches.

Correspondencia:

María de los Ángeles Merino Rivera

Correo electrónico:

maria.merinor@imss.gob.mx

Fecha de recepción:

03/07/2024

Fecha de aceptación:

17/12/2024

Introducción

Actualmente hay una demanda de docentes competentes para el desempeño de funciones académicas. Una persona docente es competente con base en la adquisición de conocimientos y el desarrollo de habilidades para el liderazgo, la resolución de problemas y capacidades de negociación, por mencionar algunas.¹ La evaluación periódica curricular docente en el IMSS tiene los propósitos de diagnóstico, diseño e implementación de estrategias de mejora profesional y educación de calidad.²

Las competencias de los docentes impulsan durante la formación la relación del sujeto con su trabajo en la forma en que percibe, analiza, organiza, reformula y enfrenta los desafíos del porvenir. El plan es alentar el diseño de estrategias y la elaboración de materiales mediante los cuales el docente hace evidente la integración de conocimientos, habilidades y valores.³ Por otra parte, la docencia facilita el desarrollo integral del alumno por medio del diseño, la planeación, la implementación, la evaluación y la investigación para la mejora continua del proceso de enseñanza y aprendizaje.⁴

La principal función del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente (CIEFD), perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), es contribuir mediante la formación docente al fortalecimiento de la carrera docente institucional, la investigación en educación y las humanidades en salud, orientadas a mejorar los procesos de educación.⁵ En este sentido y con la finalidad de fortalecer las capacidades y habilidades docentes del IMSS, en el CIEFD se ha desarrollado e implementado el Diplomado de Actualización de Competencias Docentes para el Área de la Salud⁶ como parte de la carrera docente institucional, la cual impulsa la mejora de la calidad de la atención desde la innovación en la investigación, en la salud y en la educación.⁷ Un indicador clave para la evaluación de un proceso educativo es la eficiencia terminal, que se mide con el porcentaje de alumnos que concluyen un curso en el tiempo previsto, lo cual permite identificar las áreas de oportunidad en la calidad y efectividad del programa de formación continua, así como los resultados de la implementación de un curso y así determinar las causas que interrumpen el desarrollo de estos.⁸

En un centro de investigación e innovación tecnológica Peinado-Camacho *et al.*⁹ determinaron una eficiencia terminal del 55% (19 alumnos), y entre las causas de deserción identificaron que fue por decisión propia, por

enfermedad y por cambio de programa. Dichas causas se relacionaron con la etapa de formación.

Valdés Hernández *et al.*¹⁰ evaluaron la línea de vida estudiantil de una generación a partir de la educación primaria, secundaria, media superior y superior. La eficiencia terminal fue del 91% en primaria, 72% en secundaria, 45% en media superior y 66.9% en superior. De cada 100 alumnos que ingresaron a la primaria, solo el 17% finalizó su preparación profesional; dicha eficiencia se asoció con la población que se inserta en el sector productivo. Por lo tanto, interrumpen la continuidad de la trayectoria de formación en los niveles medio superior y superior por factores económicos, sociales y culturales.

Cruz Vega¹¹ reportó que de 1323 participantes del programa Hospital Seguro, el cual está centrado en el uso de tecnologías de la información, solo el 18% concluyeron y aprobaron el curso, el 55% finalizó y no aprobó, y el 27% no mostró interés. Asimismo, señala que aunque la eficiencia terminal permite conocer el porcentaje de estudiantes que concluyen un curso, no es posible asegurar la cantidad y calidad de conocimientos adquiridos. También establece que con la implementación de evaluaciones al final del curso se puede situar la calidad del aprendizaje obtenido.

Por lo anterior, el enfoque de la medición de eficiencia terminal debe ser cuantitativo y cualitativo. Al respecto Gómez Sahagún¹² evaluó la eficiencia terminal y el promedio obtenido por los estudiantes en una escuela de educación media superior; la eficiencia terminal fue del 73%, con un promedio general de 88.2. La eficiencia terminal no va de la mano del promedio de los alumnos y aunque no reporta la calidad del conocimiento sí es una oportunidad para la búsqueda de herramientas que contribuyan a la mejora en la calidad de los cursos y conocimientos adquiridos.

La enseñanza y el aprendizaje son 2 elementos inseparables, por lo que el docente utiliza distintos métodos y técnicas de enseñanza con el objetivo de facilitar el aprendizaje y la construcción del conocimiento. Por ello, es imprescindible tender un puente dialógico entre el docente y el alumno y no solo la transmisión de información.¹³ El acceso a la educación mediante plataformas gratuitas y de acceso libre para la realización de cursos facilita el desarrollo de un proceso educativo. En la evaluación de la plataforma CLIMSS como herramienta de alfabetización abierta para el público general y para profesionales de la salud, se determinó una eficiencia terminal del 85%.¹⁴

Por lo anterior, el objetivo del presente estudio fue evaluar la eficiencia terminal del Diplomado de Actualiza-

ción de Competencias Docentes y variables relacionadas con la deserción.

Metodología

Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo realizado en el CIEFD. Se incluyeron todos los registros disponibles en ese centro educativo, correspondientes a los archivos del diplomado durante los periodos de agosto a diciembre de 2021, 2022 y 2023, así como los periodos de febrero a junio del 2021, 2022 y 2023 en modalidad presencial y los periodos de febrero a junio de 2022 y 2023 en modalidad en línea. Se obtuvo información referente al número de alumnos inscritos al diplomado y la frecuencia de cumplimiento de requisitos para el acreditamiento.

El Diplomado de Actualización de Competencias Docentes para el Área de la Salud fue estructurado en 4 módulos y 16 sesiones, es decir, una sesión por semana en un tiempo aproximado de 4 meses. En cada módulo se desarrollaron los siguientes temas: 1) Generalidades del enfoque por competencias, 2) Planeación didáctica, 3) Estrategias de enseñanza aprendizaje en la clínica, y 4) Evaluación educativa.

Los motivos de deserción de los alumnos inscritos en el diplomado se agruparon en: a) exceso en la carga de trabajo, b) incumplimiento en los acuerdos convenidos

con los jefes inmediatos superiores para asistir a los cursos, c) incumplimiento relacionado con la normatividad para la acreditación del curso (exceder el límite de inasistencias). Cabe señalar que las causas de deserción fueron reportadas por los alumnos del diplomado.

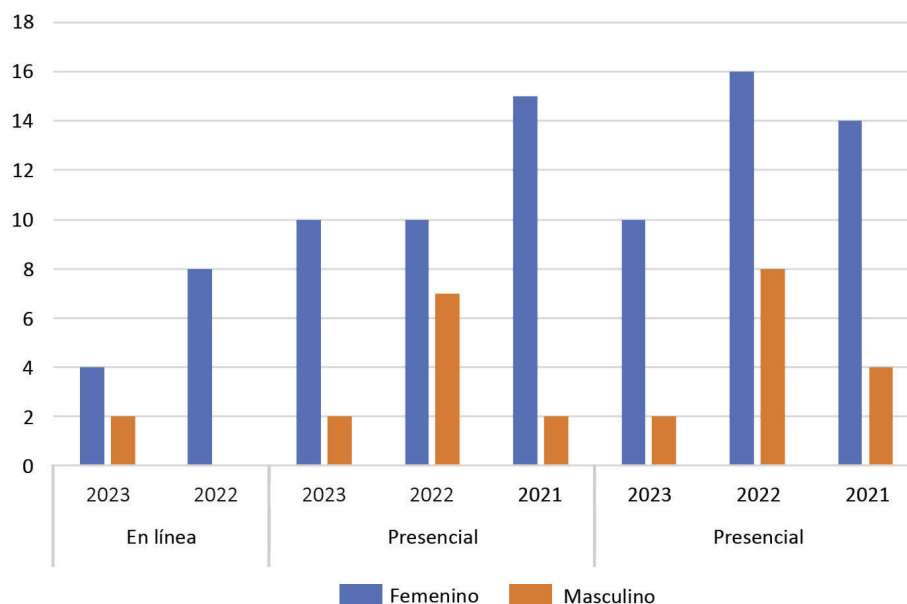
El análisis estadístico fue descriptivo. Las variables categóricas se expresaron en porcentajes y las variables numéricas con tendencia central de acuerdo con la distribución de las variables. El porcentaje de eficiencia terminal se determinó con el número de alumnos acreditados por periodo entre el número de alumnos inscritos por 100. Los datos fueron analizados mediante el programa SPSS, versión 25.

Resultados

Del total de 114 alumnos inscritos en el Diplomado de Actualización de Competencias Docentes para el Área de la Salud en modalidad presencial y en línea, durante el periodo del estudio predominó la participación del género femenino con 76.4% (87) y masculino con 23.6% (27) en ambas modalidades (figura 1).

Las categorías laborales de los participantes fueron médico no familiar y médico familiar con 35 y 32.4%, respectivamente, con menor participación de las categorías de asistente médica y laboratorista con 0.87% (cuadro I).

Figura 1 Participación por género de los alumnos inscritos en el Diplomado de Actualización de Competencias Docentes para el Área de la Salud (n = 114)



Fuente: elaboración propia

Cuadro I Categoría laboral de los alumnos egresados del Diplomado de Actualización de Competencias Docentes para el Área de la Salud (n = 114)

Categoría laboral	n	%
Médico no familiar	40	35
Médico familiar	37	32.4
Enfermera general	9	7.8
Personal de enfermería en puestos gerenciales	5	4.3
Enfermera especialista o auxiliar	3	2.6
Especialista en nutrición o nutrióloga	4	3.5
Técnico en radioterapia o radioterapeuta	3	2.6
Jefe de asistentes médicas	1	0.8
Laboratorista	1	0.8
Otros	11	9.6

Fuente: elaboración propia

De los 114 alumnos inscritos, acreditaron 104 (91.3%). La eficiencia terminal global a 3 años fue del 91.2%, mientras que de manera anual la eficiencia terminal fue del 97% para 2021, 91% en 2022 y 83% en 2023. En el periodo de febrero a junio en la modalidad en línea, la eficiencia terminal fue del 66% y hubo deserción de 2 participantes. Entre los motivos de deserción se identificó el exceso de carga de trabajo, incapacidad, cambio de adscripción y problemas personales; también algunos refirieron su preferencia por el diplomado en modalidad presencial (**cuadro II**). La eficiencia terminal global por cada año del estudio fue del 97% en 2021 con la mejor eficiencia terminal durante la pandemia por COVID-19; se identificó disminución en 2022 con 91% y en 2023 con 83%. La eficiencia terminal global por el total del periodo de estudio fue del 91.2%.

Discusión

La profesionalización docente es una estrategia de fortalecimiento del proceso de enseñanza-aprendizaje mediante la planeación de programas de actualización docente que favorecen el trabajo flexible y de autogestión por parte del alumno, con el acompañamiento y seguimiento de un tutor, a fin de identificar oportunamente las variables que inciden en el abandono.¹⁵

En un curso de especialización en Medicina familiar en México, se obtuvo una eficiencia terminal de más del 50%; más de la mitad de los participantes fueron hombres y las causas de baja se relacionaron con las competencias académicas en el dominio de una lengua extranjera y en la experiencia en metodología de la investigación o publicación científica. En contraste con la presente investigación, las principales causas de deserción fueron más de índole personal y laboral.¹⁶

En estudiantes de la carrera de Ingeniería mecánica se identificó que los motivos de deserción estaban relacionados con la falta de motivación, dificultad en el aprendizaje, actitud de los docentes, necesidades económicas, problemas personales, convivencia en la residencia estudiantil y lejanía del hogar.¹⁷ En el estudio de Peinado y Jaramillo,⁹ se mencionaron causas como solicitud propia, cambio de programa y en menor proporción por enfermedad.

Pérez Cruz *et al.*¹⁸ reportaron que la proporción de titulación de mujeres estudiantes de ciencias administrativas es menor (37%) que la de los hombres (63%) de la misma disciplina. Por su parte, Díaz Melchor *et al.*¹⁹ reportaron una eficiencia terminal baja en alumnos de la carrera de nutrición.

Cuadro II Eficiencia terminal del Diplomado de Actualización de Competencias Docentes para el Área de la Salud (n = 114)

Año	Periodo	Modalidad	Inscritos	Acreditados	Deserción	Eficiencia terminal
2023	De febrero a junio	En línea	6	4	2	66
2022			8	8	0	100
2023	De febrero a junio	Presencial	12	10	2	83
2022			17	15	2	88
2021			17	17	0	100
2023	De agosto a diciembre	Presencial	12	11	1	91
2022			24	22	2	91
2021			18	17	1	94

Fuente: elaboración propia

Taboada *et al.*²⁰ establecieron la relación de la eficiencia terminal con la vida laboral de los alumnos de nivel medio superior y reportaron un aumento de personas ocupadas con remuneración en México, de las cuales en su mayoría eran profesionistas. Esto indica que la educación continua permite la oportunidad laboral en nuestro país.

La implementación de programas educativos con modalidad en línea promueve la oportunidad en la eficiencia terminal, como en el caso del diplomado Programa de Formación Docente en Educación Media Superior, el cual fue realizado en línea para la capacitación de estudiantes, y en el que más de la mitad de sus participantes lo finalizaron.¹³

En el presente estudio las cifras de eficiencia terminal disminuyeron gradualmente por año, lo cual está probablemente relacionado con la innovación del proceso de enseñanza-aprendizaje; de acuerdo con Millo Carmenate y González Morales,¹⁷ los estudiantes universitarios que participaron en su estudio mencionan que el desinterés y la acumulación de materias reprobadas los lleva a un nivel alto de deserción del programa.

El conocimiento de los motivos de deserción fortalece la certidumbre sobre la eficiencia terminal, ya que la responsabilidad de esta recae en el alumno y en la institución;

es decir, el compromiso compartido con la calidad y la excelencia para garantizar el derecho a la salud y otorgar atención médica de calidad a los trabajadores y a sus familias.

Aunque la eficiencia terminal es un parámetro ideal para la determinación del número de alumnos que concluyen un proceso educativo, también es importante reflexionar con base en lo expuesto por Sánchez Puentes *et al.*,²¹ quienes retoman la importancia de la calidad del egresado en ciencias sociales y humanidades como parte de la enseñanza futura de otras generaciones y la responsabilidad de adquirir y transmitir conocimientos. Asimismo, es importante repensar sobre la calidad y el impacto de diplomados en sus diferentes modalidades e identificar las áreas de oportunidad para una mejora continua.

Conclusiones

El Diplomado de Actualización de Competencias Docentes presencial presentó una eficiencia terminal alta, las causas de deserción fueron bajas y se presentaron en la modalidad en línea, lo que permite identificar áreas de oportunidad, fortalezas y debilidades, así como presentar una propuesta de mejora de la eficiencia terminal en ambas modalidades.

Referencias

1. Trujillo-Segoviano J. El enfoque en competencias y la mejora de la educación. *Rev Ra Ximhai*. 2014;10(5):307-22. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46132134026>
2. Procedimiento para la calificación curricular para acreditar la fase de avance en la carrera docente institucional del personal del área de la salud del instituto mexicano del seguro social, clave 2530-003-011. México: IMSS; 29 de diciembre del 2023. Disponible en: http://educacionensalud.imss.gob.mx/ces_wp/wp-content/uploads/2024/01/2530-003-011.pdf
3. Sivarajah RT, Curci NE, Johnson EM, et al. A Review of Innovative Teaching Methods. *Academic Radiology*. 2019;26(1):101-13. doi: 10.1016/j.acra.2018.03.025
4. Procedimiento para la calificación curricular para acreditar la fase de avance en la Carrera Docente Institucional del personal del área de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social. México: IMSS; 2021. Disponible en: http://educacionensalud.imss.gob.mx/ces_wp/wp-content/uploads/2021/05/2520-003-011.pdf
5. Aguirre-Huacuja E, Castellanos-Barrales F, Galicia-Negrete H, et al. Perfil por competencias docentes del profesor de medicina. México: Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina. pp. 10-11. Disponible en: <https://www.amfem.edu.mx/index.php/publicaciones/libros/12-competencias-profesor-medicina>
6. Manual de organización de los centros de investigación educativa y formación docente. México: IMSS; 2022. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/manualesynormas/2000-002-007.pdf>
7. Norma para la carrera de docente institucional del personal de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social. México: IMSS; 13 de marzo de 2023. Disponible en: https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/manualesynormas/2000-001-013_0.pdf
8. Flores Pérez CC, Rivera Salinas DE, Haro Cabrero F. La gestión educativa como base fundamental de la eficiencia terminal en el posgrado. *FILHA*. 2018;8(9):23. Disponible en: <https://revistas.uaz.edu.mx/index.php/filha/article/view/427>
9. Peinado Camacho JJ, Jaramillo Vigueras J. La eficiencia terminal del Centro de Investigación e Innovación Tecnológica. *Revista Electrónica de Investigación Educativa* [Internet]. 2018 Jul [cited 2024 May 7];20(3):126-34. Disponible en: <https://ebSCO.bibliotecabuap.elogim.com/login.aspx?direct=true&db=ehh&AN=131722161&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
10. Valdés Hernández G, Rodríguez Cid B. Eficiencia terminal itinerante en México, Estado de México y en la Universidad Autónoma del Estado de México (1996-2017) Análisis longitudinal de cohortes 1996 y 2001. *Congreso Internacional de Investigación Academia Journals*. 2019;11(2):2913-9.
11. Cruz-Vega F, Sánchez-Echeverría JC, Cortes-Meza HM, et al. Tecnologías de la información en la formación de evaluadores del Programa Hospital Seguro en México. *Cir Cir*. 2018;86(3):237-43. doi: 10.24875/CIRU.M18000036
12. Gómez Sahagún MA, Gómez Sahagún M, Nápoles Franco D, et al.

- Eficiencia Terminal: Camino a La Calidad Educativa. Congreso Internacional de Investigación Academia Journals. 2018;10(3):1321-5.
13. Martínez-González A, López-Bárcena J, Herrera Saint-Leu P, et al. Modelo de competencias del profesor de medicina. *Educ Méd.* 2008;11(3):157-67. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132008000300008&lng=es
 14. Rosas-Magallanes C, Basto-Abreu A, Barrientos-Gutiérrez T, et al. Plataforma CLIMSS como herramienta de alfabetización en salud durante la crisis sanitaria de Covid-19. *Salud Publica Mex.* 2022; 64(3):320-7. doi: 10.21149/13103
 15. Smith CC, Newman LR, Huang GC. Those Who Teach, Can Do: Characterizing the Relationship Between Teaching and Clinical Skills in a Residency Program. *Journal of Graduate Medical Education.* 2018;10(4):459-63. doi: 10.4300/JGME-D-18-00039
 16. Ramírez-Ochoa V, Vilchis-Castro J, Hernández-Torres I, et al. Factores sociodemográficos y académicos que influyen en la eficiencia terminal de un curso de especialización en medicina familiar en México. *Archivos en Medicina Familiar.* 2009;11(2):52-6. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50719090002>
 17. Millo Carmenate V, González Morales VE. La eficiencia terminal en la Educación Superior. *Revista Conrado.* 2016;12(53):40-7.
 18. Pérez Cruz OA, González González CA. Factores asociados a la eficiencia terminal en los posgrados en México: caso de estudio de dos programas de ciencias administrativas. *Rev Iberoam Investir Desa Educ.* 2023;13(26):e059. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74672023000100159&lng=es
 19. Díaz Melchor G, Martínez Rebollar L, Díaz SH. Eficiencia Terminal en La Licenciatura en Nutrición Del C.U. UAEM Amecameca. Congreso Internacional de Investigación Academia Journals. 2015;7(2):681-4.
 20. Taboada Ibarra EL, Sámano Rodríguez MA, Chávez Presa MF. Una aproximación a dos hechos que contrastan: los resultados de cobertura y eficiencia terminal en el sistema de educación superior y la situación laboral de los profesionistas en México. *Análisis Económico.* 2017;32(80):143-67. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/413/41352782008/html/>
 21. Sánchez-Puentes R, Arredondo-Galván M. Pensar en el posgrado. La eficiencia terminal en ciencias sociales y humanidades en la UNAM. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Colección Educación Superior Contemporánea; 2001. pp. 9-12. Disponible en: <https://plazayvaldes.com.mx/sociologia/1846-pensar-el-posgrado-la-eficiencia-terminal-de-ciencias-sociales-y-humanidades-en-la-unam-9789688569993.html>
-
-
- Cómo citar este artículo/To reference this article:**
- Merino-Rivera MA, Rugerio-Ramos M, Lezama-González J, et al. Eficiencia terminal y motivos de deserción de alumnos del Diplomado de Actualización de Competencias Docentes. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2025;33(3):e1493. doi: 10.5281/zenodo.15708279

▲Continuación de adscripciones de los autores

⁴Instituto Mexicano del Seguro Social, Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Puebla, Coordinación de Planeación y Enlace Institucional, Coordinación Auxiliar Médica de Educación en Salud. Puebla, Puebla, México

⁵Instituto Mexicano del Seguro Social, Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Puebla, Coordinación de Planeación y Enlace Institucional, Coordinación Auxiliar Médica de Investigación en Salud. Puebla, Puebla, México

⁶Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona No. 20 "La Margarita", Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud. Puebla, Puebla, México

María Concepción Martínez-Castillo,^{1a} Edgar Ernesto Martínez-Campos,^{1b} Gustavo Daniel Rodríguez-Ávila^{1c}

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital de Traumatología y Ortopedia No. 21, Dirección de Educación e Investigación en Salud. Monterrey, Nuevo León, México

Doi: 10.5281/zenodo.15708291

ORCID

0000-0001-5378-5073^a
0000-0001-6552-4583^b
0009-0001-6021-4604^c

Palabras clave:

Quemaduras
Enfermería
Cuidados
Resultado del Tratamiento
Evaluación en Enfermería

Keywords:

Burns
Nursing
Care
Treatment Outcome
Nursing Assessment

Correspondencia:

Edgar Ernesto Martínez Campos

Correos electrónicos:

edgar_tum21@hotmail.com

Fecha de recepción:

15/07/2024

Fecha de aceptación:

14/12/2024

Resumen

Introducción: las necesidades de atención del paciente adulto gran quemado son una prioridad para las instituciones de salud. Las complicaciones en el paciente y la actualización del personal son esenciales para la obtención de los mejores resultados.

Objetivo: evaluar el proceso de curación de las quemaduras con base en las intervenciones de enfermería y los resultados esperados del paciente gran quemado.

Metodología: estudio descriptivo transversal llevado a cabo en una muestra de 24 enfermeras para evaluar el proceso de curación de las quemaduras. Se diseñó e implementó un instrumento con base en el Dominio-2 Salud fisiológica, Clase-L Integridad tisular, Resultados esperados en el paciente gran quemado conforme al código 1107-Recuperación de las quemaduras. Se aplicó la escala Likert y los indicadores descritos.

Resultados: el personal de enfermería que participó en el estudio obtuvo una puntuación media general de 4 puntos, equivalente a Frecuentemente demostrado, en intervenciones como documentar la estabilidad de la temperatura, vigilar el estado hídrico y medir la tolerancia a la ambulación, y una puntuación como Raramente demostrado en la gestión de adaptación psicológica a cambios en el aspecto físico.

Conclusiones: el cumplimiento de intervenciones de enfermería y resultados esperados en el paciente gran quemado en una unidad de traumatología en general fue A veces demostrado, lo que indica áreas de mejora en intervenciones como la gestión de adaptación psicológica y la medición de la superficie corporal curada.

Abstract

Introduction: The care needs of adult patients with severe burns are a priority for healthcare institutions. Patient complications and staff training are essential for achieving the better outcomes.

Objective: To evaluate the burn healing process based on nursing interventions and expected outcomes for patients with severe burns.

Methodology: Descriptive cross-sectional study conducted in a sample of 24 nurses to evaluate the burn healing process. An instrument was designed and implemented based on Domain 2: Physiological Health, Class L: Tissue Integrity, and Expected Outcomes in Patients with Severe Burns, according to code 1107: Burn Recovery. The Likert scale and the indicators described were applied.

Results: Nursing staff who took part in the study obtained an overall mean score of 4 points, equivalent to Frequently demonstrated, for interventions such as documenting temperature stability, monitoring fluid status, and measuring ambulation tolerance, and Rarely demonstrated for managing psychological adaptation to changes in physical appearance.

Conclusions: Compliance with nursing interventions and expected outcomes in severely burned patients in a trauma unit was generally Sometimes demonstrated, indicating areas for improvement in interventions such as managing psychological adaptation and measuring healed body surface area.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las quemaduras son un problema de salud pública a nivel mundial, con 180,000 muertes al año. La mayoría se producen en países de ingreso mediano y bajo, y muchos pacientes mueren como consecuencia de las quemaduras y por comorbilidades durante su proceso de recuperación.¹ En México, la tasa de mortalidad por quemadura es de 1.2/100,000 habitantes. En 2018 se estimaron 8000 personas entre 20 y 59 años que sufrieron quemaduras no fatales, las cuales representan gran parte de las causas principales de morbilidad de origen físico, psicológico y social, posterior a la quemadura.²

Las quemaduras se clasifican de acuerdo con los factores que las provocan y con la cantidad de superficie corporal quemada. Según el mecanismo de la lesión, se clasifican en quemaduras de tipo térmica, eléctrica, química y por radiación.³ Según la profundidad afectada, se clasifican en quemaduras de primer grado (epidermis), segundo grado superficial (epidermis y dermis), segundo grado profundo (epidermis y dermis papilar y reticular sin afectar faneras profundas), y tercer grado (epidermis, dermis y tejido celular subcutáneo). Esta última incluso puede llegar hasta el plano óseo.⁴

La medición de la superficie corporal quemada (SCQ) es esencial para el pronóstico y de gran importancia para el tratamiento inicial de la persona con quemaduras. La escala de Lund-Browder⁵ es un método funcional para calcular la extensión de la piel que ha sido afectada. Cabe señalar que de los valores que se enlistan (**cuadro I**) para un área de superficie y cada extremidad individual, los valores del área superficial anterior y posterior son equivalentes al estimar el área de superficie corporal total.

Debido a la constante pérdida de líquidos a través de la zona corporal quemada, el tratamiento se enfoca en la resitación hídrica; actualmente, el método que se lleva a cabo es la fórmula de Brooke modificada con solución cristaloides: lactato de Ringer 2 mL/kg de peso en el adulto o 3 mL/kg de peso en el niño por el porcentaje de SCQ. En las primeras 24 horas la mitad del volumen estimado en las primeras 8 horas y una cuarta parte en cada una de las restantes 8 horas. Las segundas 24 horas, con la aplicación de coloides (plasma, tratado con calor, plasma fresco congelado o albúmina) a un ritmo entre 0.3 y 0.4 mL por SCQ/kg de peso; esto debido a que algunos estudios demuestran que en la fase posterior a la reanimación, los parámetros clínicos del paciente gran quemado mejoran en un 70%.⁶

Cuadro I Escala de Lund-Browder modificada para calcular la superficie corporal quemada (SCQ) en población infantil y adulta

Población	Infantil (edad en años)				Adulta
	< 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	
Cabeza	9.5	8.5	6.5	5.5	4.5
Cuello	1	1	1	1	1
Tronco	13	13	13	13	13
Parte superior del brazo	2	2	2	2	2
Antebrazo	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5
Mano	1.25	1.25	1.25	1.25	1.25
Muslo	2.75	3.25	4	4.25	4.5
Pierna	2.5	2.5	2.5	3	3.25
Pie	1.75	1.75	1.75	1.75	1.75
Nalga	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
Genitales	1	1	1	1	1

Fuente: Rodríguez: La Escala Lund-Browder: Una herramienta esencial para la evaluación de quemaduras⁵

En el **cuadro II** se describen los criterios clínicos de las 3 dimensiones de clasificación con base en la gravedad de las quemaduras, de acuerdo con la Sociedad Americana de Quemados (ABA por sus siglas en inglés).⁷

En este sentido, los cuidados de enfermería en los servicios de salud son fundamentales porque involucran una amplia gama de actividades destinadas a promover, mantener y restaurar la salud de los individuos, las familias y las comunidades para prevenir enfermedades y lesiones.

Con el propósito de diseñar un plan de cuidados basado en las necesidades y condiciones específicas de cada persona, se evalúa el estado de salud mediante la recopilación de información sobre los antecedentes personales y familiares, síntomas actuales e información relacionada para el establecimiento de metas alcanzables e implementación de las mejores intervenciones en consenso con las preferencias de cada persona.⁸

Para efectos de la NOM-019-SSA3-2013,⁹ se entenderá como *cuidado*:

la acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer la persona por sí sola con respecto a sus necesidades básicas, incluye también la explicación para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de la vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar.

Los cuidados se clasifican en alta, mediana y baja complejidad, con base en las necesidades de las personas que

Cuadro II Criterios clínicos de gravedad de las quemaduras de la Sociedad Americana de Quemados

Quemadura menor	≥ 15% de SCQ de primer o segundo grado en adultos ≥ 10% de SCQ de primer o segundo grado en niños ≥ 2% de SCQ de tercer grado en niños o adultos (que no afecten ojos, orejas, cara o genitales)
Quemadura moderada	≥ 15 a 25% de SCQ de segundo grado en adultos ≥ 10 a 20% de SCQ de segundo grado en niños ≥ 2 a 10% de SCQ de tercer grado en niños o adultos (que no afecten ojos, orejas, cara o genitales)
Quemadura mayor	≥ 25% de SCQ de tercer grado en adultos ≥ 20% de segundo grado en niños ≥ 10% de SCQ de tercer grado en niños o adultos Quemaduras de segundo y tercer grado que involucran ojos, oídos, orejas, cara, manos, pies, articulaciones principales, periné y genitales Todas las lesiones inhalatorias con o sin quemaduras Quemaduras eléctricas Quemaduras químicas en áreas como cara, párpados, orejas, manos, pies, articulaciones principales, periné y genitales Quemaduras asociadas a traumatismos Quemaduras en personas de alto riesgo: diabetes, desnutrición, enfermedad pulmonar, enfermedad cardiovascular, alteraciones sanguíneas, SIDA y otras enfermedades inmunodepresoras, cáncer

Fuente: American Burn Association. *Advanced Burn Life Support Course*⁷

SCQ: superficie del cuerpo quemada

viven procesos de salud o de enfermedad; en particular, para la atención de la persona con quemaduras, se requieren cuidados de enfermería de alta complejidad, esto debido a que se trata de un trauma físico, químico o biológico producido por múltiples agentes implicados que provocan la desnaturalización de las proteínas tisulares y afectan, según la gravedad de las mismas, desde la superficie de la piel hasta tejidos profundos que destruyen en su totalidad. Dicha condición provoca graves complicaciones con el consecuente discomfort, dolor y desasosiego.¹⁰

El enfoque de la atención para las personas con quemaduras requiere la colaboración multidisciplinaria entre cirujanos, terapeutas, dietistas, y otros profesionales de la salud. La relevancia del profesional de enfermería consiste en coordinar los esfuerzos y garantizar que el paciente reciba atención integral y continua, y que se cumplan los resultados esperados con base en el empleo de la mejor evidencia científica disponible.¹¹

Por lo tanto, el fin es identificar cambios en el estado del paciente antes y después de una intervención. La medición se realiza mediante una escala tipo Likert para cada resultado esperado en un paciente, un cuidador, una familia o una comunidad. Es así como se establecen los criterios de medición y la puntuación diana, asignada por el personal de enfermería que evalúa.¹²

El cuidado de enfermería al paciente gran quemado implica no solo la atención física, sino también la gestión integral del impacto psicológico que las lesiones pueden causar. Las intervenciones de enfermería se dirigen al apoyo emocional y a la adaptación psicológica, debido a que enfrentan altos niveles de estrés postraumático, ansiedad y

depresión, lo que subraya la importancia de la intervención psicológica temprana y continua.¹³ Dichas intervenciones sobre el cuidado psicológico por personal de enfermería corresponden al marco legal mexicano. La NOM-025-SSA2-2014 enfatiza la importancia de la detección y el manejo oportuno de trastornos psicológicos en pacientes hospitalizados, incluidos aquellos con quemaduras graves.¹⁴ Se ha demostrado que la terapia cognitivo-conductual puede ser eficaz para reducir los síntomas de ansiedad y depresión en estos pacientes. El entrenamiento en habilidades de afrontamiento y el fomento de la resiliencia son estrategias clave para mejorar la calidad de vida del paciente.¹⁵

La adaptación psicológica a las partes del cuerpo afectadas por quemaduras también es un desafío significativo. El personal de enfermería puede colaborar con el personal de psicología para ayudar a los pacientes a aceptar los cambios en su apariencia física. La terapia de aceptación y compromiso (ACT) ha sido identificada como una herramienta útil en este proceso, dado que promueve la aceptación de las cicatrices y fomenta un enfoque positivo hacia la recuperación.¹⁶

Por esta razón, el objetivo del presente estudio fue evaluar el proceso de curación de las quemaduras con base en las intervenciones de enfermería y los resultados esperados del paciente gran quemado en una unidad de traumatología.

Metodología

Estudio descriptivo transversal que se llevó a cabo de febrero a junio de 2023, en el Hospital de Traumatología

y Ortopedia No. 21 de la ciudad de Monterrey, Nuevo León.

Mediante un muestreo probabilístico estratificado, con la fórmula para proporciones finitas, 95% de confiabilidad y 5% margen de error, la muestra fue de 24 participantes del turno matutino, vespertino y nocturno. Se incluyó a personal de enfermería que aceptara participar en el estudio y que atendiera pacientes hospitalizados en el Servicio de Cirugía Plástica Reconstructiva. Se descartó al personal que declinara participar en la difusión de los resultados y también aquellos instrumentos que no fueron llenados en su totalidad.

Para evaluar el cumplimiento de los resultados esperados respecto a las intervenciones de enfermería en el paciente gran quemado, se diseñó e implementó un instrumento con base en el Dominio-2 Salud fisiológica, Clase-L Integridad tisular, Resultados esperados en el paciente gran quemado conforme al código 1107-Recuperación de las quemaduras, definida como el grado de curación global, física y psicológica después de una lesión por quemadura grave. Para la evaluación del proceso de curación de las quemaduras, se aplicó la escala Likert y los indicadores descritos en el **cuadro III**.

Dicho instrumento fue validado con el método Delphi y para esto se convocó a un panel de expertos de enfermería y cuidados del paciente quemado. Se llevaron a cabo 3 rondas de evaluación para alcanzar un consenso sobre la relevancia, claridad y aplicabilidad de cada ítem, lo que garantizó la validez y confiabilidad del instrumento en el contexto específico del estudio. Los rangos de la escala Likert van de 1 a 5 puntos, donde 1 punto es igual

a Nunca demostrado y 5 es igual a Siempre demostrado. Después de la evaluación se estableció una puntuación diana mínima de 12 puntos y una máxima de 60 puntos.

La recolección de la información se hizo mediante observación estructurada y registro de datos y para ello se empleó el instrumento descrito previamente. La aceptación de participación y la firma del consentimiento informado fueron voluntarias y se respetó la confidencialidad de los datos. Los procedimientos fueron realizados con apego a las normas éticas descritas en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, la NOM-012-SSA3-2012, la Declaración de Helsinki, los principios de Belmont y los principios bioéticos.¹⁷

Resultados

Del personal de enfermería participante, el 53% fueron mujeres y el 47% hombres. La mayor proporción fue del turno nocturno en 42%, vespertino en 30% y matutino en 28%.

El personal de enfermería de los 3 turnos obtuvo una puntuación media de 5 puntos (Siempre demostrado) en cuanto a las intervenciones de documentar la estabilidad de la temperatura corporal, vigilar el estado de equilibrio hídrico y en el control y manejo de dolor.

Con una media de 4 puntos, el personal del turno matutino y vespertino tuvo capacidad (Frecuentemente demostrado) de realizar cuidados personales; y con una media de 3 puntos, el personal de los 3 turnos poco frecuentemente (Raramente demostrado) tuvo intervenciones sobre la inspección de la perfusión tisular de la zona

Cuadro III Resultados esperados: recuperación de las quemaduras con base en la clasificación NOC

Dominio	Clase	Código	Indicadores	Escala de Likert
2-Salud fisiológica	L-Integridad tisular	110701	Granulación tisular	(1) Nunca demostrado (2) Escaso (3) Moderado (4) Sustancial (5) Siempre demostrado
		110702	Perfusión tisular de la zona de la quemadura	
		110703	Porcentaje de la quemadura curada	
		110704	Estabilidad de la temperatura	
		110705	Estabilidad electrolítica	
		110706	Equilibrio hídrico	
		110707	Capacidad de cuidados personales	
		110708	Movimiento articular de las extremidades	
		110709	Tolerancia a la ambulación	
		110710	Actitud positiva hacia el contacto con la parte afectada	
		110711	Adaptación psicológica a cambios en el aspecto físico	
		110712	Adaptación psicológica a cambios en la función corporal	

Fuente: Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), sexta edición

de la quemadura, medición del porcentaje de la quemadura curada y gestión sobre la adaptación psicológica y actitud positiva del paciente hacia el contacto con la parte afectada y el aspecto físico. El personal de enfermería del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva obtuvo una puntuación media general de 4 puntos (Frecuentemente demostrado) en intervenciones como documentación de la estabilidad de la temperatura, vigilancia del estado hídrico y medición de la tolerancia a la ambulación; por otra parte, de manera poco frecuente (Raramente demostrado) tuvo la gestión en la adaptación psicológica a cambios en el aspecto físico (cuadro IV).

Discusión

El personal de enfermería realiza frecuentemente la vigilancia de la estabilidad de la temperatura corporal y vigila el estado de hidratación, intervenciones de gran impacto en la prevención de complicaciones. De acuerdo con las recomendaciones de Theron,¹⁸ es prioritario evaluar el estado de hidratación y mantener medidas eficientes para el paciente quemado en la prevención y detección oportuna de procesos infecciosos por medio de la vigilancia y el control de la temperatura corporal.

La puntuación media de 3 puntos (A veces demostrado) en el cuidado del paciente gran quemado fue en intervenciones como la inspección de la perfusión tisular de la zona de la quemadura y la medición del porcentaje de la quemadura curada, y puede ser mejorada, según Sheridan,¹⁹ quien recomienda reevaluar periódicamente la profundi-

dad de las quemaduras con la escala de Lund-Browder para calcular su extensión y progreso.

Las intervenciones de enfermería en las que se presentó la puntuación Raramente demostrado fue en la gestión de actitud positiva hacia el contacto con la parte afectada, la gestión de adaptación psicológica a cambios en el aspecto físico y en los cambios de la función corporal; de acuerdo con Gallach-Solano *et al.*,²⁰ los trastornos más prevalentes entre los grandes quemados son aquellos relacionados con los trastornos psicopatológicos.

Conclusiones

El cumplimiento de las intervenciones de enfermería y los resultados esperados en el paciente gran quemado en una unidad de traumatología en general fue A veces demostrado, lo que indica áreas de mejora en intervenciones como la gestión de adaptación psicológica y la medición de la superficie corporal curada. Por lo tanto, es importante el diseño y la implementación de programas educativos con enfoque integral que aborden las necesidades físicas y psicológicas del paciente gran quemado.

Agradecimiento

Se agradece al personal de enfermería participante para el desarrollo del estudio, así como a las autoridades de la unidad médica por el apoyo para la realización de este proyecto.

Cuadro IV Resultados esperados (NOC) en el cuidado del paciente gran quemado (n = 24)

Intervención	Puntuación media				Escala Likert
	TM (n = 7)	TV (n = 7)	TN (n = 10)	General	
Documenta el estado de granulación tisular	4	2	1	3	(1) Nunca demostrado (2) Raramente demostrado (3) A veces demostrado (4) Frecuentemente demostrado (5) Siempre demostrado
Inspecciona la perfusión tisular de la zona de la quemadura	2	2	2	3	
Mide el porcentaje de la quemadura curada	2	2	2	2	
Documenta la estabilidad de la temperatura	5	5	4	4	
Vigila el estado de equilibrio hídrico	5	5	5	4	
Determina la capacidad de realizar cuidados personales	4	4	2	3	
Determina estado de movimiento articular de las extremidades	4	2	2	3	
Mide la tolerancia a la ambulación	4	2	2	4	
Gestiona actitud positiva hacia el contacto con la parte afectada	2	2	2	2	
Gestiona adaptación psicológica a cambios en el aspecto físico	2	2	2	2	
Gestiona adaptación psicológica en la función corporal	2	2	2	2	
Controla y registra el manejo del dolor	5	5	5	3	

Referencias

- Organización Mundial de la Salud. Quemaduras. Ginebra, Suiza: OMS; 13 de octubre de 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/burns>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Nota Técnica. Estadística de defunciones registradas 2018. México: INEGI; 2018. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/mortalidad/doc/defunciones_registradas_2018_nota_tecnica.pdf
- Wilson-Carter D. Quemaduras. Manual MSD; última actualización septiembre de 2024. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/lesiones-y-envenenamientos/quemaduras/quemaduras>
- Yastı AÇ, Şenel E, Saydam M, et al. Guideline and treatment algorithm for burn injuries. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. 2015;21(2):79-89. doi: 10.5505/tjtes.2015.88261
- Rodríguez C. La Escala Lund Browder: Una Herramienta Esencial para la Evaluación de Quemaduras. *CUVED*; 1 de febrero de 2024. Disponible en: <https://cuved.com.mx/blog/escala-lund-browder/>
- Lemus-Lima E, Hernández-Pérez R, Beltrán-Borao BL, et al. Efectividad del esquema de reposición hídrica de Brooke modificado para el tratamiento del paciente quemado. *Revista Cubana de Enfermería*. 2019;35. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192019000100006
- American Burn Association. Advanced Burn Life Support Course. Chicago IL: ABLS Advisory Committee; 2018.
- Mena-Tudela D, González-Chorda VM, Cervera-Gasch Á, et al. Cuidados Básicos de enfermería. España: Publicacions de la Universitat Jaume I. Servei de Comunicació i Publicacions; 2016. pp. 9-12. doi.org/10.6035/Sapientia108
- Norma Oficial Mexicana 019-SSA3-2012. Para la práctica de enfermería en el sistema nacional de salud. México: Diario Oficial de la Federación; 2012. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013#gsc.tab=0
- Armador Prado M, Romero de San Pío MJ, Romero de San Pío E, et al. Sedoanalgesia en el tratamiento local hospitalario del paciente quemado. la seguridad como principio fundamental. *Heridas y Cicatrización*. 2021;11(3). Disponible en: https://www.heridasycicatrizacion.es/images/site/2021/SEPTIEMBRE_2021/3_Revision1_SEHER_11.3_08_10_21.pdf
- Medrano-Mariscal J. Acercamiento al descriptor Enfermería Basada en la Evidencia desde una perspectiva compleja. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2017;25(2):145-50.
- Moorhead S, Swanson E, Johnson M, et al. Clasificación de resultados de enfermería. Sexta. edición. España: Elsevier; 2018.
- Baillie L, Gallini A, Corser R. Psychological distress in burn patients and their care. 2014.
- Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la atención integral a personas con enfermedades mentales. México: Diario Oficial de la Federación; 2015. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/norma-oficial-mexicana-nom-025-ssa2-2014-secretariado-tecnico-del-consejo-nacional-de-salud-mental>
- Fauerbach JA, Lawrence JW, Schmidt CW Jr. Cognitive-behavioral therapy for adults with burns: an empirical review and rationale for early intervention. *J Burn Care Rehabil*. 2002;23.
- Cagle MC, Dunn KS, Pruitt B. Cognitive-behavioral therapy for burn survivors: A systematic review. *J Burn Care Res*. 2019;40.
- Ley General de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud. México; 2004.
- Theron A, Bodger O, Williams D. Comparison of three techniques using the Parkland Formula to aid fluid resuscitation in adult burns. *Emerg Med J*. 2014;31(9):730-5. doi: 10.1136/emermed-2013-202652
- Sheridan RL. Initial evaluation and management of the burn patient. *MedScape*; actualizado el 29 de mayo de 2024. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/435402-overview#a2>.
- Gallach-Solano E, Pérez del Caz MD, Vivó-Benlloch C. Perfil psicológico del paciente gran quemado: prevalencia psicopatológica y variables asociadas. *Cir Plást Iberolatinoam*. 2015;41(4). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922015000400010

Cómo citar este artículo/To reference this article:

Martínez-Castillo MC, Martínez-Campos EE, Rodríguez-Ávila GD. Intervenciones de enfermería y resultados esperados: proceso de curación de las quemaduras en el paciente adulto gran quemado. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2025;33(3):e1499. doi: 10.5281/zenodo.15708291

Roberto Carlos Guerrero-Rodríguez^{1a}, Claudia Irene Longoria-Rocha^{1b}, Abel Ontiveros-García^{1c}, Adriana Ivette Martínez-Zamarripa^{2d}, Carlos Paque-Bautista^{1e}, Gabriela del Rocio Saldivar-Lara^{1f}, Alma Patricia González^{1g}, Gloria Patricia Sosa-Bustamante^{1h}

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional del Bajío, Hospital de Gineco Pediatría No. 48, Dirección de Educación e Investigación en Salud. León, Guanajuato, México

²Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional del Bajío, Hospital de Gineco Pediatría No. 48, Dirección de Enfermería. León, Guanajuato, México

Doi: 10.5281/zenodo.15708301

ORCID

0009-0002-1319-0248^a
0009-0006-5041-5601^b
0009-0007-2557-2602^c
0009-0004-6420-2952^d
0000-0002-2658-0491^e
0009-0001-3189-4938^f
0000-0002-3401-7519^g
0000-0002-8460-4965^h

Palabras clave:

Baño
Recién Nacido Prematuro
Atención de Enfermería
Educación en Salud

Keywords:

Bath
Infant, Premature
Nursing Care
Health Education

Correspondencia:

Gloria Patricia Sosa Bustamante

Correos electrónicos:

patriciasosab@hotmail.com
gloria.sosa@imss.gob.mx

Fecha de recepción:

01/08/2024

Fecha de aceptación:

24/12/2024

Resumen

Introducción: la hospitalización del recién nacido (RN) prematuro requiere, además de los cuidados de enfermería, de intervención educativa a los padres para la adquisición de conocimientos y habilidades en el baño del RN.

Objetivo: evaluar los conocimientos y habilidades de los padres antes y después de la implementación de la metodología tipo taller sobre el baño del RN prematuro en casa.

Metodología: estudio de intervención educativa para 49 madres o padres mayores de 18 años, con RN prematuro hospitalizado. Se implementó intervención en modalidad de taller, desarrollada en 5 fases, con evaluación previa y posterior a la intervención de conocimientos, habilidades y percepción sobre las expectativas de los padres.

Resultados: los participantes tuvieron una edad promedio de 28.9 ± 6.2 años y la gran mayoría fueron mujeres (97.96%). El puntaje de la evaluación postintervención fue de 10 (RIC 8.5-10), frente al basal de 5 (RIC 4-6), $p < 0.0001$. El nivel de conocimientos postintervención educativa del taller fue alto (75.51%) y el nivel de habilidades fue bueno (81.63% de los casos). La percepción del 100% de los participantes en escala tipo Likert fue de 5 puntos.

Conclusiones: la intervención tipo taller sobre el baño del RN mostró un cambio favorable en conocimientos, habilidades y percepción de los padres.

Abstract

Introduction: Hospitalization of premature newborns (NBs) requires, in addition to nursing care, educational intervention for parents to acquire knowledge and skills regarding NB bathing.

Objective: To evaluate parents' knowledge and skills before and after implementing a workshop-style methodology on bathing premature NBs at home.

Methodology: An educational intervention study was conducted for 49 mothers or fathers aged 18 years or older with hospitalized premature NBs. The intervention was implemented in a workshop format, developed in 5 phases, with pre- and post-intervention assessments of knowledge, skills, and perceptions of parents' expectations.

Results: The participants had a mean age of 28.9 ± 6.2 years and were predominantly female (97.96%). The post-intervention evaluation score was 10 (IQR 8.5-10), versus the baseline score of 5 (IQR 4-6), $p < 0.0001$. The level of knowledge after the educational intervention was high in 75.51% of cases, and the level of skills was good in 81.63% of cases. The perception of 100% of participants on a 5-point Likert-type scale was 5 points.

Conclusions: The workshop intervention on NB bathing showed favorable changes in parents' knowledge, skills, and perceptions.

Introducción

El nacimiento prematuro de un hijo puede generar un alto grado de estrés, miedo y ansiedad en los padres, agravado por el hecho de que la hospitalización prolongada retrasa su transición a la paternidad y limita la participación en el cuidado de su hijo, sentimientos que pueden interferir en el proceso y afectar su capacidad en el cuidado.¹

La mortalidad neonatal en gran medida es atribuida a los nacimientos prematuros. El recién nacido (RN) pequeño y vulnerable padece con mayor frecuencia morbilidades que llevan a resultados adversos a corto y largo plazo, por lo que las intervenciones destinadas a la prevención conducen a beneficios para los RN.² La mejora en la sobrevida y el desenlace de los RN prematuros ha sido resultado del desarrollo de un ambiente hospitalario y un entorno adecuado de atención a la salud, enfocado en las características particulares de cada paciente, así como del apego a protocolos de enfermería estandarizados para los cuidados del RN.³

Uno de los cuidados que el personal de enfermería realiza con el RN prematuro es el baño, el cual implica riesgos durante el procedimiento y, por tanto, la necesidad de información detallada a los padres mediante una intervención educativa para la adquisición de conocimientos y habilidades específicas.⁴ Debido a que los riesgos posibles son la hipotermia y la posibilidad de caída y ahogamiento, puede resultar un procedimiento complejo y estresante para los padres.^{5,6}

La principal responsabilidad del personal de enfermería es brindar cuidados asistenciales al RN prematuro, además de las funciones de gestión y administrativas, investigación y docencia.⁷ Esta última es considerada una de las funciones sustanciales en el proceso de atención de enfermería relacionado con la preparación de los padres al alta hospitalaria del RN. La finalidad es que los padres adquieran el conocimiento y desarrollen habilidades que les permitan en el caso específico realizar de forma segura los cuidados del RN en casa, con base en objetivos y planes de competencias bien estructurados y definidos.^{8,9}

La educación para la salud ha sido definida como la disciplina encargada de orientar y organizar procesos educativos con el propósito de influir positivamente en conocimientos, prácticas y costumbres de individuos y comunidades en relación con el cuidado de la salud.¹⁰ En esta lógica, la enseñanza de los cuidados para el baño del RN en casa requiere que se haga de manera personalizada para los padres, de forma coherente, sistemática y holís-

tica; no solo para adquirir conocimiento, sino también con demostración práctica paso a paso, pues con ello se promueve la confianza y la seguridad, además del vínculo afectivo. También es importante la evaluación comprensiva de la correcta ejecución del baño y otorgar confianza durante esta, a fin de responder a inquietudes y dudas de los padres;^{11,12} lo anterior disminuye la ansiedad y permite un dominio en la demostración del baño por los padres previo al alta del RN.^{13,14}

Para dicha evaluación, se dispone del instrumento Buenas prácticas en el baño del recién nacido, conformado por 3 dimensiones (antes, durante y después del baño), el cual se puede implementar con base en la metodología de aprendizaje tipo taller variedad vertical, con el fin de incrementar el conocimiento de los padres, fomentar el análisis y la reflexión sistematizados para asimilar adecuadamente lo aprendido.^{15,16}

Se espera que con la implementación del taller sobre el baño del RN prematuro mejoren los conocimientos y habilidades de los padres al proporcionarles las herramientas necesarias para el cuidado de su bebé. Por lo anterior, el propósito del estudio fue evaluar los conocimientos y las habilidades de los padres después de la implementación de la metodología tipo taller sobre el baño del RN prematuro en casa.

Metodología

Se realizó un estudio de intervención educativa con la implementación de la metodología tipo taller durante el periodo de junio a diciembre de 2023, en el Servicio de Neonatología de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Pediatría No. 48 del Centro Médico Nacional del Bajío del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Se incluyeron madres o padres mayores de 18 años con RN prematuros hospitalizados por cualquier motivo, independientemente del tiempo de estancia hospitalaria, con posibilidad de egreso en las siguientes 2 semanas; se consideró como criterio de no inclusión al padre o madre con alguna enfermedad articular o psiquiátrica previamente diagnosticada y como criterio de eliminación a quienes no lograran concluir el taller.

Después de la aprobación del Comité de Ética para la Investigación y el Comité Local de Investigación en Salud, se acudió al Servicio de Neonatología, donde se realizó la invitación para participar en el estudio a los padres de los RN prematuros. Una vez que aceptaron parti-

cipar, se les solicitó la firma de la carta de consentimiento informado.

Las 5 fases de implementación de la metodología tipo taller se describen en el **cuadro I**.

En la fase 1 se hizo la recolección de datos. Se incluyeron variables sociodemográficas de los padres como edad, sexo, ocupación, escolaridad, estado civil y número de hijos; del RN prematuro se recabó información sobre la edad gestacional al nacer, la edad gestacional actual, el peso al nacer, el peso actual y el diagnóstico de ingreso. Para la evaluación previa a la intervención que se les hizo a los padres sobre el nivel de conocimientos, se utilizó el instrumento Buenas prácticas en el baño del recién nacido (**cuadro II**).

Durante la sesión teórica (fase 2), se abordó el tema con diapositivas para la presentación de los conceptos básicos del baño del RN prematuro, los beneficios, las contraindicaciones, la duración y frecuencia, los productos de limpieza recomendados, la temperatura del agua y la descripción de la técnica del baño. Se destinó un tiempo al término de la sesión para la aclaración de dudas.

En la sesión práctica (fase 3), se inició la actividad focal introductoria con la distribución de tarjetas ilustrativas de las 3 etapas de la técnica para ordenar de manera consecutiva. En consecución se realizó la demostración de la técnica del baño del RN con un maniquí por la persona facilitadora con la respectiva descripción de cada uno de los pasos; posteriormente, los padres demostraron la técnica con la guía de la persona facilitadora.

Para la evaluación de los conocimientos y las habilidades de los padres posterior a la intervención (fase 4), se realizaron preguntas abiertas del tema abordado en las sesiones previas y aclaración de dudas. Para la evaluación de los conocimientos se utilizó el instrumento Buenas prácticas en el baño del recién nacido,¹⁵ conformado por 20 preguntas con respuesta de opción múltiple, considerado adecuado para las necesidades de medición del presente estudio y contar con un índice de validez de contenido global de 0.94 (**cuadro II**). También se realizó la evaluación de habilidades prácticas de los padres, mediante la demostración de la técnica con un maniquí y con base en una lista de cotejo.

Para concluir, en la fase 5 se aplicó un cuestionario tipo Likert a todos los participantes para evaluar la percepción de satisfacción respecto a la intervención tipo taller, a fin de explorar las expectativas de los participantes e identificar las posibilidades de mejora en la estrategia.

Mediante un muestreo no probabilístico de casos consecutivos, se calculó el tamaño de muestra por poblaciones finitas de acuerdo con la ocupación hospitalaria mensual promedio, nivel de confianza de 95% y margen de error de 5%, por lo que se obtuvo una muestra de 49 padres.

Se hizo un análisis descriptivo para todas las variables. Las variables cualitativas se reportaron en número y porcentaje, y con prueba de chi cuadrada se establecieron las diferencias. La distribución de las variables cuantitativas se estableció con la prueba de normalidad de Shapiro. Las variables que reportaron distribución normal se expresa-

Cuadro I Fases del taller para los padres sobre el baño del RN prematuro en casa

Fase	Tema	Aprendizaje esperado	Principales actividades	Tiempo
1	Introducción al taller, registro de datos y evaluación de conocimientos previo a intervención	Comprender la participación en el taller de baño del RN y el aprendizaje basal	1. Mensaje de bienvenida 2. Información general del taller 3. Presentación de participantes y facilitadores 4. Formación de grupos 5. Llenado del instrumento de recolección de datos 6. Evaluación de conocimientos previo a intervención	1 hora
2	Sesión teórica	Conocer aspectos generales del baño del RN	1. Desarrollo temático a través de la presentación con diapositivas y preguntas dirigidas 2. Aclaración de dudas	1 hora
3	Sesión práctica	Identificar y desarrollar la técnica de baño del RN en sus 3 dimensiones (antes, durante y después)	1. Actividad focal introductoria 2. Ejecución de la técnica de baño por la persona facilitadora 3. Ejecución de la técnica de baño por los padres 4. Aclaración de dudas	1 hora y 30 minutos
4	Evaluación posterior a intervención	Determinar el aprendizaje adquirido	1. Evaluación de conocimientos posterior a intervención 2. Evaluación de las habilidades de la técnica del baño del RN	1 hora y 30 minutos
5	Evaluación de la percepción del taller	Compartir la experiencia del taller	1. Aplicación de la encuesta de percepción	30 minutos

Cuadro II Descripción del cuestionario Buenas prácticas en el baño del recién nacido

Instrumento	Variable relacionada	Descripción del instrumento	Referencia
Cuestionario Buenas prácticas en el baño del recién nacido Índice de validez de contenido global de 0.94	Conocimientos sobre la técnica de baño del RN	20 preguntas con respuesta de opción múltiple Puntaje de acuerdo con el número de aciertos correctos en 3 niveles: • Alto: 9 a 10 • Medio: 7 a 8 • Bajo: 0 a 6	Custodio M, Rocha M, Guillarducci N, <i>et al.</i> Newborn bath: construction and validation of the instrument content. Rev Bras Enferm.2021;74(4): e20200102. doi: 10.1590/0034-7167-2020-0102 ¹⁵
Lista de cotejo con base en Buenas prácticas en el baño del recién nacido	Habilidades sobre la técnica de baño del RN	20 ítems con respuesta de sí o no Puntaje de acuerdo con el número de aciertos correctos en 3 niveles: • Bueno: 13 a 20 • Moderado: 7 a 12 • Bajo: 0 a 6	
Encuesta de percepción	Percepción	Instrumento de 8 preguntas tipo Likert de Completamente en desacuerdo a Completamente de acuerdo con puntuación de 1 a 5, respectivamente	Líderes de la intervención

ron en media y desviación estándar y las que mostraron libre distribución en mediana y rangos intercuartílicos; se empleó prueba de rangos de Wilcoxon para comparar variables numéricas. Se consideró significación estadística con un valor de $p < 0.05$. Se utilizaron los paquetes estadísticos NCSS 2023 y Epidat 3.1.

Esta investigación se catalogó como de riesgo mínimo de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, artículo 17. Todos los participantes firmaron carta de consentimiento informado. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética para la Investigación en Salud y el Comité Local de Investigación en Salud, con número de registro R-2023-1002-025.

Resultados

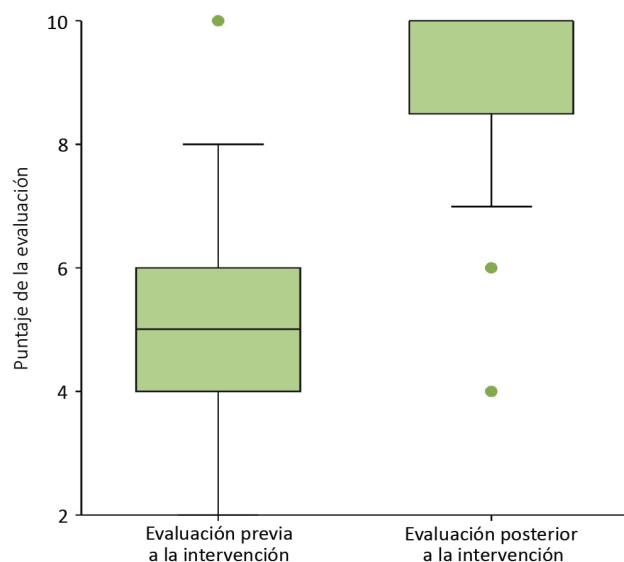
En referencia a los padres de los RN prematuros, en su mayoría fueron del sexo femenino (98%) (cuadro III). Entre las principales ocupaciones se encontraron hogar 38.78% ($n = 19$), empleada 20.41% ($n = 10$), obrera 6.12% ($n = 3$), operadora 4.10% ($n = 2$), y otras 30.59% ($n = 15$). Entre los principales motivos de ingreso a hospitalización de los RN prematuros se encontró que el 79.60% ($n = 39$) fue de origen respiratorio, seguido de hiperbilirrubinemia en 6.24% ($n = 3$) y sepsis en 4.10% ($n = 2$).

Se demostró que en la evaluación de conocimientos posterior a la intervención se obtuvieron puntajes más altos (de 10 [RIC 8.5-10]) con respecto a la evaluación basal (5 [RIC 4-6]), $p < 0.0001$ (figura 1).

Cuadro III Características de los padres ($n = 49$) y de los RN prematuros

Padres	Media $\pm$ DE
Edad (en años)	28.9 $\pm$ 6.2
	<i>n</i> (%)
Sexo (femenino/masculino)	48 (97.96) / 1 (2.04)
Grado de estudios	
Primaria	14 (28.51)
Secundaria	9 (18.37)
Preparatoria	13 (26.56)
Universidad	13 (26.56)
Estado civil	
Casada(o)	32 (65.37)
En unión libre	14 (28.51)
Soltera(o)	3 (6.12)
Actividad laboral	
Sí	30 (61.22)
No	19 (38.78)
Recién nacido prematuro	
	<i>n</i> (%)
Primer hijo de los padres	
Sí	8 (16.29)
No	41 (83.71)
	Mediana (RIC)
Edad gestacional al nacer (semanas)	35 (33-36.2)
Edad gestacional actual (semanas)	36 (35.5-36.5)
Peso al nacer (g)	1890 (1480-2125)
Peso actual (g)	1875 (1670-2136.5)

Figura 1 Comparación del puntaje de evaluación del conocimiento de los padres antes y después de la intervención



Sobre la técnica del baño del RN prematuro, el nivel de conocimientos de los padres antes de la intervención fue bajo en el 83.67% ($n = 41$), medio en 14.28% ($n = 7$) y alto en 2% ($n = 1$), y posterior a la intervención fue alto en el 75.51% ($n = 37$), por lo que el delta de la proporción de participantes en cuanto al nivel de conocimientos alto fue de 73.51%. No hubo diferencia respecto al nivel de conocimientos con las características sociodemográficas de los padres tanto en la evaluación previa como en la posterior a la intervención (cuadro IV).

Cabe señalar que el 6.12% ($n = 3$) de los participantes no alcanzó un nivel aprobatorio posterior a la intervención, lo cual requirió que realizaran nuevamente el taller, a fin de cumplir con el objetivo de la intervención.

El nivel de habilidades prácticas de los padres sobre la técnica del baño demuestra que fue bueno en el 81.63% ($n = 40$), moderado en 14.28% ($n = 7$) y bajo 4.10% ($n = 2$); no se identificó diferencia al comparar las características sociodemográficas de los padres de acuerdo con el nivel de habilidades adquiridas en la práctica (cuadro V).

La percepción de los padres sobre la implementación de la metodología tipo taller fue óptima, con una puntuación promedio de 5 puntos en la escala Likert.

Discusión

La metodología utilizada tipo taller para los padres de RN prematuros mostró cambios favorables en la puntua-

ción de conocimientos y habilidades sobre la técnica del baño antes y después de la intervención. Además, se logró que la percepción de los participantes fuera favorable posterior a la intervención. En contraste, se ha referido que los padres cuidan del RN con los conocimientos adquiridos de la experiencia de familiares y amigos, que pueden ser incorrectos y generar prácticas inapropiadas, ya que estas costumbres forman parte de la cultura social.¹⁷

Se han realizado diferentes estudios sobre el cuidado del RN. Sousa *et al.*,¹⁸ utilizaron un video como instrumento de intervención educativa y en uno de sus apartados evaluaron el baño del RN. Demostraron un aumento del 22.5% en el número de respuestas correctas posterior a la intervención. Por otra parte, Corrêa *et al.*¹⁹ refirieron un aumento del 36.5% en las respuestas correctas, a diferencia del presente estudio en el que la estrategia fue un taller con un incremento porcentual en la evaluación posterior a la intervención del 41.4% de respuestas correctas con respecto a las basales.

Lo anterior demuestra el efecto de la intervención en modalidad de taller, en la que se fomenta el aprendizaje colaborativo en un escenario real que promueve la participación colectiva como fuente de enriquecimiento del conocimiento y habilidades prácticas para dar solución a la necesidad de capacitación de los padres en materia de la higiene del RN.²⁰

Otro estudio realizado por Vargas *et al.*,²¹ que evaluaron el nivel de conocimientos de las madres en los cuidados del RN, mostró que 69% de las mamás tenían un nivel de conocimientos alto en la dimensión de higiene, al igual que en el de Giordani *et al.*,²² quienes reportaron un 90.7%, lo cual difiere del presente estudio, en el que el puntaje en la evaluación basal demostró que solo el 16.3% contaba con conocimientos suficientes, lo cual pudiera deberse a que la capacitación de la mujer embarazada y el puerperio inmediato del área hospitalaria se enfoca en diversos aspectos, sin profundizar en los cuidados generales del recién nacido.

Custódio *et al.*²³ describieron la construcción y validación de un video educativo sobre el baño de inmersión del recién nacido, con índice de validez superior al 0.80, en el que se organizaron las escenas y pasos en 3 dimensiones (antes, durante y después); el video se basó en el instrumento “Buenas prácticas en el baño del recién nacido”, mismo que fue utilizado en este estudio para la evaluación de conocimientos y habilidades como instrumento didáctico. La presente investigación demuestra que las intervenciones educativas impartidas por el personal de en-

Cuadro IV Nivel de conocimientos antes y después de la intervención en relación con las características sociodemográficas de los padres (n = 49)

Variables	Nivel de conocimientos sobre la técnica del baño al recién nacido prematuro							
	Previo a la intervención				Posterior a la intervención			
	Alto n = 1	Medio n = 7	Bajo n = 41	p	Alto n = 37	Medio n = 9	Bajo n = 3	p
	n (%)				n (%)			
Grado de estudios								
Primaria	-	3 (6.12)	11 (22.45)	0.26	10 (20.41)	3 (6.12)	1 (2.04)	0.21
Secundaria	1 (2.04)	-	8 (16.29)		6 (12.24)	3 (6.12)	-	
Preparatoria	0 (0)	1 (2.04)	12 (24.53)		8 (16.29)	3 (6.12)	2 (4.10)	
Universidad	0 (0)	3 (6.12)	10 (20.41)		13 (26.56)	-	-	
Actividad laboral								
Sí	-	3 (6.12)	27 (55.17)	0.22	21 (42.87)	6 (12.24)	3 (6.12)	0.31
No	1 (2.04)	4 (8.16)	14 (28.51)		16 (32.65)	3 (6.12)	-	
Edad < 30 años								
Sí	1 (2.04)	4 (8.16)	22 (44.90)	0.65	20 (40.82)	4 (8.16)	3 (6.12)	0.23
No	-	3 (6.12)	19 (38.78)		17 (34.70)	5 (10.20)	-	
Estado civil								
Casados	-	4 (8.16)	28 (57.15)	0.41	23 (46.95)	8 (16.29)	1 (2.04)	0.057
En unión libre	1 (2.04)	3 (6.12)	10 (20.41)		13 (26.56)	-	1 (2.04)	
Solteros	0 (0)	-	3 (6.12)		1 (2.04)	1 (2.04)	1 (2.04)	
Primer hijo								
Sí	-	1 (2.04)	7 (14.28)	0.9	5 (10.15)	3 (6.12)	-	0.25
No	1 (2.04)	6 (12.24)	34 (69.40)		32 (65.37)	6 (12.24)	3 (6.12)	

Se empleó prueba de chi cuadrada

Cuadro V Nivel de habilidades sobre la técnica del baño con relación a las características sociodemográficas de los padres

Variables	Nivel de habilidades sobre la técnica del baño al recién nacido prematuro			
	Bueno n = 40	Moderado n = 7	Bajo n = 2	p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Grado de estudios				
Primaria	11 (22.45)	2 (4.10)	1 (2.04)	0.59
Secundaria	8 (16.29)	-	1 (2.04)	
Preparatoria	11 (22.45)	2 (4.10)	-	
Universidad	10 (20.41)	3 (6.12)	-	
Actividad laboral				
Sí	24 (48.97)	4 (8.16)	2 (4.10)	0.51
No	16 (32.65)	3 (6.12)	-	
Edad < 30 años				
Sí	20 (40.82)	1 (2.04)	1 (2.04)	0.21
No	20 (40.82)	6 (12.24)	1 (2.04)	
Estado civil				
Casado	25 (50.98)	6 (12.24)	1 (2.04)	0.07
En unión libre	13 (26.56)	0 (0)	1 (2.04)	
Solteros	2 (4.10)	1 (2.04)	-	
Primer hijo				
No	33 (67.34)	6 (12.24)	2 (4.10)	0.79
Sí	7 (14.28)	1 (2.04)	0 (0)	

Se empleó prueba de chi cuadrada

fermería son herramientas efectivas para mejorar el nivel de conocimientos y habilidades de los padres, en diferentes contenidos temáticos y escenarios como lo describen Ortiz *et al.*,²⁴ que evaluaron el nivel de conocimientos de lactancia materna en embarazadas antes y después de una intervención educativa, y demostraron un nivel de conocimiento alto posterior a la intervención. Otro ejemplo es el realizado por Lizana *et al.*²⁵ sobre la efectividad de un programa educativo del conocimiento materno de neurodesarrollo del neonato prematuro, cuya calificación fue aprobatoria en el 80% de los casos al final del estudio.

Conclusiones

Entre las fortalezas del estudio se encuentra la oportunidad de reintervención que tuvieron los padres que no lograron la puntuación aprobatoria en el primer taller; por otra parte, se demostró que la edad, el grado académico, el estado civil y si el RN era el primer hijo no influyeron de forma significativa sobre el nivel de conocimiento y habilidad adquirida, por lo que el taller resultó ser una estrategia efectiva.

El taller se implementó como proyecto de investigación y demostró resultados positivos en cuanto a la adquisición de conocimientos y habilidades por los padres, por lo que será importante que se pueda llevar a cabo en otras unidades e implementarse como una intervención en el proceso del cuidado de enfermería e incluso se propone en futuras investigaciones incluir material didáctico complementario (como la elaboración de videos, cartillas²⁶ y simulaciones)²⁷ para la realización del taller, esto como parte de la planeación del alta del RN.

Entre las limitantes para este estudio se encontró que la sobrecarga de trabajo en el personal de enfermería dificulta invertir tiempo en aspectos educativos, ya que las actividades asistenciales se consideran prioritarias. Por lo tanto, deben llevarse a cabo acciones para sensibilizar al personal sobre la importancia de su participación como facilitadores del aprendizaje en programas educativos a

los padres, al ser el contacto primario con el cuidador principal, además de enfatizar la satisfacción profesional que causa otorgar atención de calidad y cuidado integral.

Otra situación observada es que la madre continúa siendo la cuidadora principal, como se observó en el presente estudio, en el que se realizó la invitación abierta a padres y madres y solo uno de los primeros decidió participar, por lo que será necesario que en los escenarios clínicos de atención al RN se promueva el vínculo de la figura paterna por medio de este tipo de acciones.

La intervención educativa del baño del RN mediante el taller para padres demostró un efecto favorable en los conocimientos y habilidades con un incremento del 73.51% al nivel alto; esta estrategia educativa favoreció la interacción entre el facilitador del conocimiento y el participante, independientemente de las diferencias académicas, laborales y culturales.

Referencias

- Quiñones J, Peña A, Zambrano D, et al. Estrategias y necesidades educativas de padres de bebés prematuros en un hospital de tercer nivel de Cali, Colombia. *Sus aportes a la salud mental*. Interface. 2023;27:e220537. doi: <https://doi.org/10.1590/interface.220537>
- Ashorn P, Ashorn U, Muthiani Y, et al. Small vulnerable newborns: big potential for impact. *Lancet*. 2023;401(10389):1692-706. doi: [10.1016/S0140-6736\(23\)00354-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00354-9)
- Karlsson V, Blomqvist YT, Ågren J. Nursing care of infants born extremely preterm. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2022;27(3):101369. doi: [10.1016/j.siny.2022.101369](https://doi.org/10.1016/j.siny.2022.101369)
- Osorio S, Salazar A. Preparing Parents for Discharge from the Neonatal Unit, the Transition, and Care of Their Preterm Children at Home. *Invest. Educ. Enferm*. 2023;41(1):e04. doi: [10.17533/udea.iee.v41n1e04](https://doi.org/10.17533/udea.iee.v41n1e04)
- Pereira F, Becerra F, Arnozo A, et al. Preparing for discharge of low-risk newborns to home care. *Rev. enferm UERJ*. 2019; 27: e38523. Disponible en: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/38523>
- Dalla L, Dalorsoletta K, Warmling K, et al. Maternal difficulties in home care for newborns. *Rev Rene*. 2020;21:e44194. doi: [10.15253/2175-6783.20202144194](https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202144194)
- Aponte S, Rodríguez J, Casales M, et al. Reflexiones de las 4 funciones de enfermería e impactos en América Latina. *Rev. Cienc. Ciudad*. 2023. 20(1):119-30. doi: [10.22463/17949831.3503](https://doi.org/10.22463/17949831.3503)
- García C, Gallegos R. El papel del personal de enfermería en la educación para la salud. *Horiz Enferm* 2019;30(3):271-85. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1223572/271-285.pdf>
- Guimarães ABG, Marrero L, Vidal AP, et al. Desarrollo de tecnología educativa para familiares sobre o baño de ofurô en casa para recién nacidos. *Enferm Foco*. 2021;12(6):1184-8. doi: [10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4861](https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4861)
- Angulo D, Almada R, Trapero L, et al. Educación para la salud y el cuidado de enfermería desde una perspectiva holística. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2024;32(3):e1455. doi: [10.5281/zenodo.11644007](https://doi.org/10.5281/zenodo.11644007). Disponible en: http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/1455/1264
- Izquierdo A, De Mora K, Hinojosa M, et al. Educación y promoción de la salud desde la enfermería. *Journal of Science and Research*. 2022;7(CININGEC II):367-90. Disponible en: <https://revistas.utb.edu.ec/index.php/sr/article/view/2730/2355>
- Oliveira R, Dantas L, Costa F, et al. Nursing intervention-first bath of the NB: a randomized study on neonatal behavior. *Acta Paul Enferm*. 2020;33:1-10.
- Castaño-Castrillón JJ, Díaz-Vargas V, González-Carvajá MC, et al. Evaluación del proceso educativo hacia la madre sobre los cuidados en el puerperio y del recién nacido en ASSBASALUD E.S.E Manizales (Colombia). *Archivos de Medicina*. 2018;2: 351-68. doi: [10.30554/archmed.18.2.2734.2018](https://doi.org/10.30554/archmed.18.2.2734.2018)
- Silva FVR, Gomes TO, Marta CB, et al. Preparo dos pais de recém-nascido pré-termo para alta hospitalar: proposta de um protocolo. *Rev Fun Care Online*. 2020 jan/dez; 12:386-392. doi: [10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8264](https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8264)
- Custódio M, Rocha M, Guillarducci N, et al. Newborn bath: construction and validation of the instrument content. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(4): e20200102. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0102>
- Guerrero E, Cebrián S. Taller didáctico y TIC para el desarrollo de competencias en educación social. *Revista Fuentes*. 2022;24(3): 282-96. doi: [10.12795/revistafuentes.2022.20393](https://doi.org/10.12795/revistafuentes.2022.20393)
- Blume-Peytavi U, Cork M, Faergemann J, et al. Bathing and cleansing in newborns from day 1 to first year of life: recommendations from a European round table meeting. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2009 Jul;23(7):751-9. doi: [10.1111/j.1468-3083.2009.03140.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2009.03140.x)
- Sousa L, Gomes H, Amaro A, et al. Effect of educational video on newborn care for the knowledge of pregnant and postpartum women and their families. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(Suppl 2): e20201371. doi: [10.1590/0034-7167-2020-1371](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1371)

19. Corrêa B, Góes F, Silva A, et al. Effectiveness of educational technology in video format on home bathing of term newborns. *Texto Contexto Enferm.* 2024;33:e20230161. doi: 10.1590/1980-265X-TCE-2023-0161en
20. Gastón L, Martín D. Didáctica de la arquitectura, (re) visitando el taller en clave pedagógica. *Investigación e innovación en Arquitectura y Territorio.* 2020;8(2):117-33. doi: 10.14198/i2.2020.2.07
21. Vargas V, Silva Y. Nivel de conocimiento sobre los cuidados del recién nacido, Chachapoyas, Perú. *Revista Científica UNTRM: Ciencias Sociales Y Humanidades.* 2019; 4(1):55–59. doi: 10.25127/rcsh.20214.686
22. Giordani A, Silva R, Pimenta R, et al. Cuidados com o recém-nascido em ambiente hospitalar: oportunidades de apoio e orientações. *Revista De Enfermagem Do Centro-Oeste Mineiro.* 2021; 11:e4208. doi: 10.19175/recom.v11i0.4208
23. Custódio M, Guillarducci N, Monti L, et al. Construction and validation of an educational video on the newborn immersion bath. *Rev Gaúcha Enferm.* 2022;43(spe):e20220112. doi: 10.1590/1983-1447.2022.20220112.en
24. Ortiz-Ramírez G, Barranco-Cuevas IA, Gutiérrez-Gabriel I, et al. Conocimientos de lactancia materna en embarazadas antes y después de una intervención educativa. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2023;31(1):15-20. Disponible en: http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/1270/1204
25. Lizana W, Vargas N. Efectividad de un programa educativo en el conocimiento materno sobre el neurodesarrollo del neonato prematuro. *SCIÉENDO.* 2022; 25(4):421-6. doi: 10.17268/sciendo.2022.053
26. Lorencini I, Nunes L, Pereira M, et al. Educational material production and validity: educational instrument for home care for premature newborns. *Rev Bras Enferm.* 2023;76(1):e20210648. doi: 10.1590/0034-7167-2021-0648
27. Torres A, Becerra F, Cabral B, et al. Family learning demands about post-natal newborn care. *Texto Contexto Enferm.* 2021;30:e20190352. doi: 10.1590/1980-265X-TCE-2019-0352

Cómo citar este artículo/To reference this article:

Guerrero-Rodríguez RC, Longoria-Rocha CI, Ontiveros-García A, et al. Baño del recién nacido prematuro en casa: conocimientos y habilidades de los padres con la metodología tipo taller. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2025;33(3):e1515. doi: 10.5281/zenodo.15708301

Tzitziqui Ahuanda Morales-Chavez,^{1a} Gabriela Morales-Patiño,^{2b} Berenice Argüello-Florián^{1c}

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 80, Servicio de Medicina Familiar. Morelia, Michoacán, México

²Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General Regional No. 1, Servicio de Ginecología y Obstetricia. Morelia, Michoacán, México

Proyecto autorizado por el Comité Local de Ética e Investigación en Salud del IMSS R-2022-1602-037

Doi: 10.5281/zenodo.15722981

ORCID

0009-0005-8850-5541^a

0009-0008-0324-7435^b

0000-0002-8845-3463^c

Palabras clave:

Depresión Posparto

Violencia de Pareja

Puerperio

Mujeres

Keywords:

Depression, Postpartum

Intimate Partner Violence

Postpartum Period

Women

Correspondencia:

Berenice Argüello Florián

Correo electrónico:

berenice021422@gmail.com

Fecha de recepción:

19/08/2024

Fecha de aceptación:

24/12/2024

Resumen

Introducción: la depresión posparto es ocasionada por factores hormonales debido al proceso de gestación, en la cual inciden factores psicosociales que pueden condicionar la presentación de síntomas, como el antecedente de depresión, violencia de pareja, escolaridad y estado civil, entre otros.

Objetivo: analizar los factores psicosociales asociados con depresión posparto y violencia de pareja en mujeres puérperas.

Metodología: estudio transversal analítico realizado con 219 mujeres puérperas seleccionadas por muestreo probabilístico por conveniencia. Se utilizó el cuestionario de Depresión Posnatal de Edimburgo y la versión corta de la *Woman Abuse Screening Tool*. El análisis de asociación de variables se hizo con chi cuadrada, en el programa SPSS, versión 23.

Resultados: del total de mujeres puérperas, 28.3% presentó depresión posparto. La media de edad fue de 26 años. La escolaridad básica fue secundaria en 37% ($p = 0.028$), hubo referentes de violencia de pareja en 43.5% ($p = 0.001$) y antecedente de depresión en 16.1% ($p = 0.024$); el estado civil predominante fue unión libre ($p = 0.239$).

Conclusiones: se identificó depresión posparto en una de cada 4 mujeres puérperas. Los factores asociados con depresión posparto fueron escolaridad básica de secundaria, antecedente de violencia de pareja y antecedente de depresión. No se encontró relación entre el estado civil y la depresión posparto.

Abstract

Introduction: Postpartum depression is caused by hormonal factors associated with pregnancy, which are influenced by psychosocial factors that can influence the onset of symptoms, such as a history of depression, intimate partner violence, education level, and marital status, among others.

Objective: To analyze the psychosocial factors associated with postpartum depression and intimate partner violence in women in the postpartum period.

Methodology: Analytical cross-sectional study carried out with 219 postpartum women selected by convenience probability sampling. The Edinburgh Postnatal Depression Questionnaire and the short version of the Woman Abuse Screening Tool were used. Variable association analysis was performed using a chi-square test in SPSS, version 23.

Results: Out of the total postpartum women, 28.3% had postpartum depression. The mean age was 26 years. 37% had completed secondary school ($p = 0.028$), 43.5% had reported intimate partner violence ($p = 0.001$), and 16.1% had a history of depression ($p = 0.024$); the predominant marital status was civil union ($p = 0.239$).

Conclusions: Postpartum depression was identified in 1 out of 4 postpartum women. Factors associated with postpartum depression were secondary school, a history of intimate partner violence, and a history of depression. No relationship was found between marital status and postpartum depression.

Introducción

El periodo postnatal temprano tiene un alto riesgo de episodios nuevos y recurrentes de enfermedades mentales.¹ La depresión posparto (DPP) es un episodio de depresión mayor que no se autolimita y que cumple con criterios establecidos, como estado de tristeza, pérdida del interés por las actividades cotidianas la mayor parte del día, sentimientos de culpa, alteración del sueño, dificultad para concentrarse, agitación o retraso psicomotor, falta de energía e ideas de muerte, los cuales deben presentarse todo el día, casi todos los días, por lo menos durante dos semanas.^{2,3}

Se estima que una de cada 5 mujeres puede presentar depresión mayor a lo largo de su vida. En Cuba (2018), la depresión posparto se presentó en el 13.66% de mujeres de la provincia de Granma y se identificaron factores predominantes como el no tener pareja, depresión y violencia previas.⁴ En El Salvador (2019), se presentó en el 44.4% de mujeres entre 15 y 46 años, en su mayoría en unión libre, amas de casa y con bachillerato completo.⁵ Se tienen reportes de Venezuela, donde la cifra fue de 24.46% en 2017.⁶

Respecto al factor de violencia de pareja, en un estudio realizado en 378 mujeres puérperas en Etiopía (2019) se reportó violencia en 23.8% de ellas y el 27% presentó depresión posparto; asimismo, se determinó que la soltería es la primera variable sociodemográfica que tiene una asociación significativa con la depresión posparto.⁷

En México, la depresión posparto se ha reportado con una prevalencia inicial del 9% y a las 6 semanas después del embarazo de 13.8%. No obstante, hay reportes en los que la depresión posparto afecta hasta al 56% de las mujeres latinas residentes en Estados Unidos y en México;⁸ por ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que se preste mayor atención a las habilidades, actitudes y capacidades de los profesionales de la salud para mejorar el reconocimiento y la asistencia de dicha patología.

Aun así, los factores de riesgo para depresión posparto no están muy claros y cambian a lo largo del tiempo y en cada comunidad.⁹ Se han considerado factores como la falta de redes de apoyo, embarazos no deseados, bajo nivel socioeconómico, antecedentes heredofamiliares y personales de depresión, edades extremas y abortos previos, al igual que la vulnerabilidad de las mujeres con antecedente de cuadros depresivos o de violencia.^{10,11} Se ha confirmado que la disfuncionalidad familiar es uno de los predictores más potentes de la depresión posparto¹² y

que la violencia de pareja afecta al estado de ánimo y en consecuencia incide en que haya presencia de depresión.¹³ Las madres deprimidas tienen mayor dificultad para la crianza de los niños pequeños y la calidad del cuidado es deficiente, lo cual influye en el desarrollo neurocognitivo del niño.¹⁴

Se ha identificado que durante el embarazo o en el posparto, la mayoría de las mujeres no comunican que se sienten deprimidas y, por lo tanto, esta situación pasa inadvertida para el personal de salud en el primero y segundo nivel de atención; en consecuencia, hay un subdiagnóstico de la depresión posparto y con ello las afectaciones en el binomio madre-hijo, en el desarrollo intrauterino del bebé y las alteraciones en las relaciones sociales.^{15,16}

Hacer el tamizaje durante las primeras semanas del posparto puede contribuir a mejorar el pronóstico; para ello, la prueba más utilizada, recomendada y validada para los profesionales de atención primaria es la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo;^{17,18} se aplica en dos momentos: tercer trimestre del embarazo y entre las 6 y 12 semanas después del parto.⁸

En nuestro medio no se cuenta con estudios sobre los factores asociados a depresión posparto, lo cual es limitante para su identificación y tratamiento oportunos; por ello, es importante llevar a cabo un cribado constante en toda mujer en riesgo. Por lo anterior, el propósito fue analizar la asociación entre los factores de depresión posparto y la violencia de pareja en mujeres puérperas.

Metodología

Estudio transversal analítico, el cual se llevó a cabo de enero a agosto de 2023 en población derechohabiente del IMSS, adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 80 de Morelia, Michoacán, México.

El tamaño de muestra se calculó con la fórmula para poblaciones infinitas, con un intervalo de confianza de 94%, error estándar 5%, probabilidad de éxito de 75% y probabilidad de fracaso de 25%. Como resultado se obtuvo una muestra de 219 mujeres puérperas de 16 a 40 años. No se incluyeron las mujeres en tratamiento por enfermedad psiquiátrica o que culminaron el embarazo con producto no viable.

En el caso de mujeres menores de edad, se les proporcionó a los padres o tutores una explicación breve sobre la investigación y sus propósitos, así como la solicitud del consentimiento informado. A las mujeres puérperas

menores de 18 años, se les entregó un asentimiento informado.

Instrumento de medición

Se utilizó la Escala de depresión posnatal de Edimburgo,⁸ validada en estudios con mujeres mexicanas, y se obtuvo una sensibilidad de 45 a 100% y una especificidad de 72 a 100%. La escala cuenta con un total de 10 preguntas, cada una con 4 opciones de respuesta tipo Likert con puntaje de 0 a 3 según la seriedad de los síntomas. La puntuación ≥ 10 es indicativa de depresión posparto.¹⁸ En la muestra del presente estudio, la confiabilidad con alfa de Cronbach fue de 0.801.

Asimismo, se utilizó la versión corta en español del *Woman Abuse Screening Tool* (WAST), validado por Fogarty y Brown¹⁶ en pacientes hispanohablantes, para ser utilizada en atención primaria y detectar la violencia de pareja. Esta reportó una sensibilidad de 93% y una especificidad de 68%. La estructura del instrumento se compone de 2 preguntas con 3 opciones de respuesta. La pregunta 1 dice: En general, ¿cómo describiría usted su relación con su pareja? La puntuación de 1 se aplica para las respuestas positivas: A-mucha tensión, B-alguna tensión y la puntuación de 0 se aplica para las respuestas negativas: C-sin tensión. La pregunta 2 dice Usted y su pareja resuelven sus discusiones con: A-mucha dificultad, B-alguna dificultad y C-sin dificultad. Así, la puntuación final oscila entre 0 y 2, y se consideró como resultado positivo para violencia de pareja el de 2 puntos.¹⁶ En la muestra del presente estudio, la fiabilidad fue de 0.832 mediante alfa de Cronbach.

Para identificar otros factores asociados, se hizo una recolección de datos personales de las mujeres participantes que incluyó la edad materna, estado civil y escolaridad; para valorar si tuvo depresión previa, se preguntó si había sido diagnosticada con trastorno depresivo por personal de salud antes del último embarazo.

Las variables cualitativas se presentaron en frecuencias y porcentajes, y las variables cuantitativas en medias con desviación estándar (distribución normal). La estadística inferencial fue con la prueba no paramétrica chi cuadrada para determinar la asociación entre variables categóricas. Se consideró que había significación estadística con un valor de $p < 0.05$. Todos los cálculos se hicieron con el paquete estadístico SPSS, versión 23.

Este proyecto de investigación fue evaluado y aprobado por el Comité Local de Ética e Investigación en Salud del IMSS (R-2022-1602-037). Todos los participantes

tuvieron conocimiento del objetivo de la investigación y colaboraron con libertad.

Resultados

Del total de 219 participantes, la tercera parte de las mujeres púerperas (28.3%) obtuvo tamizaje positivo para depresión posparto y solo el 16.1% refirió tener antecedentes de depresión. La media de edad fue de 26.8 ± 6 años, el 51.6% de las mujeres refirieron que convivían en unión libre y el 37% que tenía escolaridad de secundaria. Casi la mitad de las mujeres púerperas (43.5%) con tamizaje positivo de depresión posparto refirió haber vivido violencia de pareja. Cabe señalar que del grupo de mujeres con tamizaje negativo para depresión posparto (71.7%), el 6.3% refirió antecedentes de depresión y 22.1% violencia de pareja (cuadro I).

En la figura 1 se muestra que menos de la mitad de las mujeres púerperas que presentaron tamizaje positivo para depresión posparto han sufrido violencia de pareja (43.5%).

La mayor parte de las mujeres con tamizaje positivo de depresión posparto no tiene antecedente de algún tipo de depresión diagnosticada a lo largo de su vida. Se destaca que en ambos grupos las mujeres púerperas refieren tener antecedentes de depresión (figura 2).

La mayor parte de las mujeres con tamizaje positivo de depresión posparto contaba con educación básica de secundaria (37%) y bachillerato (32.2%); solo el 3.2% refirió que tenía estudios de posgrado. En el grupo con tamizaje negativo, el 36.3% refirió educación de bachillerato y el 38.8% grado de licenciatura (figura 3).

El estado civil predominante en el 51.6% de las mujeres púerperas con tamizaje positivo de depresión posparto fue unión libre; en el caso de las mujeres púerperas con tamizaje negativo, el 52.8% eran casadas y el 40.1% vivían en unión libre (figura 4).

Discusión

La depresión posparto es una patología muy frecuente en nuestro medio, con cifras que van en aumento. Esto puede relacionarse con diversos factores sociodemográficos de cada grupo de población. Tal situación amerita que en las mujeres púerperas se considere la valoración y el tamizaje de la depresión posparto.

El tamizaje permitió identificar al 28.3% de mujeres púerperas con depresión posparto que acudieron a la

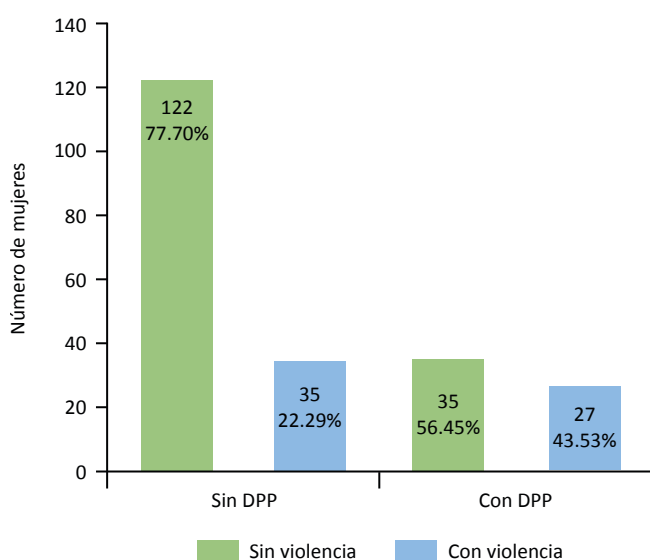
Cuadro I Características de las mujeres puérperas con tamizaje positivo y negativo para depresión posparto (n = 219)

Características	Media $\pm$ de (RIC)		p
Edad (en años)	26.84 $\pm$ 6.047 (16-38)	28.41 $\pm$ 5.429 (18-40)	
	n (%)	n (%)	
	Positivo	Negativo	
Depresión posparto	62 (28.3)	157 (71.7%)	
Estado civil			0.239
Soltera	6 (6.80)	9 (5.73)	
Casada	23 (37.09)	83 (52.86)	
En unión libre	32 (51.61)	63 (40.12)	
Viuda	1 (1.61)	1 (0.63)	
Divorciada	0 (0.00)	1 (0.63)	
Escolaridad			0.028*
Primaria	3 (4.83)	6 (3.82)	
Secundaria	23 (37.09)	32 (20.38)	
Preparatoria	20 (32.25)	57 (36.30)	
Licenciatura	14 (22.58)	61 (38.85)	
Posgrado	2 (3.22)	1 (0.63)	
Antecedente depresión			0.024*
Sí	10 (16.12)	10 (6.36)	
No	52 (83.87)	147 (93.63)	
Violencia de pareja			0.001*
Sí	27 (43.54)	35 (22.29)	
No	35 (56.45)	122 (77.70)	

RIC: rangos intercuartílicos

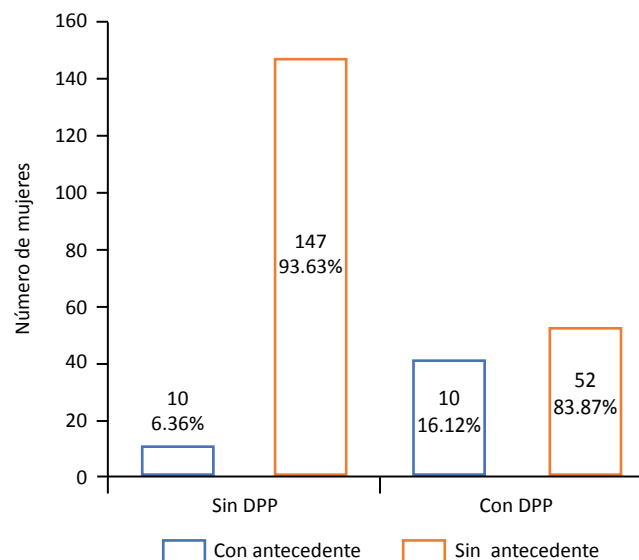
*Cifra estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

Figura 1 Proporción de mujeres puérperas con tamizaje positivo y negativo de depresión posparto que refirieron violencia de pareja (n = 219)



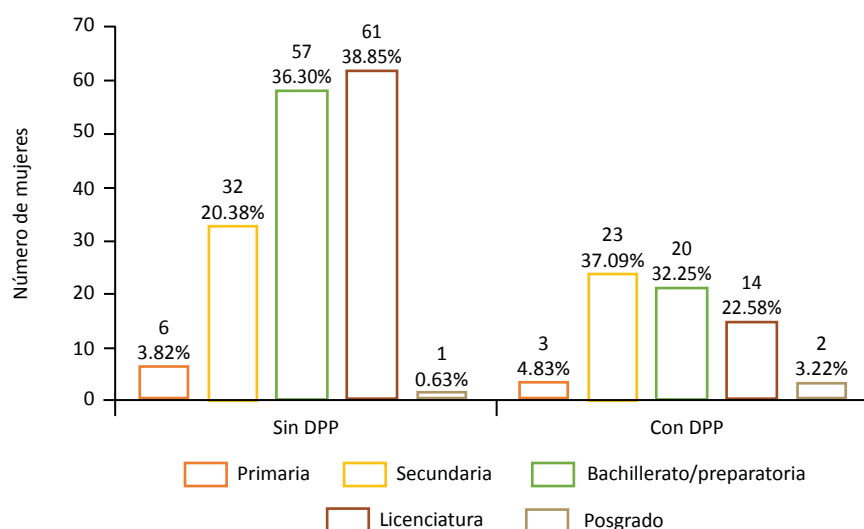
DPP: depresión posparto

Figura 2 Antecedente de diagnóstico de depresión en mujeres puérperas con tamizaje positivo y negativo de depresión posparto (n = 219)



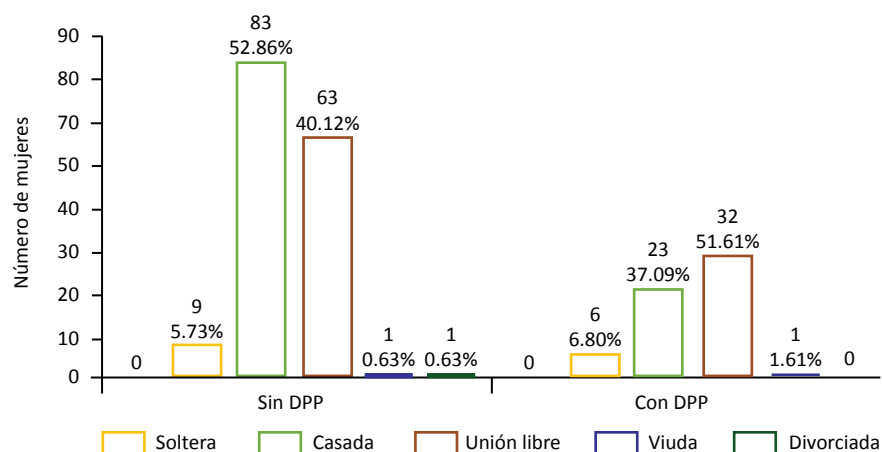
DPP: depresión posparto

Figura 3 Escolaridad de las mujeres puérperas con tamizaje positivo y negativo de depresión posparto ($n = 219$)



DPP: depresión posparto

Figura 4 Estado civil de las mujeres puérperas con tamizaje positivo y negativo de depresión posparto ($n = 219$)



DPP: depresión posparto

UMF No. 80. La mayoría de ellas vivían en unión libre y tenían escolaridad secundaria. Esta situación es similar a lo descrito por Santamaría-Caballero *et al.*¹⁹ en el noreste de México, estudio en el que 22% de las mujeres embarazadas presentó síntomas inespecíficos de depresión o ansiedad. Esta cifra fue considerablemente mayor que la obtenida por Romero *et al.*²⁰ con el 16% que presentó tamizaje positivo, escolaridad secundaria y unión libre. Santiago-Sanabria *et al.*²¹ encontraron en población mexicana que ser soltera es un factor protector de depresión pos-

parto y ser casada es un factor de riesgo para padecerla. Lo mismo observaron Paolantonio *et al.*²² en Argentina, para quienes la mayor incidencia se dio en mujeres casadas y hubo correlación entre mayor grado de escolaridad y menor predisposición a la depresión posparto. Esto podría atribuirse a los cambios socioculturales de los últimos años en las distintas poblaciones estudiadas.

La edad promedio de la depresión posparto coincide con los estudios en población mexicana y población brasileña, con una media de edad de 26 años,²³ sin dejar

de considerar que la región geográfica puede influir en la edad de presentación; por ejemplo, en mujeres españolas la edad media fue de 32 años.²⁴

El estado civil se asocia con la presencia de sintomatología depresiva, esto según el estudio realizado en Chiapas, México,²⁵ en el cual predominaron las mujeres solteras en contraste con lo registrado en el presente estudio, en el que hubo una mayor incidencia de depresión posparto en mujeres que vivían en unión libre. Lo anterior es similar en el caso de un centro materno infantil en Lima, Perú,²⁶ con incidencia del 20.5% y en la investigación hecha por González-González⁴ en Cuba, con incidencia del 13.66%. También son similares las características sociodemográficas de las mujeres con depresión posparto, que refirieron antecedentes de violencia de pareja y algún tipo de depresión a lo largo de su vida; en consecuencia, los antecedentes de trastornos depresivos, bipolares o de ansiedad son factores de riesgo de depresión posparto.²⁷

Se puede afirmar que en las mujeres con antecedentes de depresión hay una alta tasa de recaídas de episodios depresivos durante el embarazo.²¹ Aunado al antecedente de depresión previa, la violencia de pareja también se asocia significativamente con el riesgo de desarrollar depresión posparto. Al respecto, Shitu *et al.*⁷ encontraron en Etiopía que la depresión posparto se presentó en el 27% de las mujeres, de las cuales el 22.13% refirió haber vivido violencia de pareja. En este sentido, las mujeres expuestas a violencia familiar tienen mayor riesgo de presentar depresión posparto que aquellas que no estuvieron expuestas a este factor,²⁸ así como la relación entre la depresión posparto con la presencia de violencia de pareja.¹² Dicha información coincide con los datos obtenidos en México, referentes al 43.9% de mujeres de 15 años o más con agresiones que provienen de su pareja.¹³

Macías-Cortés *et al.*¹⁸ hacen referencia a que la edad promedio de las mujeres que presentaron depresión posparto fue de 26 años, similar a la descrita en la presente investigación, así como el predominio de la educación básica completa. Sin embargo, vivir en unión libre fue el estado civil de las mujeres con depresión posparto en su mayoría,

a diferencia de lo encontrado por Macías-Cortés *et al.*, quienes notaron un predominio de mujeres casadas.

Conclusiones

Se identificó la depresión posparto en una de cada 4 mujeres puérperas que acuden a consulta en la Unidad de Medicina Familiar No. 80 de Morelia, Michoacán, México. Los factores asociados con depresión posparto fueron escolaridad secundaria, antecedente de violencia de pareja y antecedente de depresión. No se encontró relación entre estado civil y depresión posparto; sin embargo, puede influir para desencadenarla.

El abordaje de las mujeres con depresión posparto en el primer nivel de atención debe ser multifactorial e interprofesional. Se debe realizar el tamizaje en toda mujer durante las visitas de seguimiento del puerperio o valoración del recién nacido; sobre todo, en mujeres con antecedente de violencia de pareja durante la gestación. Un pilar fundamental para el seguimiento multidisciplinario de las mujeres con depresión posparto es la terapia cognitivo-conductual, así como el tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), de los que son de primera línea la sertralina y la paroxetina.

Algunas limitantes para este estudio fueron el tiempo del que disponían las mujeres participantes, porque la entrevista fue en la sala de espera previo a su consulta. Otra limitante fue que las mujeres acudían a la consulta en compañía de su pareja y al informar sobre el propósito del estudio y las encuestas, las parejas no aceptaron la participación de las mujeres. El tiempo fue limitado para realizar una valoración integral completa de las mujeres, a fin de identificar otros factores que pudieran estar implicados en el desarrollo de la depresión posparto.

Agradecimientos

Al personal del Consultorio de Planificación Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 80 de Morelia, Michoacán, México.

Referencias

1. Howard LM, Khalifeh H. Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry*. 2020;19(3):315. doi: 10.1002/wps.20769
2. Malpartida-Ampudia MK. Depresión posparto en atención primaria. *Rev Médica Sinerg*. 2020;5(2):355. doi: 10.31434/rms.v5i2.355
3. Viquez-Quesada M, Valverde-Chinchilla K. Detección temprana de la depresión posparto. *Ciencia y Salud*. 2022;6(5):39-40. doi: 10.34192/cienciaysalud.v6i5.474
4. González-González A, Casado-Méndez PR, Molero-Segreña M, et al. Factores asociados a depresión posparto. *Arch Med Cama-*

- güey. 2019;23(6):771-3. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000600770&lng=es.
5. Vallecampo de Magaña AM. Relación entre riesgo y factores asociados a depresión postparto del puerperio inmediato de mujeres con bajo riesgo obstétrico. *Crea Ciencia*. 2021;14(1): 12-24. doi: 10.5377/creaciencia.v14i1.13200
 6. Meléndez M, Díaz M, Bohorjas L, et al. Depresión postparto y los factores de riesgo. *Rev. Salus*. 2017;21(3):7-12. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375955679003>
 7. Shitu S, Geda B, Dheresa M. Postpartum depression and associated factors among mothers who gave birth in the last twelve months in Ankesha district, Awi zone, North West Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):435. doi: 10.1186/s12884-019-2594-y
 8. Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primer y segundo niveles de atención. *Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud*; 2021. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-666-21/ER.pdf>
 9. Ceriani-Ceradas JM. Postpartum depression: Risk an early detection. *Arch Argent Pediatr*. 2020;118(3):154-5. doi: 10.5546/aap.2020.eng.154
 10. Villegas-Loaiza N, Paniagua-Dachner A, Vargas-Morales JA. Generalidades y Diagnóstico de la depresión posparto. *Rev Medica Sinerg*. 2019;4(7). doi: 10.31434/rms.v4i7.261
 11. Domeyko-Prieto M, Aracena M, Vergés A, et al. Antecedente de depresión, síntomas de estrés postraumático, apoyo social percibido: prediciendo la depresión posparto. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol*. 2022;87(5): 326. doi: 10.24875/rechog.22000063
 12. Silva L, Amaral TO, Souza C, et al. Síntomas depresivos en gestantes y violencia de pareja: un estudio transversal. *Enferm. Glob*. 2020;60(1):8-10. doi: 10.6018/eglobal.408841
 13. Medina I, Medina A. Violencias contra las mujeres en las relaciones de pareja en México. *Rev. Interst. Soc*. 2019;18(1):271-3. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-49642019000200269&lng=es&nrm=iso
 14. Huang Y, Liu Y, Wang Y, et al. Family function fully mediates the relationship between social support and perinatal depression in rural Southwest China. *BMC Psychiat*. 2021;21(1):2. doi: 10.1186/s12888-021-03155-9
 15. Falana SD, Carrington JM. Postpartum Depression: Are You Listening? *Nurs Clin North Am*. 2019;54(4):562. doi: 10.1016/j.cnur.2019.07.006
 16. Pichiule M, Gandarillas A, Pires M, et al. Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool (WAST) en población general. *Gac Sanit*. 2020;34(6):595-7. doi: 10.1016/j.gaceta.2019.04.006
 17. Helke A, Chakole S. A Review on Risk Factors of Postpartum Depression in India and Its Management, *Cureus*. 2022;14(9):3. doi: 10.7759/cureus.29150
 18. Macías-Cortés EC, Lima-Gómez V, Asbun-Bojalil J. Exactitud diagnóstica de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo: consecuencias del tamizaje en mujeres mexicanas. *Gac Med Mex*. 2020;156:202-8. doi: 10.24875/gmm.19005424
 19. Santamaría-Caballero DL, De Paula-Suelto K, Abaunza-Pretelt LC, et al. Trastornos psiquiátricos desencadenados por la gestación: una revisión sistemática de la literatura. *Revista Neuronum*. 2020; 6(4):86.
 20. Romero R, Orozco LA, Ybarra JL, et al. Sintomatología depresiva en el post parto y factores psicosociales asociados. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol*. 2017;82(2):152-62. doi: 10.4067/S0717-75262017000200009
 21. Santiago-Sanabria L, Ibarra-Gussi PM, Rendón-Macías ME, et al. Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana. *Ginecol Obstet Mex*. 2023;91(4):227-40. doi: 10.24245/gom.v91i4.8456
 22. Paolantonio MP, Manoilloff LM, Faas AE. Incidencia de la depresión posparto y factores de riesgo asociados en madres cordobesas. *Revista de Psicología*. 2023;22(2):80-99. doi: 10.24215/2422572Xe166
 23. Moll MF, Matos A, Borges GB, et al. Ocurrencia y factores asociados con la depresión posparto en un área urbana de Brasil. *Rev UM*. 2023;22(1):134-66. doi: 10.6018/eglobal.525191
 24. Riquelme-Gallego B, Martínez-Vázquez S, Amezcua-Prieto C, et al. Differences in psychological symptoms in pregnancy and postpartum before and during COVID-19: A cross-sectional Study. *Clínica y Salud*. 2023;34(2):85-90. doi: 10.5093/clysa2023a20
 25. Gómez-Pérez M, Salvatierra B, Sánchez-Ramírez G, et al. Factores relacionados con la sintomatología depresiva en mujeres en edad reproductiva de Chiapas, México. *Acta Universitaria*. 2023;33(1): 6-8. doi: 10.15174/au.2023.3609
 26. Ramos M, Rivera L. Asociación entre depresión posparto y apoyo de la pareja en un centro materno infantil de Lima. *An Fac Med*. 2022;83(1):19-24. doi: 10.15381/anales.v83i1.20562
 27. Van Niel MS, Payne JL. Perinatal depression: A review. *Cleve Clin J Med*. 2020;87(5):273-7. doi: 10.3949/ccjm.87a.19054
 28. Vasquez-Plasencia GA, Rodríguez-Díaz DR, Correa-Arangoitia A, et al. Disfuncionalidad familiar y violencia familiar como factores de riesgo de depresión puerperal. *Hospital Regional de Cajamarca, Perú*. 2014. UCV – Scientia. 2017;9(2):148-9. doi: 10.18050/RevUcv-Scientia.v9

Cómo citar este artículo/To reference this article:

Morales-Chavez TA, Morales-Patiño G, Argüello-Florián B. Tamizaje de depresión posparto y violencia de pareja: factores en mujeres puérperas que acuden a consulta de medicina familiar. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2025;33(3):e1517. doi: 10.5281/zenodo.15722981

Alejandra Silvia Gárate-Aguilar,^{1a} Karla Betzabe Saavedra-González,^{2b} Sergio Carlos Fernández-Martínez,^{3c} Mónica Robledo-González^{1d}

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 22, Programa de Residencia Médica en Medicina Familiar. Teziutlán, Puebla, México

²Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 22, Departamento de Coordinación Clínica. Teziutlán, Puebla, México

³Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 22, Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud. Teziutlán, Puebla, México

Proyecto autorizado por el Comité Local de Ética e Investigación en Salud del IMSS R-2022-1602-037

Doi: 10.5281/zenodo.15708307

ORCID

0000-0003-2744-1220^a

0000-0002-5268-3611^b

0000-0001-5651-8026^c

0000-0002-1997-4118^d

Palabras clave:

Tamizaje Neonatal
Educación en Enfermería
Intervención Educativa
Atención Primaria

Keywords:

Neonatal Screening
Nursing Education
Educational Intervention
Primary Health Care

Correspondencia:

Alejandra Silvia Gárate Aguilar

Correo electrónico:

alegarateazul@gmail.com

Fecha de recepción:

23/12/2024

Fecha de aceptación:

28/04/2025

Resumen

Introducción: el tamiz neonatal es una herramienta fundamental para la detección oportuna de diversas enfermedades metabólicas en el recién nacido, dado que brinda la oportunidad de tratamiento y mejor calidad de vida.

Objetivo: determinar el efecto antes y después de una intervención educativa sobre la técnica de tamiz neonatal.

Metodología: estudio cuasiexperimental de intervención educativa con personal de enfermería (52) de una unidad de primer nivel de atención. Se realizó la evaluación cognitiva con un instrumento validado (CIE, $\alpha = 0.8$) antes y después de la intervención. Para evaluar la calidad técnica del procedimiento, se utilizó una guía de observación. Los datos fueron analizados con pruebas no paramétricas para comparar el rango medio de 2 muestras relacionadas y determinar si había diferencias entre ellas.

Resultados: el 82.7% del personal de enfermería fue del género femenino, el 61.5% con formación técnica y 32.7% con licenciatura. La relación entre la medición antes y después de la intervención fue positiva débil, por lo que la asociación no fue significativa. Respecto al tiempo de ejecución de la técnica del tamiz neonatal, presentó una asociación positiva débil y no significativa.

Conclusiones: la implementación de este trabajo contribuye a garantizar que todos los recién nacidos en la institución y en México tengan la oportunidad de beneficiarse de la correcta ejecución de la técnica del tamiz neonatal. Esto se traduce en la importancia de mantener la capacitación y actualización del personal de salud que lleva a cabo la técnica del tamiz neonatal.

Abstract

Introduction: Neonatal screening is a fundamental tool for the timely detection of various metabolic diseases in newborns, given that it provides the opportunity for treatment and a better quality of life.

Objective: To determine the before-and-after effect of an educational intervention on the neonatal screening technique.

Methodology: A quasi-experimental study of an educational intervention with nursing staff (52) from a primary care unit. A cognitive assessment was conducted before and after the intervention using a validated instrument (ICD, $\alpha = 0.8$). An observation guide was used to assess the technical quality of the procedure. Data were analyzed using nonparametric tests to compare the mean range of 2 related samples and determine whether there were differences between them.

Results: 82.7% of the nursing staff was female, 61.5% had technical training, and 32.7% had a bachelor's degree. The relationship between the pre- and post-intervention measurements was weakly positive, which is why the association was not significant. Regarding the time taken to perform the newborn screening technique, there was a weakly positive and nonsignificant association.

Conclusions: The implementation of this study contributes to ensuring that all newborns in the institution and throughout Mexico have the opportunity to benefit from proper neonatal screening. This underscores the importance of maintaining the training and updating of healthcare personnel who perform neonatal screening.

Introducción

Se han descrito más de 300 enfermedades metabólicas congénitas identificadas como errores innatos del metabolismo de aminoácidos, ácidos orgánicos, hidratos de carbono y 70 lípidos.¹ Estas son causadas por mutaciones genéticas que provocan la disfunción de enzimas con funciones específicas de eliminación de sustancias que, en elevadas cantidades, pueden ser tóxicas para el organismo. Por lo menos el 95% de estas enfermedades se transmite con un patrón de herencia autosómica recesiva.

Los programas de tamiz neonatal constituyen una prioridad en la atención de problemas de salud pública. Desde hace más de 4 décadas, el tamizaje ha demostrado ser un procedimiento eficaz en un gran número de países desarrollados.²

El tamiz neonatal es un estudio que sirve para la detección oportuna de patologías endócrinas, infecciones o errores del metabolismo, con el objetivo de prevenir y detectar alguna discapacidad física, mental o muerte en los recién nacidos.³ De esta forma, se convierte en un instrumento de gran utilidad para la atención integral de niñas y niños con errores innatos del metabolismo, en las diferentes unidades del Sistema Nacional de Salud de nuestro país.⁴

El tamiz se realiza mediante gotas de sangre fresca capilar, usualmente obtenidas del talón, cuando los niños tienen entre 4 y 7 días de vida extrauterina; se colocan de 3 a 4 gotas de esta sangre sobre un papel filtro específico (tarjeta de Guthrie).⁵

El incremento en la cobertura de exámenes de tamiz neonatal es factible con la participación de personal multidisciplinario; sin embargo, se debe considerar que la toma correcta de exámenes debe ser una práctica cotidiana del personal de enfermería. Por lo tanto, el propósito fue determinar el efecto antes y después de una intervención educativa sobre la técnica de tamiz neonatal en personal de enfermería del primer nivel de atención.

Metodología

Se realizó un estudio cuasiexperimental de intervención educativa durante el segundo semestre de 2023, con una población de 60 participantes del personal de enfermería de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 22 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ubicada en Teziutlán, Puebla, México. La muestra probabilística fue de 52 personas, con un valor de α de 0.05 y un valor

de β de 80%, para detectar al personal de enfermería con técnica incorrecta de tamiz neonatal con un intervalo de confianza del 95% (IC 95%). Se aplicó una encuesta de evaluación previa y posterior a la intervención educativa.

Previo consentimiento informado, se incluyó al personal de enfermería participante con base en los siguientes criterios: sin déficit sensorial, psicológico o físico conocido, o registrado en su expediente. No se incluyó a personal que no deseara participar o que previamente hubiera recibido capacitación sobre el tamiz neonatal; tampoco fue incluido el personal que no cumpliera con el 90% de la capacitación actual.

La variable de estudio fue la intervención educativa participativa sobre la técnica de tamiz neonatal y el efecto sobre el conocimiento y la ejecución de la técnica. Se incluyeron variables sociodemográficas como género, edad, escolaridad y el tiempo de aplicación práctica de la técnica.

Instrumentos de medición

Para evaluar el conocimiento y la ejecución de la técnica de tamizaje neonatal por el personal de enfermería en el primer nivel de atención, se utilizó un instrumento construido y validado previamente en la UMF No. 94 por González-Robles.⁶

Dicho instrumento se caracteriza por ser autoaplicable y permite evaluar aspectos cognitivos y de ejecución respecto a la técnica de aplicación del tamiz neonatal. El aspecto cognitivo se integra por 11 ítems estructurados. La categorización del conocimiento se obtuvo de la suma del número de respuestas correctas. Se ponderó en Insuficiente (0 a 3 puntos), Regular (4 a 7 puntos) y Bueno (8 a 11 puntos). La ejecución de la técnica se evaluó con una guía de observación integrada por 23 ítems con respuestas cerradas (sí o no). La categorización de ejecución se realizó sumando las habilidades correctas y se clasificó como Insuficiente (0 a 7 puntos), Regular (8 a 15 puntos) y Buena (16 a 23 puntos).

El instrumento se avaló mediante validación de constructo y determinación de la consistencia interna. La validación de constructo fue concretada por medio de una consulta con expertos, quienes fueron docentes especialistas que actuaron como jueces externos de los enunciados. Posteriormente, se hicieron los ajustes necesarios. La consistencia interna se determinó de acuerdo con el programa computacional Jamovi, versión 2.5.4.0, y SPSS, versión 25.

En los coeficientes de correlación de Pearson ítem-total todas las correlaciones superaron el valor de referencia de

0.35 y el coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach arrojó un valor de 0.8, 0.9, 0.7, 0.83, respectivo a cada dimensión.

Las muestras apareadas se obtienen usualmente como distintas observaciones realizadas sobre los mismos individuos. En el presente estudio se consideró a un conjunto de n personas a las que se les capacitó mediante una intervención educativa, con evaluación antes (X) y después (Y). En este caso no es posible considerar (X) e (Y) como variables independientes, ya que hay una dependencia clara entre las dos variables. Para la diferencia entre las evaluaciones, “d” es la diferencia “antes” y “después”.

Los datos se analizaron con pruebas no paramétricas para comparar el rango medio de 2 muestras relacionadas y determinar si existen diferencias entre ellas. Se utilizó alfa de Cronbach y prueba de Wilcoxon.

Aspectos éticos

El presente trabajo de investigación se hizo con base en la Ley General de Salud en Materia de Investigación vigente en la República Mexicana, Capítulo 2, Artículo 21; Capítulo 6, Artículos 113 y 115, los cuales hacen referencia al respeto a la vida y a la dignidad de las personas participantes, así como a la voluntad libre para participar en la investigación y al anonimato de los resultados.

Asimismo, se les pidió a quienes participaron la firma del consentimiento informado, en donde se incluyó la justificación, los objetivos y el procedimiento para la colecta de la información. Igualmente se dio respuesta a las dudas que plantearon y se les explicó que podían retirar el consentimiento si así lo deseaban, sin que hubiera sanciones hacia su persona; también se les garantizó la confidencialidad de todo el proceso.⁷

Resultados

La media de edad del personal de enfermería fue de 22 ± 10 años. El 82.7% fueron mujeres, más de la mitad con formación técnica (61.5%), con formación de licenciatura 32.7% y posgrado 3.8% que incluye a enfermera especialista, maestría y doctorado. Cabe señalar que se incluyó a un estudiante de enfermería (1.9%) que aceptó participar en el estudio (cuadro I).

Con base en las pruebas de normalidad, en la prueba de Kolmogórov-Smirnov se obtiene un valor de $p < 0.05$, lo cual significa que se rechaza la hipótesis nula, y, por lo tanto, se interpreta como una desviación significativa de la distribución normal y supone que los datos no están

Cuadro I Características del personal de enfermería participante en la intervención educativa ($n = 52$)

Características	Media $\pm$ DE (RIC)
Edad (en años)	22 $\pm$ 10.04 (17-34)
n (%)	
Género	
Femenino	43 (82.7)
Masculino	9 (17.3)
Escolaridad	
Estudiante	1 (1.9)
Técnico	32 (61.5)
Licenciatura	17 (32.7)
Posgrado	2 (3.8)

DE: desviación estándar; RIC: rango intercuartílico

distribuidos normalmente. En consecuencia, la distribución es libre (cuadro II).

La varianza de 0.285 obtenida de la evaluación cognitiva antes de la intervención significa que los datos están moderadamente dispersos alrededor de la media. El valor del rango intercuartil (RIC) con respecto a la prueba cognitiva nos indica que el conocimiento de la población sobre el tamizaje neonatal fue muy similar entre sí antes y después, ya que los datos se encuentran muy concentrados alrededor de la mediana (cuadro III).

La media de 1.96 y la varianza de 0.038 indican que los datos de entrenamiento antes de la intervención están moderadamente dispersos. En la evaluación técnica después de la intervención, se presenta una media de 1.98, lo que significa que la mayoría de los sujetos de estudio tienen calificaciones de aproximadamente 1.98 o más. Esto se traduce en que la mayoría de los datos se encuentran dentro de un rango de aproximadamente 0.019 de la media, con unificación respecto a la prueba antes de la intervención, la cual muestra una mayor significación en la parte técnica, en comparación con la parte cognitiva, donde los sujetos de estudio contaban con mayor unifi-

Cuadro II Pruebas de distribución normal antes y después de la evaluación cognitiva ($n = 52$)

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	n	p	Estadístico	n	p
Evaluación cognitiva (antes)	0.391	52	0.000	0.663	52	0.000
Evaluación cognitiva (después)	0.536	52	0.000	0.122	52	0.000

Cuadro III Evaluación cognitiva antes y después de la intervención educativa sobre la técnica de tamizaje neonatal (n = 52)

		Media	IC 95% Media		Media recortada 5%	Mediana	Varianza	DE	RIC
			Límite inferior	Límite superior					
Evaluación cognitiva (antes)	Estadístico	1.60	1.45	1.74	1.63	2.00	0.285	0.534	1
	Desviación Error	0.074							
Evaluación cognitiva (después)	Estadístico	1.98	1.94	2.02	2.00	2.00	0.019	0.139	0
	Desviación Error	0.019							

IC 95%: intervalo de confianza del 95%; DE: desviación estándar; RIC: rango intercuartílico

cación en conocimiento y esto es reflejado en las pruebas estadísticas (cuadro IV).

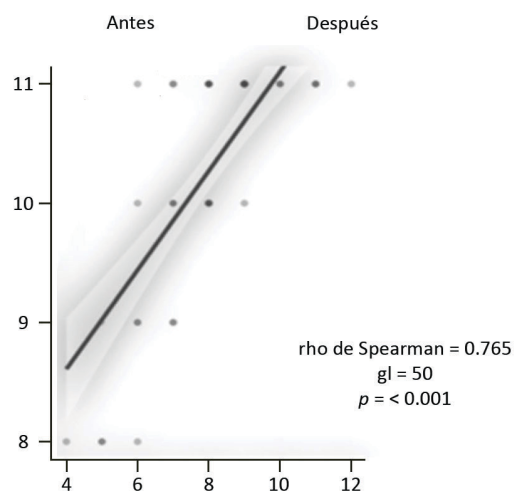
La evaluación sobre la ejecución de la técnica de tamiz neonatal antes de la intervención fue buena en el 96.2% y después de la intervención en el 100% del personal de enfermería participante; no obstante, no se encontró significación estadística (cuadro V).

En la figura 1, se presenta una relación positiva débil entre el antes y el después de la intervención de la evaluación de la técnica de tamiz neonatal, lo que demuestra que no hay asociación entre ambas mediciones. Respecto al tiempo de ejecución de la técnica del tamiz neonatal presentó una asociación positiva débil y no significativa.

Conclusiones

La ejecución de la técnica del tamiz neonatal implica por sí misma un conjunto de elaborados pasos cuyo

Figura 1 Correlación entre la evaluación antes y después de la intervención educativa sobre la técnica de tamiz neonatal (n = 52)



gl: grados de libertad

Cuadro IV Evaluación cognitiva antes y después de la intervención educativa sobre la técnica de tamizaje neonatal (n = 52)

		Media	IC 95% Media		Media recortada 5%	Mediana	Varianza	DE	RIC
			Límite inferior	Límite superior					
Evaluación técnica (antes)	Estadístico	1.96	1.91	2.02	2.00	2.00	0.038	0.094	0
	Desviación Error	0.027							
Evaluación técnica (después)	Estadístico	1.98	1.94	2.02	2.00	2.00	0.019	0.139	0
	Desviación Error	0.019							

IC 95%: intervalo de confianza del 95%; DE: desviación estándar; RIC: rango intercuartílico

Cuadro V Nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre la técnica de tamiz neonatal antes y después de la intervención (n = 52)

Ejecución de la técnica de tamiz neonatal	Antes de la intervención		Después de la intervención		p
	n	(%)	n	(%)	
Regular	2	(3.8)	0	(0)	0.157
Buena	50	(96.2)	52	(100)	

objetivo es la detección oportuna de las enfermedades metabólicas, denominadas como errores congénitos o innatos del metabolismo; es por eso que dicho programa ha requerido de la elaboración de estrategias puntuales y esfuerzos continuos, ya que, como es sabido, es el único método para la detección de estas enfermedades.

El tamiz neonatal en México ha tenido un impacto positivo en la salud de los recién nacidos, porque ha permitido reducir la incidencia de hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria y fibrosis quística, entre otras afecciones. Es fundamental la detección temprana e iniciar el tratamiento de manera oportuna, con la finalidad de prevenir complicaciones graves o incluso la muerte.

Sin embargo, aún hay desafíos que deben ser abordados para mejorar la cobertura y la calidad de la técnica del tamiz neonatal. Es necesario:

1. *Aumentar la cobertura* para que todos los recién nacidos tengan la oportunidad de beneficiarse de este programa.
2. *Mejorar la calidad de la técnica para la toma de muestra*, a fin de asegurar que los resultados sean precisos y que los niños con enfermedades congénitas sean detectados de manera oportuna.

Las siguientes recomendaciones pueden contribuir a mejorar la cobertura y la calidad del tamiz neonatal en nuestro país:

- Fortalecer la difusión entre la población y los profesionales de la salud.
- Facilitar el acceso, especialmente en las zonas rurales y de escasos recursos.
- Mejorar la capacitación del personal de salud encargado de realizar la técnica del tamiz neonatal.

Y esta última es la que tiene énfasis en el presente trabajo, por ser el eje central para un adecuado funcionamiento de los servicios sanitarios. La implementación de este trabajo contribuye a garantizar que todos los recién nacidos en la institución y en México tengan la oportunidad de beneficiarse de la correcta ejecución de la técnica del tamiz neonatal.

Esto se traduce en la importancia de mantener la capacitación y actualización del personal de salud que lleva a cabo la técnica del tamiz neonatal. La estrategia educativa fortalece las competencias cognitivas y técnicas. La evaluación antes y después permitió identificar una mejora en la ejecución de la técnica para la aplicación del tamiz neonatal.

Agradecimientos

A todo el personal de enfermería de la UMF No. 22 por su entusiasmo, dedicación y compromiso en el desarrollo de este estudio.

Referencias

1. Sanjurjo P, Baldellou A, Aldámiz-Echevarría K, et al. Los errores congénitos del metabolismo como enfermedades raras con un planteamiento global específico. *Anales Sis San Navarra*. 2008;31(Supl 2):55-73. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272008000400005&lng=es
2. Senado de la República. Dictamen de la Comisión de Salud del Punto de Acuerdo por el que se exhorta a la Secretaría de Salud a introducir en el Sistema Nacional de Salud nuevos procedimientos analíticos que ayuden a extender los beneficios para los recién nacidos, bajo la denominación de Tamiz Neonatal Ampliado. México: Gaceta del Senado; jueves 14 de abril de 2011. Disponible en: https://www.senado.gob.mx/64/gaceta_del_senado/documento/29445
3. Barba-Evia JR. Tamiz neonatal: Una estrategia en la medicina preventiva. *Rev Mex Patol Clin*. 2004;51(3):130-44.
4. Secretaría de Salud. Tamiz Neonatal. Detección, Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento de los errores innatos del Metabolismo. México: Secretaría de Salud; 14 de septiembre de 2015. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/tamiz-neonatal-deteccion-diagnostico-tratamiento-y-seguimiento-de-los-errores-innatos-del-metabolismo-11394>
5. Rojas-Moposita LE. Rol de enfermería en la toma de la muestra para el tamizaje neonatal y su relación con la eficiencia de los resultados obtenidos en los neonatos atendidos en el centro de salud N° 1 de Latacunga en el período junio noviembre de 2013. Latacunga, Ecuador: Universidad Técnica de Ambato; abril de 2014. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/7501/1/Liliana%20Elizabeth%20Rojas%20Moposita.pdf>
6. González-Robles MSP. Eficacia de una estrategia educativa participativa sobre la técnica de aplicación de insulina en el diabético tipo 2 (tesis de especialización). México, Distrito Federal: Universidad Nacional Autónoma de México; 2010. Disponible en: <https://repositorio.unam.mx/contenidos/141287>
7. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México, Distrito Federal: Diario Oficial de la Federación; 2 de abril de 2014. Disponible en : https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

.....
Cómo citar este artículo/To reference this article:

Gárate-Aguilar AS, Saavedra-González KB, Fernández-Martínez SC, et al. Intervención educativa participativa: evaluación cognitiva y técnica del tamiz neonatal en personal de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2025;33(3):e1510. doi: 10.5281/zenodo.15708307

Metacognición de estudiantes de la salud: relación entre autoconocimiento, autorregulación y eficiencia académica

Metacognition of health students: relationship between self-knowledge, self-regulation and academic efficiency

Raquel Martínez-Rodríguez^{1a}, José Guillermo Carrillo-Medrano^{2b}, Luis Roberto López-Aparicio^{3c}

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 55, Departamento de Enfermería. Fresnillo, Zacatecas, México

²Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 55, Servicio de Medicina Familiar. Fresnillo, Zacatecas, México

³Instituto Mexicano del Seguro Social, Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Zacatecas, Coordinación Auxiliar Médica de Investigación en Salud. Zacatecas, Zacatecas, México

Número de aprobación Comité de Investigación y Ética: R-2024-3301-007

Doi: 10.5281/zenodo.15708318

ORCID

0009-0007-5320-8648^a

0000-0002-8024-3007^b

0009-0003-7973-6968^c

Palabras clave:

Metacognición
Rendimiento Académico
Educación en Salud
Especialidad Médica
Enfermeras Especialistas

Keywords:

Metacognition
Academic Performance
Health Education
Medical Specialty
Nurse Specialists

Correspondencia:

Raquel Martínez Rodríguez

Correos electrónicos:

raquel.martinezr@imss.gob.mx

rmartinez79@gmail.com

Fecha de recepción:

10/12/2024

Fecha de aceptación:

29/04/2025

Resumen

Introducción: durante la formación del profesional de la salud, es fundamental que este logre un aprendizaje significativo con sus propios recursos metacognitivos.

Objetivo: relacionar el autoconocimiento y la autorregulación metacognitiva con la eficiencia académica y el tipo de formación de especialidad de los estudiantes del área de la salud.

Metodología: estudio descriptivo correlacional con estudiantes en formación especializada de medicina y enfermería. Se utilizó el Inventario de habilidades metacognitivas (MAI, del inglés *Metacognitive Awareness Inventory*) para evaluar el autoconocimiento y la autorregulación de metacognición en relación con la eficiencia académica y el tipo de especialidad. Se empleó un análisis descriptivo y de variabilidad, con medidas de tendencia central y chi cuadrada.

Resultados: de 65 estudiantes la especialidad que predominó fue Medicina Familiar (46.2%). El nivel alcanzado por los estudiantes fue regular en autoconocimiento (69.2%) y autorregulación (70.8%). La eficiencia académica estuvo en el promedio (61.5%) ($p = 0.025$). Se asoció la eficiencia académica con el autoconocimiento y con el tipo de formación de especialidad.

Conclusiones: el autoconocimiento metacognitivo se asocia con la eficiencia académica y con el tipo de formación de especialidad de los estudiantes.

Abstract

Introduction: During the training of healthcare professionals, it is essential for them to achieve meaningful learning using their own metacognitive resources.

Objective: To relate self-knowledge and metacognitive self-regulation with academic efficiency and the type of specialty training among healthcare students.

Methodology: A descriptive correlational study was conducted with students in specialized medical training and nursing training. The Metacognitive Awareness Inventory (MAI) was used to assess metacognitive self-knowledge and self-regulation in relation to academic efficiency and specialty type. Descriptive and variability analysis, measures of central tendency, and a chi-square test were performed.

Results: Out of 65 students, the predominant specialty was Family Medicine (46.2%). The students achieved average levels in self-knowledge (69.2%) and self-regulation (70.8%). Academic efficiency was average (61.5%) ($p = 0.025$). Academic efficiency was associated with self-knowledge and the type of specialty training.

Conclusions: Metacognitive self-awareness is associated with academic efficiency and the type of specialty training of students.

Introducción

En la actualidad, el sistema educativo se enfrenta a la comprensión de los problemas complejos de las sociedades y en su capacidad para hacerles frente. En este sentido, la formación de profesionales de la salud se enfoca en un perfil que da respuesta a las necesidades actuales y futuras de la población, por lo que es esencial el desarrollo, la regulación y el fortalecimiento de las competencias personales y profesionales durante los procesos de enseñanza-aprendizaje y en la realidad cotidiana de la atención a la salud con la guía de coordinadores, profesores, asesores y tutores.

Hablar de *metacognición* es aludir al conjunto de procesos cognitivos y motivacionales que promueven la autorregulación del aprendizaje de modo consciente y estratégico.¹ En sus orígenes filosóficos, con base en el modelo clásico de Flavell, las dimensiones del modelo son: el conocimiento metacognitivo, las experiencias metacognitivas, las metas o tareas y las acciones o estrategias.² Dicho modelo también incorpora las funciones metacognitivas de planificación, supervisión y evaluación, pero excluye el factor emocional o motivacional.³

En el modelo de metaniveles de Kuhn, se abordan los conceptos del conocimiento metacognitivo y el conocimiento metaprocedimental con una interrelación entre ambos conceptos. A su vez, la propuesta de Brown es un modelo que contempla 2 dimensiones jerárquicas: el conocimiento de la cognición y la regulación de la cognición. El nivel superior lo ocupa el conocimiento de la cognición, el cual subordina a la regulación de la cognición, que se ubica en el nivel inferior.² Norman y Shallice plantean un modelo ejecutivo centrado en un sistema de supervisión atencional, basado en el control sobre la selección de esquemas cognitivos que representan los estados conscientes y voluntarios del individuo, e inhibe o impulsa la acción a partir de la información sensorial-perceptual.^{2,4} Asimismo, en el modelo de Irwin se propone evidenciar el comportamiento de las personas mediante la habilidad de procesar y comprender la interrelación de los pensamientos y las emociones.⁵

En el campo de estudio de la metacognición, se ha demostrado que las personas con mayor nivel de conocimiento y condicionamiento metacognitivo tienden a desarrollar un aprendizaje más exitoso con la práctica de la metacognición como un hábito mental productivo.⁶ Se afirma que cuanto más avanzadas sean las competencias metacognitivas de un estudiante, mejor será su aprendizaje y su rendimiento académico.⁷ Lo anterior tiene estrecha

relación con las estrategias de metacognición y autorregulación que son implementadas en el aula al combinar la enseñanza explícita y la implícita, con impacto positivo en el desempeño académico de los estudiantes.⁸

Los estudios relacionados con la metacognición son escasos en el contexto del proceso formativo en sedes institucionales que permitan identificar el desarrollo del autoconocimiento y la autorregulación metacognitivos aplicados durante el acto educativo, los cuales permitan implementar mejoras para fortalecer el aprendizaje y la toma de decisiones clínicas cotidianas en la atención de las personas en escenarios clínicos donde se ha evidenciado el incremento de quejas por error o demora en la atención, falta de información y trato deshumanizado por los profesionales de la salud.⁹ También se han reportado eventos adversos (entendidos como el “daño que se produce de forma no intencional como resultado de la atención sanitaria y que no corresponde a la evolución habitual del proceso”).¹⁰ Se han registrado 425 eventos (reportados en la unidad sede),¹¹ de los cuales se presume un subregistro de los mismos.

Por lo anterior, el propósito de la presente investigación fue relacionar el autoconocimiento y la autorregulación metacognitiva con la eficiencia académica y el tipo de formación especializada de los estudiantes del área de la salud con sede en un hospital de la ciudad de Zacatecas, en el ciclo 2023.

Metodología

Estudio descriptivo correlacional, realizado con el total de estudiantes de residencias médicas y cursos pos-técnicos de enfermería al término del ciclo 2023, en un hospital sede de la ciudad de Zacatecas, México.

Variables

- Autoconocimiento metacognitivo: se trata del dominio consciente de los múltiples conocimientos que posee el individuo acerca de sus procesos cognitivos, de los detalles de las tareas de aprendizaje y de sus exigencias, las acciones que hay que ejecutar para su resolución y sus resultados, así como la conciencia de los recursos personales empleados para la supervisión constante de las operaciones mentales utilizadas para aprender.^{2,7}
- Autorregulación metacognitiva: conocimiento procedimental (saber cómo) que opera con representa-

ciones mentales y favorece el control de la conducta ulterior con base en los resultados de la experiencia y en las expectativas; se trata de un proceso activo y dinámico en el que aparecen juicios y acomodaciones que direccionan el pensamiento y el actuar del sujeto en la ejecución de una tarea.^{12,13}

- Tipo de formación especializada en el área de la salud: estudios cursados por estudiantes graduados en carreras afines al área de la salud, formados para adquirir conocimientos especializados relativos a un área determinada del cuerpo humano, técnicas quirúrgicas o métodos diagnósticos específicos.¹⁴
- Eficiencia académica: nivel en el logro de los objetivos formativos, según el grado de optimización de los recursos de que dispone la universidad.²

Instrumento de medición

El instrumento utilizado para estimar las habilidades metacognitivas de los participantes fue el Inventario de habilidades metacognitivas (MAI por sus siglas en inglés: *Metacognitive Awareness Inventory*) validado por Schraw y Denninson en 1994,¹⁵ cuya versión en español fue realizada en 2014 por Huertas *et al.*¹⁶ El cuestionario está conformado por 2 categorías principales, 8 subcategorías y 52 ítems (cuadro I).

Hubo 5 opciones de respuesta obtenidas mediante autorreporte en escala Likert: 1 = completamente en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = ni en desacuerdo ni de acuerdo, 4 = de acuerdo, 5 = completamente de acuerdo.

Con base en las respuestas, las habilidades de metacognición se clasificaron en 3 niveles: Buena = 5, Regular = 4 y Deficiente = 3 al 1.¹⁶ El instrumento tuvo una confiabilidad de alfa de Cronbach de 0.94.

La primera parte del instrumento incluyó las variables de edad, sexo, lugar de residencia y tipo de formación de especialidad.

Para evaluar la eficiencia académica de los estudiantes, se recabó información en el acta de calificaciones obtenida al final del ciclo 2023.

A los participantes del estudio se les aplicó el MAI después de que dieron su consentimiento informado.

Para el análisis de la información se utilizó estadística descriptiva y se obtuvieron frecuencias, porcentajes, promedios, rango, desviación estándar y análisis estadístico de chi cuadrada. Se empleó una hoja de cálculo de Excel y el programa estadístico SPSS, versión 23.

El proyecto fue dictaminado por el Comité Local de Ética e Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Zacatecas, México, con el número R-2024-3301-007.

Resultados

Se estudiaron 65 alumnos, el 61.5% mujeres, con una media de edad de 31.65 años, rango de 26 a 55 años, con predominio del grupo de 30 a 34 años (52.3%). El 80% de los estudiantes procedió de la región norte de México. Predominó la formación de Especialidad en Medicina Familiar con 46.2%.

Cuadro I Descripción del Inventario de habilidades metacognitivas (MAI) y definición de subcategorías

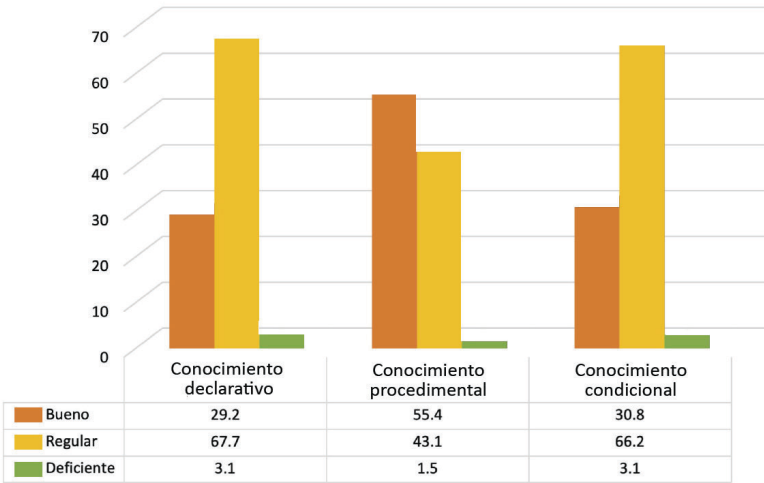
Categoría	Subcategorías	Definición	Ítems
Conocimiento de la cognición (17 ítems)	Conocimiento declarativo	Conocimiento que tiene un sujeto de su aprendizaje, sus habilidades y el uso de sus capacidades cognitivas	5, 10, 12, 16, 17, 20, 32, 46
	Conocimiento procedimental	Conocimiento que tiene un sujeto sobre el empleo de sus estrategias de aprendizaje	3, 14, 27, 33
	Conocimiento condicional	Conocimiento que tiene un sujeto acerca de cuándo y por qué utilizar las estrategias de aprendizaje	15, 18, 26, 29, 35
Regulación de la cognición (35 ítems)	Planificación	Planeación, por parte del sujeto, de los tiempos de estudio, fijación de metas de aprendizaje y selección de recursos	4, 6, 8, 22, 23, 42, 45
	Organización	Proceso realizado por el sujeto que le permite organizar las actividades en torno al aprendizaje	9, 13, 30, 31, 37, 39, 41, 43, 47, 48
	Monitoreo	Supervisión que ejerce el sujeto del proceso de aprendizaje durante el desarrollo de tareas	1, 2, 11, 21, 28, 34, 49
	Depuración	Proceso realizado por el sujeto y que le permite identificar debilidades en el aprendizaje y ajustar las estrategias para mejorar su desempeño	25, 40, 44, 51, 52
	Evaluación	Análisis, por parte el sujeto, de la efectividad de las estrategias implementadas	7, 19, 24, 36, 38, 50

En relación con las habilidades de metacognición, en la categoría de Autoconocimiento metacognitivo, más de la mitad de los estudiantes obtuvieron puntuación regular en las subcategorías de conocimiento declarativo (67.7%) y condicional (66.2%), mientras que el 55.4% de ellos obtuvo puntuación buena en el conocimiento procedimental (figura 1).

Respecto a la categoría de Autorregulación metacognitiva, 2 terceras partes de los estudiantes obtuvieron puntuaje regular en planificación (72.3%), organización (67.7%), monitoreo (67.7%), depuración (66.2%) y evaluación (70.8%). Cabe señalar que el 26.2% de los estudiantes obtuvo puntuaje bueno en las subcategorías de planificación y evaluación, y el 30.8% de ellos en las subcategorías de organización, monitoreo y depuración (figura 2).

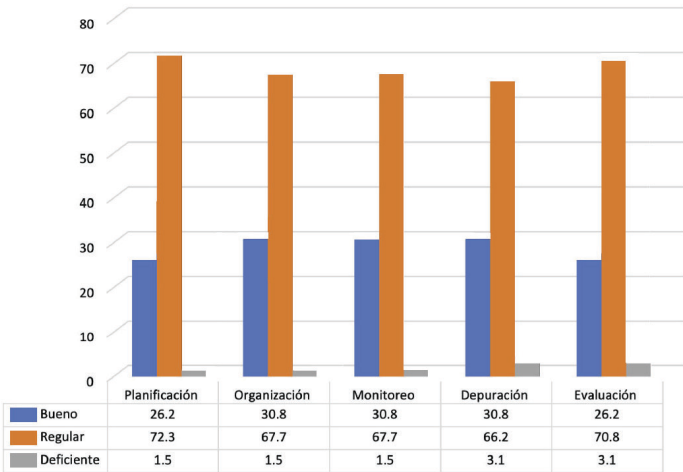
Es decir, se demuestra que los participantes cuentan con autoconocimiento metacognitivo respecto al empleo de estrategias de aprendizaje, así como el logro de la autorregulación metacognitiva cuando llevan a cabo un proceso mental para organizar las actividades en torno al

Figura 1 Subcategorías del autoconocimiento metacognitivo en estudiantes de residencias médicas y cursos posttécnicos de enfermería (n = 65)



Fuente: Inventario de habilidades metacognitivas (MAI)

Figura 2 Subcategorías de autorregulación metacognitiva en estudiantes de residencias médicas y cursos posttécnicos de enfermería (n = 65)



Fuente: Inventario de habilidades metacognitivas (MAI)

aprendizaje, supervisar el proceso de aprendizaje durante el desarrollo de tareas y en el momento de identificar sus áreas de oportunidad durante el proceso de aprendizaje, además de que hacen el ajuste de las estrategias empleadas para mejorar su desempeño.

Se encontró asociación entre el nivel de conocimiento cognitivo regular con el nivel de eficiencia académica de los estudiantes en los niveles excelente (60.8%) y regular (77.5%); en contraste, el 8.7% de los estudiantes con nivel deficiente de conocimiento cognitivo en eficiencia académica fueron excelentes. La significación estadística fue de 0.042 (cuadro II).

Asimismo, se asoció el nivel de eficiencia académica con la formación de especialidad. En cuanto a la eficiencia académica, el total de participantes alcanzó el nivel de excelente y regular y solo en la especialidad de Medicina de Urgencias 2 estudiantes presentaron nivel deficiente. Cabe señalar que la Especialidad de Medicina Familiar fue la que tuvo mayor eficiencia académica excelente con 60.8% (y regular con 40%). Esto con un valor p de 0.025 (cuadro III).

Respecto a las variables sociodemográficas, como, edad, sexo y lugar de procedencia, no tuvieron relevan-

cia al asociarlas con el autoconocimiento y la autorregulación metacognitiva, la eficiencia académica y el tipo de especialidad.

Discusión

Una investigación realizada en Perú, tuvo el propósito de determinar la relación entre el aprendizaje autorregulado y la autoeficacia académica en alumnos universitarios. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de aprendizaje autorregulado de Linner, Harris y Gordon, validado por Norabuena en el 2011 (alfa de Cronbach 0.879) y la Escala de autoeficacia académica de Alegre en el 2013 (alfa de Cronbach de 0.948). Los resultados mostraron una correlación significativa entre el aprendizaje autorregulado y la autoeficacia académica, con un coeficiente de correlación de Spearman de 0.734.¹⁷

Con la finalidad de evaluar el efecto en el rendimiento académico con la implementación de estrategias metacognitivas para el aprendizaje significativo con 52 estudiantes del programa de odontología, se realizó un abordaje mixto cuasiexperimental, correlacional transversal e interpretativo-comprensivo. Se demostró que las estrategias meta-

Cuadro II Nivel de autoconocimiento cognitivo y eficiencia académica de los estudiantes de residencias médicas y cursos posttécnicos de enfermería (n = 65)

		Eficiencia académica						Chi cuadrada	<i>p</i>
		Excelente (23)		Regular (40)		Deficiente (2)			
Categoría	Nivel	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Autoconocimiento metacognitivo	Bueno	7	30.4	9	22.5	2	100	9.89	0.042
	Regular	14	60.8	31	77.5	-	-		
	Deficiente	2	8.7	-	-	-	-		

Fuente: base de datos del estudio

Nota importante: los puntos de corte establecidos por el IMSS para la clasificación de la eficiencia académica son: excelente = 100-97, regular = 96.9-85, deficiente = < 85

Cuadro III Nivel de eficiencia académica y formación de especialidad de los estudiantes de residencias médicas y curso posttécnico de enfermería (n = 65)

	Eficiencia académica						Chi cuadrada	<i>p</i>
	Excelente (23)		Regular (40)		Deficiente (2)			
Especialidad	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Medicina Interna	6	26	9	22	-	-	17.5	0.025
Medicina Familiar	14	60.8	16	40				
Medicina de Urgencias	1	4.3	6	15	2	100		
Medicina en el Trabajo	-	-	2	5				
Enfermería Salud Pública	2	8.6	7	17.5	-	-		

Fuente: base de datos del estudio

cognitivas para el aprendizaje significativo mejoraron el rendimiento académico de los estudiantes, con una diferencia significativa ($p < 0.001$) entre el grupo control y experimental. Al tener conciencia del aprendizaje, la planificación de tareas, la autorregulación y la autoevaluación, los estudiantes logran dar un salto en el nivel de aprendizaje.¹⁸

Derivado del análisis de la relación entre las estrategias metacognitivas y el rendimiento académico de estudiantes universitarios del área de la salud, se obtuvo una correlación de Pearson de 0.561, lo que indica una relación moderadamente significativa entre las variables, a pesar de que los resultados del cuestionario muestran un alto conocimiento de las estrategias, una buena planificación y monitoreo de las mismas y una ejecución consciente de estas.¹⁹

En los hallazgos descritos se enfatiza cómo las habilidades metacognitivas pueden desarrollarse a lo largo del tiempo para mejorar el autoconocimiento y la autorregulación del aprendizaje significativo de los estudiantes en diversos contextos y áreas de aprendizaje.

El efecto fue positivo al analizar la relación entre la metacognición, la eficiencia académica y la formación de especialidad. Dicha relación se fundamenta en la posibilidad de desarrollo y fortalecimiento de las competencias de los estudiantes del área de la salud, quienes en el corto plazo, una vez incorporados en las instituciones de servicios de salud, podrán tomar decisiones clínicas eficientes que contribuyan a la disminución de errores, y a garantizar la seguridad del paciente y la calidad de la atención

otorgada, lo cual hará que estos estudiantes se conviertan en profesionales del área de la salud competentes en el desempeño de sus funciones.

Conclusiones

El autoconocimiento metacognitivo se asocia con la eficiencia académica de los estudiantes y con el tipo de formación de especialidad.

El educador es pieza clave en la formación holística de profesionales del área de la salud, al promover el autoconocimiento y la autorregulación metacognitivos, al direccionar el pensamiento y el actuar del estudiante en la resolución de tareas concretas y específicas, además de que lo orienta en el uso del razonamiento y la toma de decisiones clínicas eficientes.

Con base en los resultados obtenidos, se describen dos propuestas:

1. Diseño e implementación de una guía práctica de estrategias metacognitivas para los estudiantes en formación de cursos técnicos, posttécnicos y de especialización en las instituciones de salud, con el propósito de fortalecer el proceso de enseñanza-aprendizaje en los diversos contextos de la enseñanza clínica.
2. Estudiar las competencias metacognitivas de los estudiantes del área de salud, en el campo práctico-clínico, incluidas variables como calidad, calidez, oportunidad y seguridad de la atención en salud prestada al derechohabiente.

Referencias

1. Gutierrez A, Montoya D, Dussán C. Cambios en diferentes variables relacionadas con la conducta de un estudio en una muestra de estudiantes de pregrado, posterior a un proceso de intervención sobre la práctica guiada. *Revista de Psicología*. 2022;12(1): 69-107. Disponible en: <https://revistas.ucsp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/1474/1485>
2. Hernández A. El papel de la reflexión en el rendimiento académico, la metacognición y el aprendizaje autorregulado en estudiantes con diferentes estilos cognitivos [tesis de doctorado]. [México]: Universidad Pedagógica Nacional; 2019. Disponible en: <http://repository.pedagogica.edu.co/bitstream/handle/20.500.12209/10722/TO-23466.pdf?sequence=1>
3. Morales L. Metacognición, motivación y rendimiento académico en aulas gamificadas a nivel bachillerato [tesis de maestría]. [Nuevo León]: Universidad Autónoma De Nuevo León Facultad De Psicología Subdirección De Posgrado]. 2021. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/24070/1/1080328626.pdf>
4. Norman D, Shallice T. Attention to action willed and automatic control of behavior. En Davidson RJ, Schwartz GE, Shapiro D (eds.). *Consciousness and self-regulation: Advances in research and theory*. 1986. pp. 1-18.
5. Gaete M. Neurociencia como paradigma de exploración para fracaso académico y abandono universitario: estudio multicéntrico de perfiles neuropsicológicos y metacognitivos en estudiantes de educación superior chilenos y españoles [tesis doctoral]. [Murcia]: Universidad Católica de Murcia; 2020. Disponible en: <https://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/5080/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Valenzuela A. ¿Qué hay de nuevo en la metacognición? Revisión del concepto, sus componentes y términos afines. *Educ. Pesqui.* Sao Paulo. 2019;45. doi: 10.1590/S1678-4634201945187571
7. Agudelo-Zárate AT, Mendieta-Rodríguez TA. Metacognición en los ambientes de práctica clínica- Programa de Optometría Universidad el Bosque [tesis de maestría]. [Bogotá]: Pontificia Universidad Javeriana; 2019. Archivo digital. Disponible en: <https://repositorio.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/43307/Metacognición%20en%20los%20ambientes%20de%20>

- Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica.pdf?sequence=4&isAllowed=y
8. Guillén J. Metacognición en el aprendizaje. Escuela con cerebro. 2021. Disponible en: <https://escuelaconcerebro.wordpress.com/2021/06/01/metacognicion-en-el-aprendizaje/>
 9. Instituto Mexicano del Seguro Social. Sistema de Atención al Derechohabiente. Quejas y denuncias ante el OIC. México: IMSS. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/oic/quejasydenuncias>
 10. Universidad Internacional de la Rioja UNIR. Qué son los eventos adversos en el ámbito sanitario y cómo abordarlos. España: UNIR Revista: 23 de febrero de 2021. Disponible en: [https://www.unir.net/revista/salud/evento-adverso/#:~:text=Un%20evento%20adverso%20es%20una,los%20sistemas%20y%20equipamientos%20utilizados\).](https://www.unir.net/revista/salud/evento-adverso/#:~:text=Un%20evento%20adverso%20es%20una,los%20sistemas%20y%20equipamientos%20utilizados).)
 11. Instituto Mexicano del Seguro Social. Sistema VENCER. Sistema de notificación, vigilancia y prevención de eventos adversos para garantizar la seguridad del paciente Zacatecas.
 12. Oliva A, Villafañe J, Herazo Y. Estrategias metacognitivas de planificación para mejorar los resultados de aprendizaje de grado quinto de la Institución Educativa Cañito de los Sábalo de Cereté – Córdoba [tesis de especialidad]. [Sincelejo, Sucre, Colombia]: Corporación Universidad del Caribe; 2021. Disponible en: <https://repositorio.cecacar.edu.co/bitstream/handle/cecar/2461/ESTRATEGIAS%20METACOGNITIVAS%20DE%20PLANIFICACI%C3%A0N%20PARA%20MEJORAR%20LOS%20RESULTADOS%20%283%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 13. Cisternas R. Estrategias metacognitivas explícitas de planificación, monitoreo, resolución de problemas, y evaluación para la comprensión auditiva en inglés como L2 en estudiantes de nivel A2 de 5to año básico [tesis de maestría]. [Concepción, Chile]: Universidad de Concepción; 2020. 153 p.
 14. Indeed. Especialidades médicas que se necesitan en México. Orientación profesional. 2023; actualizado el 20 de septiembre de 2024. Disponible en: <https://mx.indeed.com/orientacion-profesional/como-encontrar-empleo/especialidades-medicas-necesitan-mexico>
 15. Schraw G, Dennison RS. Evaluación de la conciencia metacognitiva. Psicología de la educación contemporánea. 1994;19(4):460-75. doi: 10.1006/ceps.1994.1033
 16. Huertas A, Vesga G, Galindo M. Validación del instrumento Inventario de Habilidades Metacognitivas (MAI) con estudiantes colombianos. Praxis & Saber. 2014;5(10):55-74.
 17. Robles H. Autoeficacia académica y aprendizaje autorregulado en un grupo de estudiantes de una Universidad en Lima. Revista de Psicología. 2020;24:37-51. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322020000200004https://orcid.org/0000-0002-5937-5937
 18. Córdova D, Marroquín H. Mejoramiento del rendimiento académico con la aplicación de estrategias metacognitivas para el aprendizaje significativo. Revista UNIMAR. 2018;36 (1):15-30. Disponible en: <https://revistas.umariana.edu.co/index.php/unimar/article/view/1598>
 19. Martínez-Cárdenas JL, Valencia-Núñez E. Estrategias metacognitivas y rendimiento académico en estudiantes universitarios de ciencias químicas. Revista UNIANDES Episteme. 2021;8(2):277-90. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8298205>

Cómo citar este artículo/To reference this article:

Martínez-Rodríguez R, Carrillo-Medrano JG, López-Aparicio LR. Metacognición de estudiantes de la salud: relación entre autoconocimiento, autorregulación y eficiencia académica. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2025;33(3):e1497. doi: 10.5281/zenodo.15708318

Edith Carolina Hernández-Román^{1a}, Jacqueline Lezama-González^{2b}, Socorro Méndez-Martínez^{3c}, Máximo Alejandro García-Flores^{4d},
Jorge Ayón-Aguilar^{5e}

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 7, Coordinación de Licenciatura en Enfermería SUAyED. Puebla, Puebla, México

²Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, División de Investigación en Salud. Puebla, Puebla, México

³Instituto Mexicano del Seguro Social, Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Puebla, Coordinación de Planeación y Enlace Institucional. Puebla, Puebla, México

⁴Instituto Mexicano del Seguro Social, Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Puebla, Coordinación de Planeación y Enlace Institucional, Coordinación Auxiliar Médica de Educación en Salud. Puebla, Puebla, México

⁵Instituto Mexicano del Seguro Social, Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Puebla, Coordinación de Planeación y Enlace Institucional, Coordinación Auxiliar Médica de Investigación en Salud. Puebla, Puebla, México

Doi: 10.5281/zenodo.15708324

Resumen

ORCID

0009-0000-2528-5311^a

0009-0004-1671-1795^b

0000-0001-7463-0580^c

0000-0002-5028-9178^d

0000-0001-9704-8032^e

Palabras clave:

Neoplasias de Mama
Factores de Riesgo
Educación en Salud
Personal de Enfermería

Keywords:

Breast Neoplasms
Risk Factors
Health Education
Nursing Staff

Correspondencia:

Edith Carolina Hernández Román

Correos electrónicos:

edith.hernandezro@imss.gob.mx
edithcarolinahernandezroman@
gmail.com

Fecha de recepción:

05/11/2024

Fecha de aceptación:

06/02/2025

Introducción: las acciones preventivas para la detección oportuna de cáncer de mama se refieren al conocimiento de factores de riesgo, prevención, autoexploración mamaria, exploración clínica de mama, ultrasonido mamario y mastografía según el grupo etario de cada mujer.

Objetivo: analizar artículos publicados en el campo de la enfermería sobre acciones educativas de promoción, prevención y detección temprana de factores de riesgo para cáncer de mama.

Metodología: revisión de artículos publicados de enfermería con base en los términos *Autoexploración mamaria y Enfermería y Breast Cancer and Nurse*. La búsqueda de artículos se realizó en PubMed y Google Scholar. Con base en el método PRISMA, se seleccionaron artículos en función de la metodología, tamaño de muestra y principales hallazgos. Se integró un total de 56 artículos en español y después de la revisión y análisis se obtuvo un total de 12 artículos.

Resultados: se identificaron artículos de tipo observacional y descriptivo (16%), transversal (50%) y cuasiexperimental (34%). Con base en la revisión del diseño metodológico, se encontraron estudios de intervención educativa en mujeres (16%), prácticas de tamizaje y autoexploración mamaria (16%), intervenciones en enfermeras (16%), capacitación a estudiantes de enfermería y familiares (26%) y conocimientos generales sobre prevención y diagnóstico en diversas poblaciones (26%).

Conclusiones: las acciones de prevención y detección de cáncer de mama recomendadas para la atención de mujeres son el tamizaje y diagnóstico para la adecuada canalización de pacientes a servicios subsecuentes para su seguimiento.

Abstract

Introduction: Preventive actions for the early detection of breast cancer include knowledge of risk factors, prevention, breast self-examination, clinical breast examination, breast ultrasound, and mammography, according to each woman's age group.

Objective: To analyze articles published in the nursing field on educational actions for promotion, prevention, and early detection of risk factors for breast cancer.

Methodology: A review of published nursing articles was conducted using the terms *Autoexploración mamaria y Enfermería*, and *Breast Cancer and Nurse*. The search for articles was conducted in PubMed and Google Scholar. Using the PRISMA method, articles were selected based on methodology, sample size, and main findings. A total of 56 articles in Spanish were included, and after the review and analysis, a total of 12 articles were obtained.

Results: Observational and descriptive articles (16%), cross-sectional articles (50%), and quasi-experimental articles (34%) were identified. Based on the review of the methodological design, studies on educational interventions in women (16%), breast screening and self-examination practices (16%), interventions for nurses (16%), training for nursing students and family members (26%), and general knowledge about prevention and diagnosis in diverse populations (26%) were found.

Conclusions: The recommended breast cancer prevention and detection measures for women include screening and diagnosis for appropriate referral to subsequent follow-up services.

Introducción

El cáncer de mama es una enfermedad que afecta a la población a nivel mundial. Se estiman 2.3 millones de casos nuevos de cáncer de mama en el mundo, los cuales representan el 11.7 %. El grupo más afectado está entre los 40 y los 59 años de edad.^{1,2}

En México se han registrado 8034 muertes en 2023 a causa del cáncer de mama en la población de 20 años o más; la tasa de mortalidad fue de 17.9 por cada 100 mil personas y el 99.5% fueron mujeres.³ En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2022, se hace referencia a que en México residían 20.6 millones de mujeres entre 40 y 69 años de edad, de las cuales el 20.2% (4.2 millones) refirió un estudio de mastografía en los últimos 12 meses, y de este el 85.6% (3.5 millones) recibió el resultado del estudio y en el 5.6% (aprox. 19,900) su resultado fue positivo.⁴ En particular, en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la mortalidad por cáncer de mama estuvo en 2020 entre las principales causas de muerte por tumores malignos, con un total de 1545 defunciones, de las cuales el 99.5% (1537) fueron mujeres.⁵

De acuerdo con la NOM-041-SSA2-2002, *para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama*, la sensibilidad de la autoexploración de mama es del 26 al 41%, en comparación con el examen clínico del 30 al 50%, y con la mastografía del 75 al 90%. En específico, en mujeres menores de 50 años la mastografía tiene la posibilidad de reducir la mortalidad del 44 al 36%, por lo que esta debe realizarse con el examen clínico por personal de salud y una mastografía en mayores de 40 años.⁶

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve programas integrales de lucha contra el cáncer de mama, a través de intervenciones y actividades de promoción y educación para la salud, tamizaje, con prioridad para las estrategias de prevención y detección oportuna en población blanco, con base en la autoexploración de mama en mujeres de 20 años o más, exploración clínica de mama en mujeres a partir de los 25 años, y cada 2 años una mastografía en mujeres de 40 a 69 años de edad.⁷

Con base en el manual metodológico de indicadores médicos, el tamizaje con mastografía de primera vez debe realizarse en mujeres de 40 a 49 y de 50 a 69 años.⁸ Cabe señalar que se han identificado factores de riesgo como el género, el envejecimiento (a mayor edad mayor riesgo), la historia personal o familiar de cáncer de mama en madre,

hermanas o hijas, mayor densidad mamaria, vida menstrual de más de 40 años, ser menarca antes de los 12 años y la menopausia después de los 52 años de edad.⁹

Para poner en práctica las medidas de prevención del cáncer de mama, se han implementado guías como el Protocolo de Atención Integral para Cáncer de Mama por el IMSS en los 3 niveles de atención, con el objetivo de detectar tempranamente los factores de riesgo potenciales en poblaciones blanco.⁵ Entre las acciones específicas que el personal de enfermería realiza en el primer nivel de atención están: a) sesiones educativas sobre factores de riesgo, factores protectores y prevención del cáncer de mama, b) demostración de la técnica de autoexploración mamaria y cómo identificar factores de riesgo presentes durante la exploración clínica de mama, registro de hallazgos y tamizaje con mastografía.

Por medio de la presente revisión, se pretende analizar y sintetizar los hallazgos de investigaciones recientes en el campo de la enfermería para fortalecer el rol de la enfermería en acciones educativas de promoción, prevención y detección temprana de factores de riesgo para cáncer de mama.

Metodología

Se llevó a cabo una búsqueda de artículos publicados que abordaron las acciones preventivas para cáncer de mama, así como el rol de la enfermería en estas prácticas. En los artículos se identificaron investigaciones de tipo observacional, transversal y cuasiexperimental. Se examinaron variables como el conocimiento, las prácticas y la eficacia de la capacitación de las acciones preventivas, factores de riesgo, autoexploración mamaria y el uso de métodos de tamizaje.

Se escogieron artículos publicados entre 2001 y 2024 que emplearon intervenciones educativas o evaluaron conocimientos en temas relacionados con la prevención del cáncer de mama, autoexploración mamaria y estudios complementarios. Se seleccionaron estudios realizados en mujeres, estudiantes de enfermería y enfermeras, y el enfoque se centró en aquellos que medían cambios en conocimientos y prácticas de prevención antes y después de las intervenciones. Se excluyeron los estudios que no tuvieran un enfoque de enfermería.

Las fuentes de datos abarcaron 3 bases de datos académicas: Google Scholar, PubMed y la de la Biblioteca Universitaria de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, con especial énfasis en artículos que midieran el

impacto de las acciones preventivas sobre el cáncer de mama en diferentes grupos. Se incluyeron artículos originales y artículos con enfoque en enfermería, y no se incluyeron los artículos de revisión o tesis.

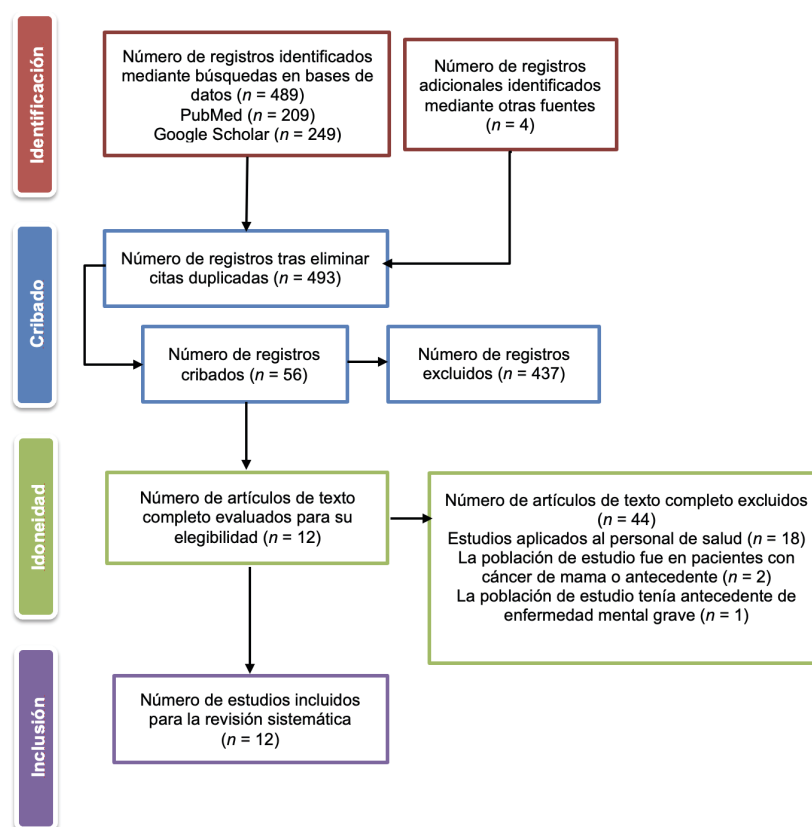
La búsqueda general se realizó en PubMed y Google Scholar sobre prevención del cáncer de mama y enfermería con las palabras clave *Breast Cancer and Nurse*. Se presentaron un total de 493 resultados publicados entre 2020 y 2024, a los que se añadieron 4 artículos que no estaban incluidos en el periodo ya descrito; posteriormente, con base en los criterios de inclusión y solo con la lectura del título, se integró un total de 56 artículos en español. Más tarde se llevó a cabo una revisión de cada artículo para obtener finalmente 12 artículos y se descartaron 44, de los cuales 18 estudios habían sido aplicados al personal de salud en general, 2 se aplicaron a una población que ya tenía el diagnóstico de cáncer de mama y 1 fue aplicado a una población que tenía antecedente de una enfermedad mental grave. Para el proceso de revisión y análisis de los artículos publicados se empleó el método PRISMA (figura 1).

Resultados

Los artículos seleccionados presentaron una variedad de enfoques para la educación y prevención del cáncer de mama, especialmente en el ámbito de la enfermería y la autoexploración mamaria.

Cada artículo fue analizado en función de la metodología, el tamaño de muestra y los resultados, y también se clasificó de acuerdo con su tipo, población participante, metodología empleada y principales hallazgos en cuanto a los conocimientos y prácticas preventivas para cáncer de mama. De los 12 artículos por tipo de estudio, se identificaron 2 (16%) referidos como observacional descriptivo y descriptivo, respectivamente; 6 artículos (50%) como estudio transversal, y 4 artículos (34%) como estudio cuasiexperimental. Cabe señalar que con base en la revisión del diseño metodológico se encontraron 2 intervenciones educativas en mujeres (16%), 2 prácticas de tamizaje y autoexploración mamaria (16%), 2 intervenciones en enfermeras (16%), 3 capacitaciones a estudiantes de enfer-

Figura 1 Descripción del proceso de selección de artículos con el método PRISMA



Fuente: elaboración propia

mería y familiares (26%) y 3 estudios que midieron los conocimientos generales sobre prevención y diagnóstico en diversas poblaciones (26%) (cuadro I).

Discusión

Se ha demostrado que las acciones de promoción y prevención pueden aumentar significativamente el cono-

cimiento de la población sobre el cáncer de mama. Tal como lo reportaron Riverón-Carralero *et al.* en 2021, las medidas preventivas son necesarias para la promoción de la salud debido al aumento de casos de cáncer de mama. Ese estudio fue realizado en un grupo de mujeres mayores de 30 años, en las que se llevó a cabo una intervención educativa para aumentar la percepción del riesgo de cáncer de mama y la autoexploración mamaria. Así fue como

Cuadro I Características de los artículos publicados sobre prevención del cáncer de mamá y enfermería entre 2020 y 2024 (n = 12)*

Autoría	Año	Tipo de estudio	Sujetos	Metodología	Resultados
Riverón-Carralero ¹⁰	2021	Cuasi experimental	80 mujeres	Intervención educativa autoexploración mamaria; cuestionario antes y después de la intervención	Aumento en conocimientos: general (de 20 a 85%), autoexploración (de 35 a 100%), factores de riesgo (de 20 a 80%)
Morales-Romero ¹¹	2024	Cuasi experimental	202 mujeres	Intervención educativa; examen teórico y observacional	Mejora en conocimientos teóricos (de 35.6 a 98.5% buenos); evaluación observacional, $p < 0.005$
Córdova-Cadena ¹²	2014	Observacional descriptivo	127 mujeres	Sobre la técnica correcta de autoexploración mamaria	Solo el 0.8% realizó la técnica correctamente
Ahmed ¹³	2024	Cuasi experimental	280 enfermeras	Evaluación de riesgo y conocimientos; curso educativo	Aumento en conocimientos y prácticas postcurso (73.2 a 90.4%), $p < 0.01$
Aliye ¹⁴	2021	Cuasi experimental	133 familiares	Intervención educativa para familiares	La autoexploración aumentó de 39.1 a 87.2% después de la capacitación, $p: 0.0001$
Cruz-Aldaz ¹⁵	2023	Transversal	156 estudiantes de enfermería	Evaluación de conocimientos y prácticas	Conocimientos: 30.8% buenos; prácticas preventivas adecuadas 31.4%
Apaza-Huamán ¹⁶	2024	Transversal	429 estudiantes de enfermería	Cuestionarios sobre conocimientos y práctica de autoexploración	Conocimiento medio de autoexploración: 10.5 puntos; práctica adecuada: media de 61.2 puntos
Ortiz-Montalvo ¹⁷	2023	Transversal	224 estudiantes de enfermería	Cuestionario autodirigido sobre prevención	Conocimientos sobre prevención: 57.5%; prácticas adecuadas: 45.9%
Prolla ¹⁸	2015	Transversal	154 enfermeras	Cuestionario sobre cáncer de mama y cáncer hereditario	Respuestas correctas: 65.8% en cáncer de mama, 66.4% en cáncer hereditario, 48.5% en acciones educativas
Páez-Esteban ¹⁹	2010	Transversal	248 estudiantes de salud	Encuesta sobre conocimientos de factores de riesgo	Conocimientos sobre factores de riesgo: 84.6%; técnica de autoexploración: 74.2%
Odusanya ²⁰	2001	Transversal	280 enfermeras	Se aplicó un cuestionario para evaluar el conocimiento de síntomas, métodos de diagnóstico y uso de métodos de detección del cáncer de mama	Síntomas: Bulto en el seno: 93.6% Ganglios axilares: 79.9% Úlcera en el seno: 74% Secreción sanguinolenta en el pezón: 67.2% Pérdida de peso: 62.7% Métodos de diagnóstico: Examen patológico de tejido mamario: 83.3% Autoexploración mamaria: 78.9% Mastografía: 73% Cuándo referir al paciente: 68.6% Ultrasonografía: 21.6%
Bonilla-Sepúlveda ²¹	2021	Descriptivo	318 mujeres	Observacional sobre métodos de tamizaje	Autoexploración (70.1%), examen clínico (45.9%), mamografía (56%), ecografía (43.1%)

*Cuatro de los estudios incluidos no corresponden al intervalo de tiempo comprendido entre 2020 y 2024, pero fueron considerados debido a su relevancia metodológica para el presente análisis

los autores evidenciaron el aumento en el conocimiento general sobre prevención del 20 al 85% y en la práctica de autoexploración mamaria del 35% al 100%.¹⁰

Morales-Romero *et al.* hicieron referencia en 2024 a que la correcta técnica de autoexploración mamaria y el conocimiento de signos y síntomas podría considerarse un método fácil y seguro para el tamizaje, aunque podría resultar complejo cuando no existe una capacitación adecuada, por lo que hicieron una intervención educativa de autoexploración mamaria en mujeres de 20 a 59 años y observaron una mejora sustancial en los conocimientos teóricos y prácticos de las participantes, con resultados estadísticamente significativos ($p < 0.005$).¹¹

Por otra parte, Córdova-Cadena *et al.* citaron en 2014 que las acciones preventivas son aquellas que permiten una detección precoz, principalmente la autoexploración mamaria, la exploración clínica y la mamografía, aunque las cifras indican que solo el 0.8% de las mujeres llevaron a cabo correctamente la técnica de autoexploración mamaria, por lo que los autores señalan la necesidad de mejorar la instrucción y la práctica de esta habilidad.¹²

En cuanto a la investigación con poblaciones específicas como enfermeras y estudiantes de enfermería, quienes desempeñan un rol activo en la promoción de la salud mamaria en sus comunidades, al respecto se ha demostrado un incremento en el conocimiento y la práctica de la autoexploración mamaria y una mayor conciencia sobre los factores de riesgo.^{13,14} Asimismo, se ha evaluado el nivel de conocimiento y la implementación de acciones preventivas en estudiantes de enfermería, en quienes se enfatiza que la mayoría realiza acciones preventivas inadecuadas, a pesar de que el 64.7% de los estudiantes tiene un nivel de conocimientos intermedio y el 30.8% alto.^{15,16} Esta brecha destaca la necesidad de reforzar la formación práctica en los planes de estudio de enfermería para facilitar la implementación de medidas preventivas desde la etapa académica.¹⁷

En un estudio con enfermeras que trabajan con pacientes oncológicos, un poco más de la mitad tenía conocimiento adecuado sobre el cáncer de mama y sobre el cáncer hereditario, y de ellas, una menor proporción participaba en actividades educativas relacionadas con la prevención del cáncer de mama. Esto sugiere que es necesario incentivar la participación del personal de enfermería en actividades educativas y de concientización, tanto para

pacientes como para otros profesionales de la salud, lo cual ampliará el impacto preventivo en la comunidad.¹⁸

En específico, la mayoría de los estudiantes del área de la salud tenía conocimientos sobre los factores de riesgo de cáncer de mama y conocía la técnica de autoexploración mamaria. Sin embargo, es necesario reforzar la capacitación continua en factores de riesgo y técnicas de detección temprana tanto en entornos académicos como clínicos, lo cual puede asegurar que los futuros profesionales de la salud estén preparados para educar a las personas.¹⁹

Al explorar los conocimientos de las enfermeras sobre los síntomas del cáncer de mama y los métodos de diagnóstico, se encontró que había una comprensión variada de los síntomas, así como del uso de métodos de detección. La falta de conocimiento consistente sobre algunos síntomas clave y métodos de diagnóstico subraya la importancia de mantener una formación actualizada y exhaustiva para el personal de enfermería. Con una capacitación constante, las enfermeras podrían mejorar su capacidad para identificar tempranamente signos de cáncer de mama y guiar a sus pacientes hacia una detección y tratamiento oportunos.²⁰

Conclusiones

Las acciones preventivas del cáncer de mama, como el conocimiento de los factores de riesgo, la autoexploración mamaria, la exploración clínica mamaria, la ultrasonografía y la mamografía, son necesarias para el desarrollo de una cultura de prevención.

La evidencia respalda el papel de las enfermeras como figuras clave en la prevención del cáncer de mama por medio de la implementación de medidas preventivas. Dichas acciones no solo aumentan el propio conocimiento, sino el de la población en cuanto a las prácticas de autoexploración y tamizaje, que son fundamentales para la detección temprana.

Para maximizar el efecto de las acciones preventivas, se recomienda la implementación de estrategias de capacitación continua y la inclusión de prácticas supervisadas en el currículo de enfermería. Por medio de intervenciones educativas y actividades de sensibilización, las enfermeras pueden contribuir significativamente a mejorar el conocimiento y las prácticas de prevención en la población general, así como en el propio personal de salud.

Referencias

- Martínez-Sánchez YL, Medrano-Guzmán R. Epidemiología del cáncer de mama. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 24 de octubre de 2022. Disponible en: <https://www.gob.mx/imss/articulos/epidemiologia-del-cancer-de-mama-318014>
- Consenso Mexicano sobre Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Mamario. Décima reunión Colima 2023. Colima, México: Consenso Mexicano sobre Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Mamario; 2023. Disponible en: http://consensocancermamario.com/documentos/FOLLETO_CONSENSO_DE_CANCER_DE_MAMA_10aRev2023a.PDF
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del Día internacional de la lucha contra el cáncer de mama. México: INEGI; 1 de enero de 2023.
- Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2023. México: INSP; 2023.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Protocolo de Atención Integral Cancer de mama para el personal médico. México: IMSS; 2023. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/profesionalesSalud/investigacionSalud/historico/programas/07-pai-cancer-de-mama.pdf>
- Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. México: Diario Oficial de la Federación; 2002.
- Organización Mundial de la Salud. Cáncer de mama. Ginebra, Suiza: OMS; 13 de marzo de 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer#:~:text=Respuesta%20de%20la%20OMS,mama%20en%20todo%20el%20mundo>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Manual Metodológico de Indicadores Médicos 2019-2024. México: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS; 2019. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/profesionalesSalud/investigacionSalud/normatividadInst/ManualMetodologico2019-2024.pdf>
- Red Española de Registros de Cáncer. Estimaciones de la incidencia de cáncer en España, 2022. REDECAN; 2022. Disponible en <https://redcan.org/storage/documents/873877e1-af1b-43fe-8d97-0ee1434fe261.pdf>
- Riverón-Carralero WJ, Rodríguez-Escobar K, Ramírez-Carralero M, et al. Intervención educativa sobre cáncer de mama. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2021;37(1).
- Morales-Romero KA, Juárez-Muñoz J, Ferrao-Barrios C del R, et al. Efecto de una intervención educativa de la autoexploración de mama en las mujeres de 20-59 años. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 2024;8(4):8054-69.
- Córdova-Cadena S, González-Pozos PV, Zavala-González MA. Autoexploración mamaria en usuarias del Instituto Mexicano del Seguro Social de Teapa, Tabasco, México. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;53(3):368-72. Disponible en: http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/rt/printerFriendly/42/336
- Ahmed WR, Hossny EK, Mohammed GT, et al. Risk Assessment Tool of Breast Cancer and Barriers against Breast Self-Examination among Nurses: An Educational Program. Nurs Forum (Auckl). 2024;2024:1-13.
- Aliye OA, Çetin S, Sezer H. Effect of breast self-examination training on health beliefs and practices: student nurses educating relatives. Progress in Health Sciences. 2021;11(1):7-14.
- Cruz-Aldaz EY, Chipantiza-Córdova TE. Conocimiento y prácticas preventivas del cáncer de mama en estudiantes de Enfermería. LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades. 2023;4(2). Disponible en: <https://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/717>
- Apaza-Huamán AE, Puño-Quispe L. Conocimientos y prácticas del autoexamen de mamas en estudiantes de enfermería durante la pandemia. Revista Eugenio Espejo. 2024;18(3):1-13.
- Ortiz Montalvo YJ, Vega Tapia DC, Gonzales Paredes MC, et al. Conocimiento asociado con la práctica preventiva del cáncer de mama en estudiantes de enfermería. Horizonte Sanitario. 2023; 22(2):297-304.
- Prolla CM, da Silva PS, Netto CB, et al. Knowledge about breast cancer and hereditary breast cancer among nurses in a public hospital. Rev Lat Am Enfermagem. 2015;23(1):90-7. doi: 10.1590/0104-1169.0185.2529
- Páez-Esteban Á, Urrea-Vega EA, Contreras-Barrios MA, et al. Conocimiento y frecuencia de los factores de riesgo para cáncer de mama en las estudiantes del área de la salud. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. 2010;12(2):25-36. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1452/145217280003.pdf>
- Odusanya OO, Tayo OO. Breast cancer knowledge, attitudes and practice among nurses in Lagos, Nigeria. Acta Oncol. 2001;40(7): 844-8. doi: 10.1080/02841860152703472
- Bonilla-Sepúlveda OA. Frecuencia de la mamografía, ecografía, examen clínico y autoexamen de mama en población general. MedUNAB. 2018;21(2):179-87. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50416077007>

Cómo citar este artículo/To reference this article:

Hernández-Román EC, Lezama-González J, Méndez-Martínez S, et al. Revisión en el campo de la enfermería: acciones educativas de promoción, prevención y detección de cáncer de mama. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2025;33(3):e1547. doi: 10.5281/zenodo.15708324

Milca Edith Hernández-Aguirre^{1a}

Secretaría de Marina, Centro Médico Naval, Enfermería Perinatal. Ciudad de México, México

Doi: 10.5281/zenodo.15708335

ORCID

0009-0009-7582-5019^a

Palabras clave:

Enfermería de Atención Primaria
Atención Prenatal
Enfermería Perinatal
Embarazo de Bajo Riesgo

Keywords:

Primary Care Nursing
Prenatal Care
Neonatal Nursing
Low-Risk Pregnancy

Correspondencia:

Milca Edith Hernández Aguirre

Correo electrónico:

edith30.aguirre@gmail.com

Fecha de recepción:

06/02/2025

Fecha de aceptación:

03/06/2025

Resumen

Introducción: el control prenatal es esencial para monitorear el embarazo y en general lo lleva a cabo personal médico especializado. Se considera que las enfermeras perinatales podrían hacerlo en la mujer con embarazo de bajo riesgo, situación que ya ocurre en algunas clínicas del país; no obstante, no se cuenta con información sobre cómo es la práctica de estos profesionales.

Objetivo: analizar los artículos publicados sobre la práctica de enfermería perinatal en el control prenatal de la mujer con embarazo de bajo riesgo de 2014 a 2024.

Metodología: revisión sistemática PRISMA. La búsqueda de artículos se realizó en SciELO, Redalyc, Elsevier, PubMed y Google Scholar. Se revisaron artículos indexados que fueron publicados entre 2014 y 2024, en inglés o español, que fueron realizados en México, en mujeres con embarazos de bajo riesgo. La muestra final se compuso de 14 artículos.

Resultados: la práctica de enfermería perinatal se compone del control prenatal completo, consejería, intervenciones nutricionales, detección de riesgos y complicaciones, y elaboración de planes de cuidado/parto.

Conclusiones: la ampliación del rol y la mayor autonomía en la práctica de la enfermería perinatal puede incidir en mejores beneficios para las mujeres embarazadas. Por su formación y competencias, la enfermera puede realizar el control prenatal completo en la mujer con embarazo de bajo riesgo y de colaboración con otros profesionales, en el caso de mujeres con embarazo de alto riesgo.

Abstract

Introduction: Prenatal care is essential for monitoring pregnancy and is generally performed by specialized medical personnel. It is believed that perinatal nurses could perform this care for women with low-risk pregnancies, a situation that already occurs in some clinics in the country; however, there is no information on the practices of these professionals.

Objective: To analyze published articles on perinatal nursing practice in prenatal care for women with low-risk pregnancies from 2014 to 2024.

Methodology: A PRISMA systematic review was conducted. The search for articles was made in SciELO, Redalyc, Elsevier, PubMed, and Google Scholar. Indexed articles published in English or Spanish in Mexico between 2014 and 2024, among women with low-risk pregnancies, were reviewed. The final sample consisted of 14 articles.

Results: Perinatal nursing practice consists of comprehensive prenatal care, counseling, nutritional interventions, risk and complication screening, and development of care/delivery plans.

Conclusions: Expanding the role and increasing autonomy in perinatal nursing practice can lead to greater benefits for pregnant women. Due to their training and competencies, nurses can provide comprehensive prenatal care for women with low-risk pregnancies and collaborate with other professionals, in the case of women with high-risk pregnancies.

Introducción

Hay diferentes complicaciones que afectan la salud de la mujer durante el embarazo y que incluso pueden provocar mortalidad materna o perinatal si no se tratan adecuadamente. Se sabe que el 15% de los embarazos presentan complicaciones;¹ a nivel mundial, se estima que por cada 100,000 partos ocurren 430 muertes maternas en países pobres y 12 en países ricos.² En México, ocurrieron 26 y 30 muertes maternas por cada 100,000 partos durante 2022 y 2023, respectivamente. Las defunciones se debieron a complicaciones como hemorragias (19.4%), trastornos hipertensivos (16.2%) y abortos (8.3%).^{3,4}

En este contexto, se considera que un control prenatal adecuado y oportuno contribuye a identificar factores de riesgo, preservar la salud, prevenir complicaciones, preparar a la madre para el parto y reducir la mortalidad materna y fetal. El *control prenatal* se define como los cuidados que se reciben durante el embarazo e incluyen el monitoreo y la promoción de la salud de la madre y el feto antes del parto.^{5,6}

Cada vez se enfatiza más la importancia del cuidado o control prenatal en todo el mundo.^{6,7} En México, con base en la estructura del sistema de salud, el control prenatal está a cargo del personal médico especialista del segundo nivel de atención; cabe mencionar que la participación del personal de enfermería en el primer nivel de atención es en el control prenatal de mujeres con embarazos de bajo riesgo.⁷ Un ejemplo es la Clínica Comunitaria de Santa Catarina en Iztapalapa, Ciudad de México, con salas de Labor-Parto-Recuperación (LPR), en donde el personal de enfermería perinatal realiza control prenatal de las mujeres embarazadas debido a la alta demanda de servicios médicos en la zona.⁸

El control prenatal realizado por personal de enfermería constituye una alternativa ante la saturación de los sistemas de salud, cuyo resultado es una atención médica más oportuna para las pacientes.^{9,10} En particular, la práctica de la enfermería perinatal es una formación especializada que se relaciona con el control prenatal. Sus acciones se enfocan en promover la salud y el bienestar de la madre y sus hijos, así como en el cuidado del estado de salud de la mujer durante el embarazo, la labor de parto y el puerperio (de la semana 22 de gestación hasta los 7 días posteriores al parto).¹¹

Cabe señalar la relevancia de sistematizar la información científica sobre las funciones y resultados de la

práctica de enfermería perinatal, específicamente en el sistema de atención mexicano. En la literatura científica se encuentran publicaciones de investigación que tratan directamente el tema en cuestión y otras que lo hacen de forma indirecta; en este sentido, se considera viable integrar sus resultados en una revisión sistemática con el objetivo de describir la práctica de la enfermería perinatal en el control prenatal de mujeres con embarazo de bajo riesgo en México en el periodo de 2014 a 2024.

Metodología

Se realizó una revisión sistemática de la literatura científica de 2014 a 2024 respecto a la práctica de la enfermería perinatal en el control prenatal en México. Para la revisión se siguieron los pasos sugeridos por la declaración *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA).

La búsqueda de artículos se llevó a cabo en los repositorios SciELO, Redalyc, Elsevier, PubMed y el motor de búsqueda de Google Scholar (para este último se tuvo especial cuidado de seleccionar únicamente artículos de revistas indexadas). En cada repositorio se ingresaron los siguientes términos en distintas combinaciones: “control prenatal”, “cuidado prenatal”, “enfermería perinatal”, “prácticas en enfermería”, “intervenciones en enfermería”, “embarazo de bajo riesgo” y “México”.

En la estrategia de búsqueda para SciELO se ingresaron los siguientes términos combinados con operadores booleanos: (control prenatal) AND (enfermería perinatal) AND (embarazo no riesgoso). En los demás repositorios el procedimiento fue similar y se combinaron los términos de búsqueda con los operadores booleanos AND, OR y NOT. En el caso de Google Scholar se utilizaron los operadores (+) para añadir términos de búsqueda, (–) para discriminar los términos, (“”) para buscar palabras exactas y se agregaron los nombres de los repositorios para identificar artículos que no se detectaron en los motores de búsqueda de los propios repositorios. Por ejemplo, se ingresaron los términos “control prenatal” + “enfermería perinatal” + “México” – “postnatal” – “posparto” + “scielo”, por mencionar un ejemplo.

Se incluyeron en la búsqueda, artículos científicos que cumplieron con los siguientes criterios de elegibilidad: estudios realizados en México y con población mexicana; indexados; redactados en inglés o español; publicados desde el año 2014 hasta junio de 2024; que abordaran el tema del control prenatal con enfoque en mujeres con

embarazo de bajo riesgo, la práctica de enfermería perinatal y personal de enfermería perinatal.

El proceso de selección de artículos estuvo a cargo de la investigadora principal y consistió en la lectura de los títulos, objetivos y de las secciones relevantes de resumen, metodología y resultados. La lectura de los títulos y objetivos permitió seleccionar los estudios relacionados preliminarmente con el tema de la presente revisión sistemática. La lectura de las secciones relevantes de los artículos fue útil para verificar su pertinencia con el objetivo del estudio y el cumplimiento con los criterios de elegibilidad. Finalmente, se analizó todo el contenido de los artículos seleccionados.

Para caracterizar los artículos publicados, se recabaron datos como el nombre de los autores, año, objetivo, tipo de estudio, muestra, lugar en que se realizó el estudio y la práctica de enfermería perinatal descrita. Los hallazgos fueron presentados con base en la práctica de enfermería perinatal y se sintetizó la evidencia en torno a las actividades y funciones que desempeñaron estos profesionales en el control prenatal.

La búsqueda arrojó un total de 1377 artículos publicados y después de la lectura detallada del título, el resumen y las secciones se descartaron 1338 artículos y se seleccionaron 39 artículos, de los cuales 6 se descartaron por repetición y 19 artículos no cumplieron con los criterios de elegibilidad que correspondieron al país de procedencia (10), estudiaron poblaciones de mujeres con embarazo de riesgo (2), fueron publicados antes de 2014 (2), se referían a cuidados de enfermería perinatal en el posparto (4) y abordaje de población de mujeres no embarazadas (1). La muestra final fue de 14 artículos (figura 1).

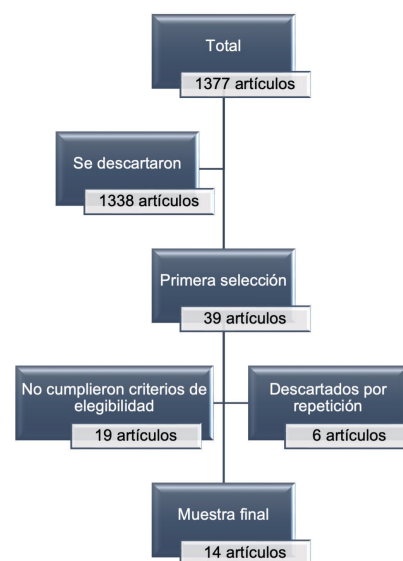
Resultados

Características de los estudios

De acuerdo con los criterios de elegibilidad, solo se incluyeron artículos realizados en México y con población mexicana, de los cuales el 86% fue publicado entre 2018 y 2024, el 71.5% fue publicado en idioma español y 28.5% en inglés; los estudios se llevaron a cabo en la Ciudad de México (28.5%), Estado de México (21.5%), Chiapas, Nuevo León y Morelos (14.3%), respectivamente, y en Guanajuato (7.1%).

Respecto a los enfoques de investigación, se identificaron estudios con abordaje cualitativo (50%), cuanti-

Figura 1 Diagrama de flujo de la revisión de artículos con el método PRISMA



tativo (38%) y mixto (12%). El abordaje cualitativo fue empleado para revisiones documentales o en la indagación de las experiencias de enfermeras y madres durante el control prenatal. Mediante el abordaje cuantitativo, se evaluó la atención recibida en el control prenatal y en los estudios con enfoque mixto; por una parte, se evaluó la atención del control prenatal y, por la otra, se indagó sobre las experiencias de las enfermeras y las pacientes durante dicho proceso de atención, así como las revisiones documentales sobre los cuidados del personal de enfermería perinatal (cuadro I).

Las poblaciones de estudio se conformaron por mujeres embarazadas y enfermeras en la mayor parte de los artículos. En el primer caso, se obtuvieron sus opiniones sobre el control prenatal y su evaluación de la atención del personal de enfermería; en el segundo caso, se indagó sobre las experiencias y la opinión de su participación en el control prenatal.

La práctica de enfermería perinatal en el control prenatal completo incluyó educación, consejería y apoyo en salud prenatal y posnatal; intervenciones y monitoreo nutricional; detección de riesgos y complicaciones mediante evaluaciones y valoraciones; elaboración de planes de cuidados y de parto; y resultados de la práctica de enfermería perinatal en el control prenatal de bajo riesgo.

No obstante que no todos los estudios se enfocaron en el tema de enfermería perinatal, es importante señalar que su inclusión se debió a que trataban alguna o varias de las actividades de esta disciplina en el control prenatal.

Cuadro I Características de los artículos publicados sobre control prenatal y práctica de enfermería perinatal ($n = 14$)^{11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24}

Autores	Año	Idioma	Enfoque	Tipo de estudio	Entidad
Tapia <i>et al.</i>	2015	Inglés	Cuantitativo	Descriptivo transversal	Ciudad de México
Centeno-Pérez <i>et al.</i>	2018	Español	Cualitativo	Documental descriptivo	Ciudad de México
Castillo <i>et al.</i>	2019	Español	Cuantitativo	Descriptivo retrospectivo	Ciudad de México
Quinzaños Fresnedo	2022	Español	Cualitativo	Documental	Ciudad de México
Oviedo <i>et al.</i>	2015	Español	Cuantitativo	Descriptivo	Estado de México
Gómez <i>et al.</i>	2018	Español	Cualitativo	Descriptivo	Estado de México
Gómez <i>et al.</i>	2019	Español	Cualitativo	Descriptivo	Estado de México
Abarbanell	2019	Inglés	Cualitativo	Observacional	Chiapas
Hartmann <i>et al.</i>	2020	Español	Mixto		Chiapas
Guzmán-Ortiz <i>et al.</i>	2018	Español	Cualitativo	Revisión sistemática	Nuevo León
Ortiz-Félix	2021	Inglés	Cuantitativo	Cuasiexperimental	Nuevo León
Osorio <i>et al.</i>	2019	Español	Cuantitativo,	Descriptivo transversal	Morelos
Moreno	2018	Español	Mixto		Morelos
Bermúdez <i>et al.</i>	2023	Inglés	Cualitativo	Descriptivo	Guanajuato

Categoría 1

Control prenatal completo

Derivado de la revisión y el análisis de los artículos seleccionados ($n = 14$), fue posible distinguir casos relativos al control prenatal completo otorgado por personal de enfermería y, en otros casos, la inclusión de personal de enfermería solo para realizar algunas actividades del control prenatal. Cabe decir que la mayoría de los artículos se enfocaban en el segundo caso.

En referencia a la práctica del control prenatal completo por personal de enfermería, fue frecuente encontrarla como parte de un programa de atención. Al respecto, Centeno-Pérez propone un modelo de autocuidado para la práctica de la enfermería perinatal, con el propósito de promover la participación de estos profesionales en el control prenatal. Dicho modelo se compone de 5 fases que se enfocan en siete aspectos del autocuidado y en la integración de la enfermera perinatal en la atención pregestacional, prenatal y posnatal.²²

- Primera fase: se promueve el autocuidado en las mujeres embarazadas y sus parejas mediante la consejería sobre los signos de riesgo durante el embarazo, así como las recomendaciones de cuidado.
- Segunda fase: consiste en la elaboración de un plan de autocuidado para disminuir los riesgos durante la gestación y el parto; el plan también permite estimar la semana y el día del parto.

- Tercera fase: incluye la valoración del estado del embarazo mediante pruebas como la especuloscopia, somatometría, monitoreo de los signos vitales de la madre y el feto, exploraciones físicas de mamas y cefalocaudal, entre otras pruebas.
- Cuarta fase: implica el acompañamiento durante la labor de parto bajo el concepto de *parto respetado*, el cual consiste en respetar la voluntad y las preferencias de la mujer sin hacer intervenciones innecesarias.
- Quinta fase: se promueve el cuidado del bebé después del nacimiento y las buenas prácticas para el autocuidado de la mujer, como la lactancia materna exclusiva (LME).

Por su parte, Castillo *et al.*²⁴ señalan que en el Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento (CIMIGEN), el personal de enfermería efectúa al menos 5 consultas de control prenatal en mujeres con embarazo de bajo riesgo a partir de la decimo-segunda semana de gestación; sin embargo, no se especifican las actividades que hacen durante esas consultas.

En el estudio de Gómez *et al.*¹⁹ las mujeres entrevistadas afirmaron que el control prenatal fue otorgado por enfermeras perinatales y los autores la refieren como una situación atípica, ya que en otros embarazos participaron diversos especialistas en dicho control. Con todo, la atención recibida por el personal de enfermería fue valorada de forma positiva por estas pacientes.

Con base en lo descrito en la *NOM-007-SSA2-1993* se identificaron las principales actividades de enfermería durante el embarazo, el parto y el puerperio. La participación

del personal de enfermería es frecuente en la consejería y orientación de la madre y su familia sobre la valoración del riesgo obstétrico, la administración de medicamentos como el ácido fólico y las vacunas (toxoides tetánico diftérico), el monitoreo de signos vitales, el estado nutricional y los signos de alarma durante el embarazo, la vigilancia del crecimiento, el movimiento del feto y el cálculo de la fecha de parto.¹²

Quinzaños-Fresnedo *et al.*¹³ argumentan en su estudio la necesidad de incorporar en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) personal de enfermería especializado (perinatal) en el proceso de atención a mujeres embarazadas. Estos investigadores concluyeron que el profesional de enfermería perinatal tiene las competencias para la atención integral del control prenatal de las mujeres con embarazo de bajo riesgo, para elaborar planes de parto y, por ende, para formar parte del personal de las salas LPR del modelo AMIIMSS, denominado Atención Materna Integral en el IMSS.

Categoría 2

Educación, consejería y apoyo en salud prenatal y posnatal

De acuerdo con los estudios revisados, las enfermeras perinatales tienen una mayor participación en la consejería, apoyo y educación. Los consejos y recomendaciones durante la etapa prenatal giran principalmente en torno a la LME (forma correcta de amamantar y sus posibles complicaciones, beneficios para la salud de la madre y el neonato, entre otros temas) y a la preparación de la madre para la etapa posparto.^{18,20}

De igual forma, se explican los cambios físicos y emocionales que ocurren en la mujer durante el embarazo, las señales de riesgo, el uso de medicamentos y las recomendaciones alimenticias, de higiene, salud reproductiva, planificación familiar, prevención y control de enfermedades; asimismo, se resuelven dudas y se ofrece información general sobre el embarazo, exámenes y pruebas realizadas.^{12,22}

Durante la consejería, el personal de enfermería aborda temas como la importancia de asistir al control prenatal, dado que permite resguardar la salud de la madre y el feto, así como prevenir la muerte de ambos. En este caso, se realizan intervenciones educativas en poblaciones con una menor tasa de asistencia a los controles prenatales, como las madres adolescentes, mujeres de escasos recursos e indígenas.^{14,15,23}

Gómez-Torres *et al.*¹¹ entrevistaron a mujeres que recibieron control prenatal por parte de enfermeras perinatales. En sus respuestas, se evidenció que las enfermeras brindan atención para que se sientan tranquilas y cómodas durante las sesiones, además de que resuelven todas sus dudas mediante consejería. Lo anterior confirma que las pacientes sienten más confianza cuando las atiende una enfermera mujer, en contraste con la atención que les proporcionan hombres que les producen temor. Dicha situación muestra la necesidad de integrar a personal de enfermería perinatal en el control prenatal, pues la mayoría de estos profesionales son mujeres, a diferencia de los médicos especialistas en los que hay profesionales de ambos sexos.

Categoría 3

Intervenciones y monitoreo nutricional

Se encontraron 2 artículos que se enfocan en intervenciones nutricionales para mujeres embarazadas y que promueven un estilo de vida saludable y realizar actividad física adecuada para el estado de la mujer gestante; aportan, asimismo, información sobre las afectaciones que tienen condiciones como la obesidad en el embarazo y que conllevan a enfermedades como la diabetes gestacional o la preeclampsia; muestran cómo llevar una alimentación con beneficios para la salud materna y fetal; finalmente, las intervenciones nutricionales incluyen recomendaciones de alimentación después del nacimiento del neonato.^{16,21}

Durante estas intervenciones se explica cómo los cambios emocionales y de ánimo son factores relacionados con una mayor ingesta de alimentos durante el embarazo; en este punto, el personal de enfermería tiene un papel fundamental para mejorar el estado de ánimo de las mujeres y realizar un seguimiento de las variables que indican el estado nutricional de la madre con el propósito de mejorar su alimentación. Es importante capacitar a las enfermeras perinatales en intervenciones nutricionales, tal como lo menciona Ortiz-Félix,¹⁶ quien reporta los beneficios de la capacitación en un grupo de enfermeras.

Categoría 4

Detección de riesgos y complicaciones

La evaluación de riesgos durante el embarazo puede

ser realizada por personal de enfermería en las siguientes etapas de atención: antes del parto, en labor de parto, posparto y puerperio, donde el tamizaje durante el control prenatal es esencial desde el enfoque de los cuidados preventivos.^{14,17}

En la investigación de Tapia *et al.*¹⁴ se destaca el papel del personal de enfermería en las pruebas y la valoración de los factores de riesgo del embarazo, así como en el monitoreo de indicadores biológicos; no obstante, se señala la necesidad de ampliar este monitoreo y valoración para que no solo se incluyan los antecedentes mencionados, sino también cuestiones psicológicas y emocionales como el estrés, la ansiedad y el miedo.

Oviedo *et al.*¹² estimaron la frecuencia con la que se realizan las acciones del control prenatal en la evaluación de riesgos, conforme al marco legal de México. En el estudio participaron 92 enfermeras de una clínica del Estado de México y los resultados se muestran en el **cuadro II**.

Categoría 5

Planes de cuidados y del parto

En los estudios de Centeno-Pérez *et al.*²² y Oviedo *et al.*¹² se identifica la elaboración de planes de cuidado como parte de la práctica de enfermería perinatal durante la consulta de control prenatal. Estos planes sirven para llevar un seguimiento del desarrollo del embarazo, hacer registros del estado de salud de la madre y establecer las intervenciones o pruebas que se van a realizar. Para Centeno-Pérez, se debe aplicar el método de enfermería durante la elaboración de estos planes, en las etapas de valoración, diagnóstico, diseño de intervención, aplicación y valoración de resultados y los autores hacen énfasis en el

modelo de autocuidado referido anteriormente.²² Por su parte, Oviedo *et al.*¹² proponen un plan de cuidados con base en la *NOM-007-SSA2-1993*, de acuerdo con el número de consultas de control prenatal que recibió antes la madre y sus resultados.

Respecto a los planes de parto, se consideran los deseos y preferencias de la madre, sobre todo cómo quiere que se realice el manejo de las diferentes etapas del parto (dilatación, expulsión, alumbramiento y posparto, así como en la cesárea y el parto instrumental). Además, la mujer gestante puede modificar las fases del plan de parto en cualquier momento del control prenatal.²²

Con el concepto de *parto respetado* se busca que todo el control prenatal sea respetuoso con las decisiones y necesidades de la madre; de esta forma, las enfermeras perinatales se enfocan principalmente en otorgar información clara, evitar intervenciones innecesarias y brindar apoyo emocional y físico a la madre. Lo anterior se recomienda como una posibilidad de incorporar la figura del personal de enfermería perinatal en el modelo actual de atención del IMSS, para la atención de lo que se denomina como *parto respetado* o *humanizado*.¹³

Categoría 6

Resultados de enfermería perinatal en el control prenatal de bajo riesgo

Los resultados de la práctica de enfermería perinatal pueden encontrarse en los estudios que realizan valoraciones de este personal en el control prenatal. Por ejemplo, en el estudio de Gómez *et al.*¹⁹ se indagó sobre la autonomía profesional de enfermeras perinatales por medio de la prospección de las pacientes. En general, los resul-

Cuadro II Acciones de control prenatal realizadas por personal de enfermería

Evaluación de riesgos	n	%
Antecedentes e indicadores obstétricos y personales	40	37.4
Riesgos en el embarazo: hipertensión arterial, preeclampsia, abortos previos, infecciones, diabetes mellitus y anemia		
Papanicolaou	43	39.6
Método anticonceptivo utilizado por la mujer o su pareja	50	46.2
Exploración de las mamas	38	35.2
Exploración vaginal	23	20.9
Monitoreo del crecimiento uterino	55	50.5
Registros antropométricos	89	82.4
Valoración de los signos vitales del feto	65	59.3

tados evidenciaron que estas enfermeras demuestran autonomía en sus intervenciones porque fueron evaluadas de forma positiva con base en los conocimientos, habilidades, intervenciones profesionales, decisiones y juicio clínico en las actividades que están a su cargo. Además, en el estudio se refiere que procuraron la protección de las pacientes ante malos tratos y la rendición de cuentas de sus intervenciones terapéuticas, lo cual generó una mayor confianza en las madres.

En una investigación cuantitativa que consistió en evaluar las actividades de enfermería del control prenatal contempladas en la *NOM-007-SSA2-1993*, se encontró que el 86.8% participa en todas las actividades del control prenatal, mientras que el 20.9% lo hace solo en algunas. Las enfermeras realizan menos las maniobras de Leopold (44.0%), visitas domiciliarias (40.7%), exploración física de mamas (35.2%) y vagina (20.9%).¹²

En estudios como el de Gómez *et al.*¹⁹ se muestra que el personal de enfermería especializado tiene las competencias para su integración paulatina en el control prenatal, al menos en su autonomía profesional. También se considera que la atención brindada por enfermeras perinatales crea confianza, seguridad y comodidad en las madres, lo cual contribuye a establecer condiciones de parto respetado en el control prenatal.^{11,19}

Discusión

Los artículos revisados indican que en México los profesionales de enfermería perinatal participan en el control prenatal mediante el acompañamiento y la consejería para mujeres embarazadas y sus parejas, además de que realizan pruebas y valoración para la detección de riesgos y complicaciones, y participan en el monitoreo de la salud de la madre y el feto. En menor medida, realizan visitas domiciliarias, exploraciones físicas y diseño de planes de parto y de cuidados.¹² También hay evidencia de que asumen el control prenatal completo en embarazos de bajo riesgo.^{19,22}

Sobre la participación de las enfermeras en los cuidados prenatales, Guarnizo *et al.*²⁵ apuntan que la principal actividad que llevan a cabo es la consejería y el apoyo, con énfasis en mejorar los aspectos emocionales y psicológicos que podrían afectar a la mujer durante el embarazo. Otras actividades en las que se enfocan las enfermeras para detectar y prevenir factores de riesgo físicos, psicológicos y emocionales son el acompañamiento, la valoración y el monitoreo constante de las madres. En este sentido, de acuerdo con Chabbert *et al.*²⁶ el monitoreo, la

evaluación y la consejería son las principales funciones de las enfermeras durante el control prenatal.

En otro sentido, se señala una mayor participación del personal de enfermería en la elaboración de planes de cuidado y del parto,²⁷ y el referente son artículos publicados en inglés, lo que sugiere que en otros países se está dando un mayor peso a la autonomía del personal de enfermería en el control perinatal. Asimismo, en otros estudios se identificó que el control prenatal no es exclusivo de las enfermeras perinatales; solo se menciona la participación del personal de enfermería en general y se incluyen otras especialidades de enfermería.

Dotar de mayor autonomía al personal de enfermería en el control prenatal no es algo que se promueva solo en México. Al respecto, Landry *et al.*²⁷ argumentan que una mayor autonomía profesional resulta en una mejor satisfacción, porque permite al personal de enfermería resguardar los intereses de las pacientes; por el contrario, una menor autonomía se acompaña de conflictos entre médicos y enfermeras. En este contexto, Guarnizo *et al.*²⁵ se posicionan a favor de ampliar las funciones de enfermería en el control prenatal, dado que las regulaciones y guías actuales limitan y perjudican su ejercicio profesional.

Acerca de la percepción de las madres sobre la atención recibida por personal de enfermería, los resultados revelan que en la práctica de la enfermería perinatal, las enfermeras muestran las competencias (conocimientos y habilidades) necesarias para llevar el control prenatal y seguridad en la implementación de sus intervenciones y decisiones. También se destaca la percepción de las madres, que las hace sentir confiadas y seguras cuando las atienden.^{11,19}

Derivado de la evaluación cuantitativa sobre la práctica de la enfermería perinatal, los resultados sugieren que la práctica de enfermería se distingue por una preocupación del bienestar y la confianza de las pacientes, antes que la evaluación del control prenatal.¹²

Se consideran algunas limitaciones de la evidencia incluida en la presente revisión, el proceso de búsqueda y en consecuencia sus implicaciones. Una primera limitante tiene que ver con la inclusión de artículos cuya población fue el personal de enfermería especializado en materno-infantil, obstetricia y perinatal, esto debido a que no se diferenciaron las funciones de dicho personal, lo cual puede comprometer la especificidad de los resultados. Otra limitante se refiere al enfoque de investigación y por ende a la variedad de los diseños, lo cual reduce la confiabilidad en la comparación de resultados.^{11,19,22,25,26}

Con base en la evidencia presentada, se confirma la posibilidad de que el personal de enfermería perinatal realice el control prenatal completo en mujeres con embarazo de bajo riesgo, aunque en la práctica esto ya sucede y tiene resultados benéficos para las mujeres.

En el futuro próximo, el o los siguientes pasos se pueden concretar en la manera como hay que hacerlo, si bien es bueno argumentar sobre los beneficios de la práctica del personal de enfermería perinatal en el control prenatal de las mujeres con embarazo de bajo riesgo, así como evaluar el impacto de dicha práctica en la población.

Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos, y en consideración a la saturación de los servicios de atención de control prenatal y la escasez de personal en algunas zonas del país, se concluye que una ampliación del rol y una mayor autonomía en la práctica de la enfermería perinatal pueden incidir en mejores beneficios para las mujeres

embarazadas; asimismo, hay que optimizar los procesos de atención del control prenatal en las instituciones de servicios de salud de acuerdo con su formación y competencias (capacidades, habilidades y conocimientos), a fin de realizar el control prenatal completo en la mujer con embarazo de bajo riesgo y de colaboración con otros profesionales, en el caso de mujeres con embarazo de alto riesgo.

La práctica de enfermería perinatal en el control prenatal de mujeres con embarazo de bajo riesgo principalmente se enfocó en la consejería, valoración y monitoreo de la salud de la madre y el feto; en menor proporción llevó a cabo la planeación y gestión integral del control prenatal; y solo en algunos casos se hizo el control prenatal completo.

El valor del abordaje cualitativo indica que la percepción de las madres en torno al proceso de control prenatal por parte del personal de enfermería perinatal es favorable y entre las características que más destacan y aprecian de la práctica de este personal profesional de salud especializado están la confianza y la seguridad.

Referencias

1. Brenes-Monge A, Yáñez-Álvarez I, Menese-León J, et al. Aproximación a la calidad de la atención durante el embarazo, parto y puerperio en mujeres con factores de riesgo obstétrico en México. *Salud Publica Mex*. 2020;62:798-809.
2. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
3. Secretaría de Salud. Informe nacional de notificación inmediata de muerte materna, semana epidemiológica 52 de 2023. México: Secretaría de Salud; 2023. Disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/878706/MM_2023_SE52.pdf
4. Secretaría de Salud. Informe nacional de notificación inmediata de muerte materna, semana epidemiológica 52 de 2022. México: Secretaría de Salud; 2022. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/788958/MM_2022_SE52.pdf
5. Dioses D, Corzo C, Zarate J, et al. Adherencia a la atención prenatal en el contexto sociocultural de países subdesarrollados: una revisión narrativa. *Horiz Med [Internet]*. 2023;23(4). Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v23n4/1727-558X-hm-23-04-e2252.pdf>
6. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica Clínica Control prenatal con atención centrada en el paciente. México: IMSS; 2017. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/028GER.pdf>
7. Procuraduría Federal del Consumidor. Gastos en la gestación de un bebé ¿La torta bajo el brazo? México: Profeco; 2023. Disponible en: <http://www.gob.mx/profeco/documentos/gastos-en-la-gestacion-de-un-bebe-la-torta-bajo-el-brazo?state=published>
8. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Clínica Comunitaria de Santa Catarina en Iztapalapa: pionera en la incorporación de enfermeras obstetras y perinatales. *Boletín Mensual de Salud Sexual y Reproductiva*. 2022;1(5). Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/762991/Boleti_n_N5_JUL_22.pdf
9. Instituto Nacional de Perinatología. Se empodera enfermería con Nursing Now. México: INPer; 2020. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud%7Cinper/prensa/se-empodera-enfermeria-con-nursing-now>
10. Jiménez Y. Empoderamiento, una herramienta en el desempeño profesional de Enfermería en la promoción y prevención de salud. *Rev Cuba Enferm*. 2023;29.
11. Gómez-Torres D, Téllez-Rojas G, Parreira PMSD, et al. Percepción social de usuarias atendidas exclusivamente por enfermeras en la etapa perinatal. *Enferm Actual en Costa Rica*. 2018;(35). Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/33666>
12. Oviedo A, Rodríguez C, Ruíz A, et al. Cuidados del control prenatal en el primer nivel de atención en relación a la NOM-007-SSA2-1993. *Waxapa*. 2015;7(13).
13. Quinzanos-Fresnedo C, Ríos-Castillo B, Hernández-Gordillo HC, et al. La necesidad de un cambio de paradigma en atención materna: Modelo AMIIMSS, alcances y retos. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2022;60(Supl 2):119-26. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10651308/>
14. Tapia H, Lossi M, Pérez I, et al. Obstetric profile of pregnant adolescents in a public hospital: risk at beginning of labor, at delivery, postpartum, and in puerperium. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015; 23(5):829-36.
15. Abarbanell L. Mexico's Prospera Program and Indigenous Women's Reproductive Rights. *Qual Health Res*. 2020;30(5):745-59.

16. Ortiz-Félix RE, Cárdenas-Villarreal VM, Miranda-Félix PE, Guevara-Valtier MC. Impact of a prenatal education intervention in pregnant women to prevent overweight in infants. *Gac Med Mex*. 2021;157(1):3-9. English. doi: 10.24875/GMM.M21000529
17. Bermudez Rojas MDLL, Medina Jimenez V, Manzanares Cuadros JI, et al. Universal prenatal screening: a initiative from Guanajuato, Mexico to improve equity in perinatal healthcare. *Front Med*. 2023;10:1127802.
18. Moreno E, Becerril V, Alcalde J. Conocimientos tácito y explícito: análisis comparativo de la priorización de problemas de salud materna en México. *Gac Sanit*. 2018;32(3):251-61.
19. Gómez D, Rojas GT, Garduño MDM, et al. Autonomía profesional de la enfermería perinatal: percepción social de competencias conquistadas. *Rev Enferm UERJ*. 2019;27.
20. Osorio M, Landa R, Blázquez M, et al. Conocimiento y factores de abandono sobre lactancia materna en mujeres embarazadas. *Horiz Sanit*. 2019;18(2). Disponible en: <http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/2691>
21. Guzmán-Ortiz E, Cárdenas-Villarreal VM, Guevara-Valtier MC, et al. Estado nutricional saludable en la mujer durante la gestación: teoría de rango medio. *Enferm Univ*. 2018;15(3). Disponible en: <http://revista-enfermeria.unam.mx:80/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/520>
22. Centeno-Pérez MA, Mata-García AD, Plascencia-Ordaz MJ, et al. Modelo de autocuidado de enfermería perinatal. *Perinatol Reprod Humana*. 2017;31(3):151-9.
23. Hartmann A, Nazar-Beutelspacher D, Salvatierra-Izabá E. Desventaja social y utilización de servicios de salud para recibir atención prenatal en niñas y adolescentes de barrios pobres de Chiapas. *Entreciencias*. 2020;8(22). Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/4576/457662386018/457662386018.pdf>
24. Castillo IY, Bohórquez C, Zarate RA, et al. Utilización del control prenatal en gestantes de la delegación Iztapalapa, Distrito Federal de México. *Arch Med Manizales*. 2019;19(1):46-55.
25. Guarnizo Á, Bermúdez S, Torres Ó, et al. Diagnóstico y evaluación de la esclerosis múltiple: Lo que el radiólogo debe conocer e informar. *Conceptos actuales*. *Rev Colomb Radiol*. 2017;27(4):43-55.
26. Chabbert M, Panagiotou D, Wendland J. Predictive factors of women's subjective perception of childbirth experience: a systematic review of the literature. *J Reprod Infant Psychol*. 2021;39(1):43-66.
27. Landry I, René C, Demontigny F. Family centered nursing practices towards women and their families in the birthing context: A qualitative systematic review. *Nurs Open*. 2023;10(9):5937-49.

.....
 Cómo citar este artículo/To reference this article:

Hernández-Aguirre ME. Práctica de enfermería perinatal en México: control prenatal en la mujer con embarazo de bajo riesgo. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2025;33(3):e1494. doi: 10.5281/zenodo.15708335

Eduardo Alberto García-Pulido^{1a}

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona No. 33, Unidad de Cuidados Intensivos. Bahía de Banderas, Nayarit, México

Doi: 10.5281/zenodo.15708340

ORCID

0000-0002-6113-784X^a

Palabras clave:

Cuidados Críticos
Respiración Artificial
Enfermería Basada en la Evidencia
Enfermería de Cuidados Críticos

Keywords:

Critical Care
Respiration, Artificial
Evidence-Based Nursing
Critical Care Nursing

Correspondencia:

Eduardo Alberto García Pulido

Correo electrónico:

zourtsel21@hotmail.com

Fecha de recepción:

03/09/2024

Fecha de aceptación:

25/04/2025

Resumen

Introducción: las nemotecnias son instrumentos que proveen al profesional de la salud un esquema mental para recordar aspectos clave de la atención; en específico, para el cuidado de enfermería del paciente en estado crítico son una estrategia que incide en la disminución de los errores por omisión y posibilita la reducción de la morbilidad y los costos para las instituciones de servicios de salud.

Objetivo: presentar la nemotecnia *cuidados críticos*, enfocada en los cuidados de enfermería al paciente en estado crítico con apoyo de ventilación mecánica invasiva.

Desarrollo: la nemotecnia *cuidados críticos* consiste en un acrónimo, palabra u oración corta que permite recordar información clave sobre: C (cuidado bucal), U (úlceras por presión), I (inflar el cuff), D (dolor), A (aseo del paciente), D (determinar aspiración de secreciones), O (ojos), S (sedación); C (cabecera 30-45°), R (retiro de catéteres), I (inspeccionar glucemia), T (trombopprofilaxis mecánica), I (identificación de arritmias), C (cuidados de labios), O (otorgar medidas de prevención de pie equino), S (sujeción de tubo orotraqueal).

Conclusión: la nemotecnia es un instrumento de memoria útil para el aprendizaje y durante el trabajo clínico, dado que ayuda a recordar conocimientos médicos complejos que son necesarios para la seguridad y calidad de atención al paciente en estado crítico.

Abstract

Introduction: The use of mnemonics is a tool that provides healthcare professionals with a mental framework for remembering key aspects of care; specifically, for the nursing care of critically ill patients, it is a strategy that reduces errors of omission and enables a reduction in morbidity and mortality and costs for healthcare institutions.

Objective: To present the *critical care* mnemonic, focused on nursing care for critically ill patients receiving invasive mechanical ventilation.

Development: The *critical care* mnemonic consists of an acronym, word, or short sentence that helps recall key information (in Spanish) about: C (oral care), U (pressure ulcers), I (inflate cuff), D (pain), A (patient hygiene), D (determine aspiration of secretions), O (eyes), S (sedation); C (head of bed 30-45°), R (catheter removal), I (check blood glucose), T (mechanical thrombus prophylaxis), I (identify arrhythmias), C (lip care), O (provide clubfoot prevention measures) S (tracheal tube clamping).

Conclusion: Mnemonics are a useful memory tool for learning and during clinical work, given the fact that they help recall complex medical knowledge necessary for the safety and quality of care for critically ill patients.

Introducción

La aplicación de protocolos o evaluaciones clínicas en la unidad de cuidados intensivos (UCI) es constante debido a la gravedad de los pacientes. De acuerdo con la evidencia científica, los pacientes en estado crítico son los más vulnerables; según el puntaje de la escala *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II* (APACHE II) disminuye 1% la probabilidad de que el paciente reciba intervenciones de buena práctica médica.¹

Al respecto, en el libro *To Err is Human* se hace referencia a que aproximadamente 95,000 muertes son causadas por errores médicos en procesos como administración de medicamentos, infección asociada a la atención de la salud (IAAS), lesiones provocadas por caídas y úlceras por presión.² No obstante que en la UCI se aplican los protocolos estandarizados, se siguen presentando errores y omisiones en la atención del paciente.³ En un estudio, el error más frecuente fue la administración de medicamentos.⁴

Para mejorar este rubro de la atención médica, se desarrollaron listas de cotejo específicas, basadas en la evidencia científica para ejecutarse en el campo de la medicina crítica; con base en los buenos resultados, surgió la nemotecnia *Fast Hugs Bid*, la cual tuvo diversas modificaciones para su aplicación. La nemotecnia consiste en un acrónimo de alimentación (*Food*), analgesia, sedación, tromboprofilaxis, elevación de la cabeza a 45° (*Head*), prevención de úlceras por estrés (*Ulcers*), glucemia, prueba de respiración espontánea diaria (*Spontaneous breathing trial*), vigilar hábito intestinal (*Bowel function*), evaluar diariamente retiro de catéteres y sondas (*Indwelling catheters*) y discontinuar antibióticos. Cabe señalar que la evidencia científica muestra que la ejecución de la nemotecnia *Fast Hugs Bid* en las UCI disminuye el riesgo de mortalidad del paciente en estado crítico.^{5,6}

Por lo anterior, el objetivo del presente artículo es presentar la nemotecnia *cuidados críticos*, enfocada en los cuidados de enfermería al paciente en estado crítico con apoyo de ventilación mecánica invasiva. La nemotecnia se compone de un acrónimo en idioma español para facilitar su uso diario en las UCI por personal de enfermería hispanoparlante, con la finalidad de que se incorpore como una lista de cotejo que ayude al profesional de enfermería a tener un esquema mental que disminuya los errores por omisión y, en consecuencia, reducir la tasa de morbilidad, mortalidad y los costos para las instituciones de salud.

Desarrollo

La nemotecnia es un instrumento que consiste en un acrónimo, palabra u oración corta que nos permite recordar información. Las nemotecnias han demostrado ser instrumentos de memoria útiles para el aprendizaje y durante el trabajo clínico, dado que ayudan a recordar conocimientos médicos complejos que se necesitan para atender con seguridad y calidad al paciente en estado crítico.⁷

De acuerdo con Gudiño (2020) una nemotecnia

es un conjunto de técnicas de memorización y rememoración basada en la asociación mental de la información a memorizar con datos que ya sean parte de la memoria o de la práctica cotidiana. Esta técnica aprovecha la capacidad natural que tiene el cerebro para recordar imágenes y para prestarle más atención a los sucesos poco comunes o extraordinarios.⁸

Como resultado, se muestra la nemotecnia *cuidados críticos*, en la que cada letra corresponde a un cuidado específico (figura 1).

Cuidado bucal

La higiene bucal disminuye el riesgo de padecer infecciones respiratorias, por ejemplo, neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVIM). El gluconato de clorhexidina es el estándar de oro para el cuidado bucal; sin embargo, se han registrado eventos adversos, como sangrado de la mucosa, lesiones orales erosivas, ulceraciones, generación de placas blancas y amarillas. Por tal motivo, se recomienda el cepillado mecánico de los dientes con crema dental estándar y la humectación regular de la cavidad oral.⁹

Úlceras por presión

Las úlceras por presión (UPP) tienen una incidencia mundial de más del 50% en pacientes que se encuentran en la UCI.¹⁰ Las UPP incrementan la incidencia de infección de tejidos blandos y sepsis; en consecuencia, el aumento en el uso de antibióticos, en la estancia hospitalaria y la calidad de vida del paciente empeora.¹¹ Lo antes expuesto se convierte en una carga económica sustancial para las instituciones de salud.¹² Cabe señalar que cuando el paciente presenta una UPP durante su estancia hospitalaria, es considerado como un evento adverso y en

Figura 1 Nemotecnia *cuidados críticos*: cuidados de enfermería del paciente en estado crítico con ventilación mecánica invasiva



Fuente: elaboración propia

algunas circunstancias como evidencia de la omisión de intervenciones del equipo de salud.¹³

La evaluación del riesgo de UPP por el personal profesional de enfermería es con la escala de Braden mediante la valoración de la percepción sensorial, la exposición de la piel a la humedad, la actividad física, la movilidad, la nutrición, el roce y el peligro de lesiones cutáneas. El puntaje inferior a 12 puntos indica riesgo alto.

La intervención oportuna es preventiva, con la implementación del “reloj postural”, que consiste en cambios de posición cada dos horas para disminuir la presión en prominencias óseas, utilización de superficies especiales, uso de apósitos, baño para eliminar sustancias de desecho y conservar el cuerpo limpio, cuidados de la piel e hidratación.¹³

En pacientes con síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), la técnica de posición en decúbito prono ha demostrado eficiencia para mejorar la oxigenación. Sin embargo, el principal riesgo es la aparición de las UPP. Por lo tanto, se deben implementar cuidados específicos de enfermería, como la colocación de almohadillas en puntos específicos del cuerpo, la posición anti-Trendelenburg a 30 grados, la postura de nadador (cara volteada

hacia el brazo prominente y el otro brazo extendido junto al cuerpo, el codo debe estar flexionado a 90°), y mantener cerrados y lubricados los ojos.^{14,15}

Inflar el cuff

El *cuff* es un globo pequeño que se ubica en el extremo distal del tubo orotraqueal, el cual se infla con un leve volumen de aire. Dicho dispositivo crea un sello en la tráquea y por lo tanto impide fugas de gases, evade el riesgo de broncoaspiración y permite la ventilación mecánica. La presión de insuflado no debe superar la presión de perfusión de los capilares de la mucosa traqueal, porque puede provocar dolor de garganta, sangrado endotraqueal, necrosis, desgarro bronquial, traqueomalacia y estenosis traqueal. En cambio, un *cuff* desinflado favorece la neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVIM) por broncoaspiración.¹⁶ Por tal motivo, se debe monitorear la apropiada presión del *cuff* cada 4 horas, con un dispositivo llamado manómetro a través del balón de control. La presión indicada del neumotaponamiento es de 20 a 30 cmH₂O o 15-22 mmHg; después, la medición se anota en la hoja de registro clínico de enfermería.¹⁷

Dolor

Aproximadamente el 80% de los pacientes hospitalizados en la UCI padecen dolor principalmente causado por hipernocicepción secundaria a la inmovilidad y por inflamación sistemática.¹⁰ Ante un episodio en el que el paciente presente taquicardia, hipertensión, asincronías, volumen corriente con presiones altas, o esté tosiendo y mordiendo el tubo, en primer lugar se debe descartar la presencia de dolor.

Para valorar el dolor de pacientes en estado de conciencia alerta, se utiliza la Escala visual analógica (EVA); en pacientes en estado crítico con alteración de la comunicación verbal por sedación y ventilación mecánica invasiva, se recomienda utilizar la escala *Behavioral Pain Scale* (BPS) o *Critical-Care Pain Observation Tool* (CPOT), las cuales han sido validadas en diversos estudios de investigación.^{18,19}

El control adecuado del dolor en el paciente brinda bienestar y comodidad; por el contrario, la recuperación se puede aplazar por alteraciones fisiológicas, psicológicas y trastornos en el sueño. En consecuencia, se prolonga la estancia hospitalaria y se incrementan los costos para las instituciones de servicios de salud.

Aseo del paciente

En el paciente en estado crítico, el aseo es un cuidado imprescindible para su bienestar y seguridad, dado que disminuye la ocurrencia de IAAS y úlceras por presión, factores que incrementan el riesgo de morbilidad y mortalidad, así como costos para las instituciones de salud.^{20,21} Su ejecución no está exenta de eventos adversos o complicaciones, como desaturación, alteración de la frecuencia cardíaca, desadaptación con el ventilador mecánico, hipertensión o hipotensión arterial e hipertensión intracraneal, situaciones que pueden propiciar un desenlace fatal.

Por lo anterior, es de vital importancia la valoración previa al aseo por el profesional de enfermería con juicio crítico sobre los riesgos, es decir, la técnica es esencial, pero debe ejecutarse de forma racional y bajo estricta monitorización y control.²²

Determinar aspiración de secreciones

Se trata de una intervención de enfermería fundamental en pacientes con ventilación mecánica invasiva, porque conserva la limpieza de las vías respiratorias y previene la obstrucción del tubo endotraqueal.

Antes de este procedimiento se requiere valorar la necesidad de la succión (aspiración) de secreciones, es decir, se debe evitar la aspiración de secreciones rutinaria, con base en los indicadores clave: desaturación, presión elevada en las vías respiratorias, disminución del volumen corriente, un patrón en dientes de sierra en la curva flujo/tiempo, estertores pulmonares por auscultación del tórax y presencia de secreciones perceptibles dentro del circuito ventilatorio.⁹

Durante el procedimiento se debe considerar la presencia de complicaciones como hipoxemia, broncoespasmos, hemorragias, traumatismo y arritmias, los cuales propician un desenlace fatal para el paciente.²³

Rodríguez *et al.*⁹ recomiendan las siguientes pautas para garantizar la seguridad del paciente y la eficacia del procedimiento:

1. La succión debe ejecutarse según la necesidad clínica, es decir, evitar un programa de rutina para evadir riesgos innecesarios.
2. Lavado de manos antes y después de la técnica para prevenir la transmisión de infecciones.
3. El procedimiento de succión no debe superar una duración máxima de 15 segundos para disminuir complicaciones en el paciente.
4. Para prevenir el riesgo de traumatismo, la presión de succión para adultos debe regularse entre 80-150 mmHg.
5. Optar por un catéter de aspiración de tamaño adecuado permite la efectividad de la técnica de succión y minimiza las molestias.
6. Conservar la esterilidad del catéter y garantizar que el sistema de succión se preserve cerrado durante la técnica previene infecciones.
7. El registro de la técnica de succión en el formato clínico de enfermería es crucial para garantizar el cuidado continuo del paciente.

Ojos

El paciente en estado crítico que se encuentra sedado y con disminución de la contracción de los músculos orbiculares por efecto de los fármacos de relajación muscular requiere de una fuerza pasiva para cerrar los ojos; en consecuencia, el reflejo del párpado y la capacidad defensiva ante irritantes ambientales o mecánicos están ausentes. El contacto con el aire seca la conjuntiva ocular y la córnea, lo cual favorece la aparición de queratopatía superficial, úlceras o abrasiones.

El cuidado ocular es el conjunto de actividades encami-

nadas a la protección y prevención del desecamiento de la conjuntiva e infecciones oculares que puedan desencadenar un daño temporal o permanente. Estas actividades se realizan en el paciente que por causas anatómicas o clínicas no puede mantener la oclusión natural de los ojos. Se llevan a cabo en 3 etapas:²⁴

1. Higiene ocular: previa información al paciente sobre el procedimiento y lavado de manos, se le coloca en posición decúbito dorsal con el cuello ligeramente hiperextendido y se protege con una compresa de cada lado de la cara. Con la utilización de guantes estériles, se humedece una gasa con solución salina al 0.9% y se hace el aseo de párpados y pestañas de ambos ojos; del canto interno hacia el canto externo hay que utilizar una gasa en cada movimiento de aseo. Posteriormente, se voltea la cabeza del paciente 30° hacia el lado del ojo que se va a higienizar, se abre y se conserva abierto el ojo para irrigar con solución salina al 0.9%, mediante una *jeringa sin aguja* cargada con 10 mL de solución salina al 0.9%; se repetirá hasta retirar las secreciones de ambos ojos. Por último, se cierran los párpados y se extrae el excedente de solución que esté alrededor del ojo.
2. Aplicación de gotas humectantes: se emplean lágrimas artificiales, como la hipromelosa oftálmica, las cuales son sustancias que crean una capa de protección en la superficie del ojo, afianzan el líquido lagrimal natural, reponen la transparencia natural de la córnea y promueven la remodelación del epitelio.
3. Mantenimiento de la humedad: cuando el paciente se encuentra con los ojos ligeramente abiertos, se debe conservar la humedad de la siguiente manera: se recortan 4 trozos de apósito hidrocoloide cuadrados con

un tamaño que corresponda a un tercio del párpado superior de los ojos del paciente, se retira el exceso de humedad de los párpados y se coloca un trozo de apósito hidrocoloide sobre la línea media de cada párpado exactamente por arriba del inicio de las pestañas; de modo similar, se pone en cada párpado inferior un trozo de apósito hidrocoloide, acorde a la alineación de los fragmentos superiores. Para mantener cerrado cada ojo, se recortan dos pedazos de tela Micropore en forma de reloj de arena, procurando que su tamaño no exceda el apósito hidrocoloide, se ancla un extremo del rombo de Micropore al apósito hidrocoloide superior, se tracciona gentilmente el párpado y se pega el otro extremo del apósito Micropore sobre el apósito hidrocoloide del párpado inferior.

Sedación

Los objetivos de la sedación del paciente en estado crítico consisten en mitigar la ansiedad, ofrecer confort, suscitar el sueño y permitir la ventilación mecánica; no obstante, está presente el riesgo de padecer delirio, hipotensión, reducción de la motilidad intestinal, así como incremento de mortalidad en pacientes con sedación continua en comparación con pacientes que se someten a interrupción o disminución diaria de la sedación.¹⁰

Al *valorar el nivel de sedación* el objetivo es lograr el nivel de sedación prescrito, así como evitar la infra- o sobredosificación de los pacientes. Para evaluar el grado de sedación y agitación de un paciente con necesidad de cuidados críticos o que está bajo agitación psicomotora, se recomienda utilizar la escala *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS), que se describe en idioma español en el **cuadro I**.^{25,26}

Cuadro I Escala de agitación y sedación de Richmond (RASS) en idioma español

Puntuación	Término	Descripción
+4	Combativo	Abiertamente combativo o violento. Peligro inmediato para el personal
+3	Muy agitado	Se retira(n) tubo(s) o catéter(es) o tiene un comportamiento agresivo hacia el personal
+2	Agitado	Movimiento frecuente no intencionado o asincronía paciente-ventilador
+1	Inquieto	Ansioso o temeroso, pero sin movimientos agresivos o vigorosos
0	Alerta y calmado	
-1	Somnoliento	No completamente alerta, pero se ha mantenido despierto (más de 10 segundos) con contacto visual a la voz (llamado)
-2	Sedación ligera	Brevemente, despierta con contacto visual (menos de 10 segundos) al llamado
-3	Sedación moderada	Algún movimiento (pero sin contacto visual) al llamado
-4	Sedación profunda	No hay respuesta a la voz, pero a la estimulación física hay algún movimiento
-5	No despierta	Ninguna respuesta a la voz o a la estimulación física

Cabecera de 30-45°

En estudios y guías de práctica clínica (GPC) se recomienda que la cabecera del paciente se eleve entre 30-45° si el estado clínico del paciente lo permite y para evitar el riesgo de reflujo gastroesofágico. Dicho riesgo se reduce en pacientes con administración de nutrición enteral. Cabe señalar que el objetivo es conservar la cabeza del paciente lo más alto posible, siempre y cuando la posición no esté contraindicada.^{23,27}

Retiro de catéteres

Durante el proceso de hospitalización, las IAAS afectan a 7 de cada 100 pacientes en países con ingresos altos y a 15 de cada 100 pacientes en países con ingresos bajos o medios.²⁸ Al respecto, en México se identifica por orden de importancia la NAVM, la infección de vías urinarias asociada a catéter urinario y la infección del torrente sanguíneo asociada a catéter venoso central.²⁹

Por lo tanto, la prevención y el control de las IAAS asociadas a dispositivos invasivos no solo incide en la morbilidad y mortalidad de los pacientes, sino en los costos para las instituciones en cuanto a la seguridad y garantía de la calidad.

Examinar la glucemia

En todos los pacientes es necesario examinar el nivel de glucemia y aplicar el protocolo de insulina prescrito. Con base en la evidencia, conservar la glucemia entre 140 y 180 mg/dL es un margen seguro y se asocia a una menor morbilidad; por otra parte, un control estricto de glucemia puede generar hipoglucemia, que tiene efectos como arritmias, convulsiones y daño cerebral.⁶

Se propone examinar la glucemia de acuerdo con el estatus de cada paciente: antes de cada comida si recibe nutrición por vía oral, cada 4 horas en aquellos que no están consumiendo algún tipo de nutrición, y cada hora en pacientes con infusión de insulina.³⁰

Tromboprofilaxis mecánica

La condición clínica de síndrome de inmovilidad del paciente en estado crítico provoca venoestasis como factor de riesgo para trombosis venosa profunda (TVP); en consecuencia, puede producir embolia pulmonar, infarto agudo al miocardio (IAM), evento vascular cerebral

(EVC) y culminar en un desenlace mortal.

En este sentido, es crucial la intervención estratégica del personal de enfermería para iniciar la movilización pasiva o activa del paciente, así como el uso de medias de compresión graduada o intermitente para disminuir el efecto de la venoestasis, puesto que simulan el efecto de las contracciones musculares e incrementan el volumen y la velocidad del flujo venoso. Cabe señalar que el empleo de tromboprofilaxis mecánica no implica riesgo de sangrado.^{6,9}

Identificación de arritmia

En la práctica clínica el personal de enfermería es el profesional que permanece en contacto con el paciente las 24 horas del día y los 365 días del año. En particular, por sus competencias en el cuidado del paciente en estado crítico, puede identificar oportunamente una arritmia como fibrilación ventricular (FV), taquicardia ventricular sin pulso (TVSP), asistolia o actividad eléctrica sin pulso (AESP) y notificar al equipo médico para realizar una desfibrilación o reanimación cardiopulmonar (RCP) efectiva; es decir, que se logre una óptima perfusión cerebral y coronaria para aumentar las posibilidades de sobrevivencia del paciente sin secuelas neurológicas.

Cuidados de labios³¹

El propósito de este cuidado es conservar los labios limpios e hidratados por medio de la aplicación cada 6 horas de un lubricante como la vaselina, con la finalidad de evitar sequedad y lesiones en los labios que provocan dolor e incomodidad en el paciente.

Otorgar medidas de prevención de pie equino³²

El paciente en estado crítico comúnmente sufre de postramiento prolongado y como resultado se presenta el “síndrome de desuso”, el cual propicia reacciones estructurales y celulares que conllevan a una alteración del catabolismo y anabolismo de células musculares que producen una disminución de fuerza y masa muscular. Esto se asocia a la aparición del pie equino, el cual se caracteriza por una parálisis de los músculos flexores dorsales del pie y la contractura de los flexores plantares.

En el paciente en estado crítico, la pérdida de volumen y fuerza muscular se estima entre el 10 y 15% por semana. Las intervenciones para movilizar al paciente con

ventilación mecánica invasiva o con nula movilidad consisten en realizar ejercicios pasivos de flexión y extensión de extremidades, estiramientos y cambios posturales, así como alinear los tobillos en posición neutra con la ayuda de almohadas o férula antiequino por un periodo de 6 horas, e intercalar con 2 horas de descanso para evitar rigidez, incomodidad y úlceras.

Después de la sedación, cuando el paciente despierta se puede progresar a la movilización activa, a fin de recuperar la fuerza muscular para la deambulaci3n. Se inicia de forma progresiva, por ejemplo: el paciente permanece unos minutos sentado en la cama, se levanta y permanece unos minutos de pie y posteriormente podr3 sentarse en un sill3n.

La movilizaci3n de pacientes postrados, ya sea de forma pasiva o activa, requiere precauci3n y t3cnica adecuada para evitar lesiones tanto en el paciente como en el cuidador. Es fundamental evaluar la capacidad de movilidad del paciente, explicar el procedimiento y realizar movimientos suaves y controlados.

Sujeci3n del tubo orotraqueal¹³

El mantenimiento de la v3a a3rea artificial es vital. La extubaci3n accidental es un evento adverso con una incidencia del 3 al 20%. Es primordial para la seguridad del paciente la fijaci3n del tubo orotraqueal (TOT). Cabe decir que la fijaci3n ideal es aquella que no permite el desplazamiento de la c3nula, dado que es f3cil de usar, no daña la piel del paciente y permite el cuidado bucal.

No obstante que en la pr3ctica cl3nica no existe evidencia para establecer cu3l es la mejor t3cnica de fijaci3n, cabe señaalar que hay una gran variedad de t3cnicas de fijaci3n y la evaluaci3n de su efectividad es muy heterog3-

nea. Tambi3n hay otras recomendaciones de dispositivos para la fijaci3n del TOT, como, por ejemplo, el sujetador *AnchorFast™*.

Como alternativa se sugiere utilizar la t3cnica que consiste en una tira gruesa y larga de tela adhesiva. Con ella, se efectúa un amarre que asegura el TOT y evita el desplazamiento; la c3nula siempre debe colocarse en el centro de la boca para prevenir lesiones en la comisura de los labios. Posteriormente, se sujeta la fijaci3n con un nudo en la parte lateral y para reducir la presi3n y evitar lesiones en la piel se agrega una gasa en cada lado entre la fijaci3n y la piel.

En el caso de pacientes con quemaduras faciales o con lesiones cut3neas, se realizan t3cnicas de fijaci3n invasivas.

Conclusi3n

La nemotecnia es un instrumento de memoria útil para el aprendizaje y durante el trabajo cl3nico, puesto que ayuda a recordar conocimientos m3dicos complejos necesarios para la seguridad y la calidad de atenci3n del paciente en estado cr3tico.

La nemotecnia *cuidados cr3ticos* es una gu3a de apoyo para el plan de cuidados de enfermer3a al paciente en estado cr3tico y est3 conformada a partir de fundamentos de la enfermer3a basada en la evidencia (EBE), con el prop3sito de contribuir en la calidad de la atenci3n y seguridad del paciente con apoyo ventilatorio.

Con la implementaci3n de la nemotecnia *cuidados cr3ticos* en los pacientes cr3ticamente enfermos se pueden reducir los riesgos atribuibles a la atenci3n m3dica. Por lo anterior, resulta imprescindible evaluar la efectividad de la nemotecnia *cuidados cr3ticos*, antes y despu3s de la implementaci3n.

Referencias

1. Aceves ED, Mauricio FJ, P3rez FJ, et al. Aplicaci3n de la mnemotecnica «Calidad» para disminuir la morbilidad de pacientes de las Unidades de Cuidados Intensivos de los Hospitales del Sistema Tec Salud. *Revista de la Asociaci3n Mexicana de Medicina Cr3tica y Terapia Intensiva*. 2015;29(4):222-33.
2. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.
3. Simpson SQ, Peterson DA, O'Brien-Ladner AR. Development and implementation of an ICU quality improvement checklist. *AACN Adv Crit Care*. 2007;18(2):183-9.
4. Betsiou S, Pitsiou G, Panagiotidou E, et al. Nursing errors in intensive care unit and their association with burnout, anxiety, insomnia and working environment: a cross-sectional study. *Hippokratia*. 2022;26(3):110-17.
5. Acosta K, Velasco E. Use of the daily FAST HUG mnemonic technique in the care of patients in critical care units, a systematic review. *Salud, Ciencia y Tecnolog3a*. 2024; 4:708.
6. Barrera B, Correa C, Ruiz LA, et al. Aplicaci3n del protocolo FAST-HUG y su asociaci3n con la mortalidad del paciente cr3tico en UCI. *Med Crit*. 2019;33(3):130-8.
7. Gudiño JE. *Mnemotecnica: El arte de memorizar*. Independently Published; 2020.
8. West N. [Mnemonics are useful memory tools in modern medicine]. *Ugeskr Laeger*. 2014 Dec;176(50):V66204. Danish.
9. Rodr3guez JA, Arreola JP, Zamora MA, et al. Errors in Nursing Interventions in Critically Ill Patients: Less is More. *ICU Management & Practice*. 2024;24(2):107-10.

10. Pedraza F, Lee CY, Real H, et al. Aplicación de protocolo «Sanguiche por día» en el cuidado cotidiano de los pacientes que se encuentran en la unidad de cuidados intensivos. *Med Crit*. 2023;37(3):235-45.
11. Fonseca NJ, Duque JJ, Bello C. «GASTELE UN DIA» for your critically ill patient: Checklist in Spanish for quality care in intensive care. *Acta Colombiana del Cuidado Intensivo*; 2024;24(1):45-54.
12. Hill JE, Edney S, Hamer O, et al. Interventions for the treatment and prevention of pressure ulcers. *Br J Community Nurs*. 2022;1(27):S28-36.
13. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de práctica clínica Prevención, Diagnóstico y Manejo de las Úlceras por Presión. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2 de diciembre de 2015. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/104GER.pdf>
14. Noriega E, Corrales N, Pedroso O. Cuidados de enfermería durante la ventilación decúbito prono de pacientes con COVID-19. *Revista Cubana de Enfermería*. 2022;38(3):e5497.
15. Barrantes F, Vargas Z. Guía de cuidados de enfermería para el decúbito prono en Síndrome de Distress Respiratorio Agudo asociado a COVID-19: Revisión Integrativa. *Revista Médica de Costa Rica*; 2020;85(629):58-67.
16. Delgado FM, Athié JM, Díaz CY. Evaluación de la presión del globo traqueal insuflado por técnica de escape mínimo en el Hospital Ángeles Mocel. *Acta Méd Grupo Ángeles*. 2017;15(1):8-1.
17. Velazco TR, Ronda M, Sánchez AB, et al. El control del neumotaponamiento en cuidados intensivos: influencia de la formación de los profesionales de enfermería. *Enfermería Intensiva*. 2015; 26(2):40-5.
18. Rivas-Riveros E, Alarcón-Pincheira M, Gatica-Cartes V, et al. Escalas de valoración de dolor en pacientes críticos no comunicativos: revisión sistemática. *Enfermería: Cuidados Humanizados*. 2018;7 (1):115-29. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062018000100057
19. Vázquez M, Pardavila MI, Maldonado ML, et al. Valoración del dolor durante el cambio postural en pacientes con ventilación mecánica invasiva. *Enferm Intensiva*. 2008;20(1):2-9.
20. Carvajal G, Montenegro JD. Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos. *Enfermería Global*; 2015: 14(40):340-50.
21. Gálvez-González M. Guía de actuación: Higiene del paciente crítico. Biblioteca Lascasas. 2008;4(4). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0363.php>
22. Robles MA, Córcoles T, Torres M et al. Frecuencia de eventos adversos durante el aseo del paciente crítico. *Enferm Intensiva*; 2002;13(2):47-56.
23. López-Martín I. Sistemas de aspiración de secreciones cerrados: indicaciones y cuidados. *Ene*. 2021;15(1):2-11.
24. Sánchez N, Atescatenco G, Cabrera MF. Protección ocular al paciente en estado crítico bajo efectos de sedación. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2011;19(2):80-2.
25. González GD, Solórzano MM, Andrade LM, et al. Enfermería y manejo de la sedación en cuidados intensivos. *Revista Interdisciplinaria de Humanidades, Educación, Ciencia y Tecnología*. 2023; 9(1):707-17.
26. Rojas-Gambasica JA, Valencia-Moreno A, Nieto-Estrada VH, et al. Validación transcultural y lingüística de la escala de sedación y agitación Richmond al español. *Rev Colomb Anestesiología*. 2016;44(3):218-23. doi: 10.1016/j.rca.2016.04.003
27. Arriaga E, Pérez OR, Cuellar D, et al. Administering Care to Critically Ill Patients with FAST HUGS IN BED PLEASE - Revisited Mnemonic. *ICU Management & Practice*. 2023;23(5):107-10.
28. Organización Panamericana de la Salud. Menos IAAS, menos resistencia antimicrobiana. OPS; 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/10-6-2022-menos-iaas-menos-resistencia-antimicrobiana>
29. Secretaría de Salud. Panorama epidemiológico de las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS), México, agosto 2022. México: Secretaría de Salud; 2022. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/770528/BOLET_NRHOVEAGOSTO2022_Final_21102022_1.pdf
30. Kubacka B. Control de la glucemia en los pacientes hospitalizados: una cuestión de equilibrio. *Nursing*. 2014;31(5):22-9.
31. Sisa XA, Rojas LG. Nursing care in oral hygiene of intubated patients. Literature review. *Enferm Cuid*. 2024;7:1-12.
32. Caballero-Gómez MM. Pie equino en paciente encamado. *Universitat de Barcelona*; 2016. Disponible en: <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/102262/1/102262.pdf>
33. Coca-Pulgar ME. Fijación de tubos endotraqueales [tesis de grado]. Universidad de Salamanca; 2020. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10366/143265>

.....
Cómo citar este artículo/To reference this article:

García-Pulido EA. Nemotecnia *cuidados críticos*: guía para el plan de cuidados de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2025;33(3): e1532. doi: 10.5281/zenodo.15708340



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Seguridad y Solidaridad Social

Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación e Investigación en Salud
Coordinación de Investigación en Salud