



**Formación de enfermeras sanitaristas:  
para comprender su papel en la  
construcción de la salud pública  
en México (1922-1940)**

Training of public health nurses:  
To understand their role in the construction  
of public health in Mexico (1922-1940)

Karla Ivonne Mijangos-Fuentes

Editorial



Bienes comunes de información en enfermería: infraestructuras para la práctica cotidiana del cuidado  
José Antonio Franco-Rico *et al.*

Investigación



Comprender la experiencia del dolor en pacientes adultos postoperados desde la fenomenología de Heidegger  
Adilene Olivas-Soto *et al.*

Revisión



Liderazgo integrador de enfermería para la calidad en la atención de la hemorragia obstétrica  
Eduardo Daniel Anica-Malagón

Experiencia de la práctica



Plan estratégico de colaboración con personal de enfermería para la detección y conversión efectiva de donantes cadavéricos  
Hugo Francisco Ruiz-Serna *et al.*

Experiencia de la práctica



Consultoría privada de enfermería: proceso de atención en un paciente con Gangrena de Fournier  
María Fernanda Huerta-Martínez *et al.*

Vol 34 | Núm 2 | **Abril-junio**  
**2026**

# Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social

abril-junio 2026 vol. 34 núm. 2

## 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

**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

**Ramiro Altamira Camacho**

Fundación Index Granada, España

### CUIDADO DE LA EDICIÓN

Iván Álvarez Hernández  
Omar Geovani Vivas Medrano

### DISEÑO GRÁFICO

Mylene Araiza Márquez

### REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

José Antonio Franco Rico

### ANÁLISIS EDITORIAL

Omar Chávez Martínez

**REVISTA DE ENFERMERÍA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**, año 34, número 2, abril-junio de 2026, 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](mailto:revista.enfermeria@imss.gob.mx). Contacto: María Antonieta Castañeda Hernández, correo electrónico: [maria.castanedah@imss.gob.mx](mailto: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, de las ciencias de la salud, ciencias sociales y humanidades, 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 ISSN: 0188-431X

Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2026;34(2).

# Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social

abril-junio 2026 vol. 34 núm. 2



Diseño de portada:

Ilustración

Fotografías:

Fuente: Fototeca Nacional Instituto Nacional de Antropología e Historia y  
Biblioteca Fundación Miguel Bustamante de Oaxaca

Editorial



- e1605** Bienes comunes de información en enfermería:  
infraestructuras para la práctica cotidiana del cuidado  
*Common resources for nursing information:  
Infrastructures for the daily practice of care*  
José Antonio Franco-Rico, Jonathan Hernández-Pérez

Investigación



- e1563** Experiencia vivida de las personas adultas jóvenes  
de reciente diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2  
*Lived experience of young adults recently  
diagnosed with type 2 diabetes mellitus*  
María Patricia Guadalupe De La Concha-Cortés, María Urbelina Fernández-Vázquez,  
Fernanda Santelices-Jiménez, Carolina Teresa Ríos-Rojas, Socorro Méndez-Martínez,  
Israel Aguilar-Cózatl

Investigación



- e1572** Comprender la experiencia del dolor en pacientes adultos  
postoperados desde la fenomenología de Heidegger  
*Understanding the experience of pain in post-operative  
adult patients from Heidegger's phenomenology*  
Adilene Olivas-Soto, Miriam Gaxiola-Flores, Diana Laura Prince-Arango

Investigación



- e1577** Conocimiento en trabajadores de la salud: principios bioéticos  
y funcionamiento del comité hospitalario de bioética  
*Knowledge in health workers: bioethical principles  
and functioning of the hospital bioethics committee*  
Ana Ever Zamorano-Andres, Erika Conde-Valencia

Investigación



- e1579** Cuidados paliativos para el paciente en situación terminal:  
conocimientos básicos del personal de enfermería  
*Palliative care for the terminally ill patient:  
Basic knowledge for nursing staff*  
José Roberto Rodríguez-García, Andrea Alejandra Balderas-Ronquillo,  
Ana Martín Rojo-Villeda, Juan Pedro Horta-Sánchez, Ixchel Castro-Barroso

Investigación



- e1582** Prescripción potencialmente inapropiada de medicamentos  
en personas adultas mayores con polifarmacia de una unidad  
de medicina familiar  
*Potentially inappropriate prescribing of medications  
in elderly adults with polypharmacy in a family medicine unit*  
Julia Fuentes-Bravo, Itza Luna-Armenta, Anel Gómez-García,  
Brenda Poullette Morales-Hernández

# Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social

abril-junio 2026 vol. 34 núm. 2

Revisión



**e1585** Formación de enfermeras sanitaristas: para comprender su papel en la construcción de la salud pública en México (1922-1940)  
*Training of public health nurses: To understand their role in the construction of public health in Mexico (1922-1940)*  
Karla Ivonne Mijangos-Fuentes

Revisión



**e1592** Liderazgo integrador de enfermería para la calidad en la atención de la hemorragia obstétrica  
*Integrative nursing leadership for quality in obstetric hemorrhage care*  
Eduardo Daniel Anica-Malagón

Experiencias  
de la práctica



**e1565** Plan estratégico de colaboración con personal de enfermería para la detección y conversión efectiva de donantes cadavéricos  
*Strategic plan for collaboration with nursing staff for the detection and effective conversion of deceased donors*  
Hugo Francisco Ruiz-Serna, Karen Suguey Rangel-González, Ana Sofía Luna-Maya, Even Santiago Rodarte-Duarte, Alfonso Miguel Padilla-Robledo

Experiencias  
de la práctica



**e1570** Consultoría privada de enfermería: proceso de atención en un paciente con gangrena de Fournier  
*Private nursing consultation: care process in a patient with Fournier's gangrene*  
María Fernanda Huerta-Martínez, Gladys Pérez-Vázquez, Gricelda Rodríguez-Rojas, Ilse Hidalgo-Arce, Jorge Quiroz-Williams, Suemmy Gaytán-Fernández

José Antonio Franco-Rico<sup>1a</sup>, Jonathan Hernández-Pérez<sup>2b</sup>

<sup>1</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Escuela de Enfermería Siglo XXI, Centro de Documentación. Ciudad de México, México

<sup>2</sup>Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Bibliotecológicas y de la Información, Área de Información, Conocimiento y Sociedad. Ciudad de México, México

Doi: 10.5281/zenodo.18715546

#### ORCID

0000-0003-1850-7259<sup>a</sup>

0000-0003-2551-3294<sup>b</sup>

#### Palabras clave (DeCS):

Comunicación y Divulgación  
Científica  
Publicación de Acceso Abierto  
Revistas Electrónicas  
Enfermería  
México

#### Keywords (DeCS):

Scientific Communication and  
Diffusion  
Open Access Publishing  
Electronic Journals  
Nursing  
Mexico

#### Correspondencia:

José Antonio Franco Rico

#### Correo electrónico:

jose.antonio.franco.rico@  
gmail.com

#### Fecha de recepción:

03/12/2025

#### Fecha de aceptación:

04/02/2026

## Resumen

Este escrito analiza el papel de las revistas mexicanas de enfermería en acceso abierto vía diamante como infraestructuras informativas para el cuidado. A partir del marco de los bienes comunes de información, se propone la categoría *bienes comunes de información en enfermería* para caracterizar a estas publicaciones, que integran y difunden un cuerpo de conocimientos teóricos, técnicos y éticos producido en el contexto nacional. Se describe cómo los artículos publicados sustentan la práctica clínica, la docencia y la investigación, y permiten articular a la comunidad profesional en torno a la socialización del conocimiento mediante procesos de autoría, dictamen por pares, lectura crítica y aplicación en la práctica. Asimismo, se discute la tensión entre el valor social de estas revistas y los sistemas de evaluación científica que privilegian las publicaciones comerciales de alto impacto, lo que limita su reconocimiento e inclusión en las políticas de ciencia y tecnología. Finalmente, como estas revistas son bienes comunes de información en enfermería, se reconoce que hay que asumir su cuidado colectivo y fortalecer las condiciones editoriales e institucionales que las sostienen, con el fin de gestionar y consolidar el corpus disciplinar de la enfermería mexicana y contribuir a la mejora de la calidad en la práctica cotidiana del cuidado.

## Abstract

This paper analyzes the role of Mexican open access nursing journals via the diamond access model as information infrastructures for healthcare. Using the framework of information commons, the category of *information commons in nursing* is proposed to characterize these publications, which integrate and disseminate a body of theoretical, technical, and ethical knowledge produced within the national context. It describes how the published articles support clinical practice, teaching, and research, and allow the professional community to come together around the socialization of knowledge through processes of authorship, peer review, critical reading, and application in practice. Furthermore, it discusses the tension between the social value of these journals and scientific evaluation systems that privilege high-impact commercial publications, thus limiting their recognition and inclusion in science and technology policies. Finally, since these journals are common resources of information in nursing, it is recognized that their collective care must be assumed, and that the editorial and institutional conditions that support them must be strengthened, in order to manage and consolidate the disciplinary corpus of Mexican nursing, and contribute to the improvement of quality in the daily practice of care.

Reflexionar sobre el papel de las revistas de enfermería como bienes comunes de información e infraestructuras para el cuidado puede iniciarse desde el contexto de la práctica cotidiana del personal de enfermería en un hospital público.

En México, en un hospital público de segundo o tercer nivel de atención, un profesional de enfermería de las áreas de hospitalización enfrenta durante su práctica cotidiana situaciones y casos complejos en un entorno saturado, con poco personal y recursos materiales limitados.

Ante estas circunstancias, para responder de forma adecuada a las exigencias diarias de la atención, se requiere el acceso a información actual y válida que le permita al profesional de enfermería sustentar sus acciones con evidencia científica durante la toma de decisiones, el diseño de procesos de atención de enfermería o los planes educativos dirigidos a pacientes y cuidadores, e igualmente en la prevención de eventos adversos.

En esta lógica, en el campo de la práctica diaria, el profesional de enfermería hace búsquedas de información en su dispositivo móvil con los resultados inmediatos que le ofrece internet. Si no tiene suerte, esa pesquisa conducirá a revistas de suscripción controladas por grandes editoriales comerciales, publicadas en inglés, orientadas principalmente a realidades del llamado “norte global”, con investigaciones producidas en contextos que poco se parecen al sistema de salud mexicano y además para acceder a buena parte de esa información deberá realizar un pago. Cabe señalar que ante las necesidades de información inmediatas, el escenario menos probable es acudir a un centro de documentación en salud o a una biblioteca especializada.

Solo en un escenario más favorable para las necesidades de información de la práctica cotidiana, la búsqueda dirigirá a revistas de enfermería que se publican bajo el *modelo de acceso abierto vía diamante*, que son editadas en México, escritas en español y situadas en un contexto similar al propio.

El análisis de la información en el presente documento se enfoca en distintos artículos publicados, los cuales se encuentran disponibles sin barreras económicas y pueden ser leídos desde dispositivos móviles en entornos diversos, como consultorios, aulas, oficinas, salas de espera o transporte. En este sentido, dichos artículos no pueden ni deben considerarse un simple “documento en línea”.

De manera convencional, las revistas científicas, tanto en formato impreso como en línea, se publican bajo

modelos de suscripción o pago que introducen barreras económicas que restringen su acceso y uso para una gran parte de los lectores. En contraste, el acceso abierto se entiende como la disponibilidad en línea, sin costo para el usuario, y las publicaciones en acceso abierto están libres de la mayoría de las restricciones de derechos de autor y de licencias.<sup>1</sup> En este marco contextual, cuando los artículos se publican en revistas que permiten leerlos libremente en línea se habla de una *vía dorada*.<sup>2</sup> En este modelo, el acceso para los lectores es gratuito, aunque con frecuencia se establecen cargos por procesamiento de artículos que son asumidos por los autores o sus instituciones. Cuando los artículos se publican *vía diamante*, las revistas no cobran cargos ni a lectores ni a autores, ya que los costos editoriales se cubren con recursos institucionales.<sup>3</sup>

En este contexto, las revistas de enfermería en México son mucho más que un medio para el reconocimiento académico; son espacios estratégicos para la comunicación, el debate crítico y la legitimación de la disciplina. Los artículos científicos publicados en acceso abierto y las revistas de enfermería que los contienen conforman una red colaborativa de cuidados integrada por conocimientos teóricos, experiencias prácticas y nociones éticas. Esta red sostiene la actualización profesional, la práctica basada en evidencia y la construcción de la enfermería en México.

Esto está en congruencia con el objetivo de la enfermería, que es brindar cuidados profesionales y personalizados para garantizar la salud de las personas y la seguridad de su entorno, lo que exige integrar saberes científicos, habilidades y juicios éticos en su práctica profesional.<sup>4</sup> La información contenida en estos vehículos de difusión es fundamental para reducir la brecha entre la *generación de conocimiento y su aplicación en la práctica diaria*, lo cual contribuye a mejorar la calidad del cuidado y a fortalecer la base del conocimiento disciplinar.<sup>5</sup>

En el campo de la enfermería, los profesionales integran una comunidad que participa en todas las etapas del ciclo de producción y uso del conocimiento: algunos elaboran y envían manuscritos a las revistas científicas, otros los evalúan mediante el dictamen por pares y una vez publicados como artículos son nuevamente enfermeras y enfermeros quienes los consultan, los aplican en su práctica diaria y, en algunos casos, envían cartas al editor o comentarios críticos sobre los trabajos difundidos. De este modo, las revistas de enfermería y sus artículos en línea no son recursos rivales ni escasos; por el contrario: cada nueva lectura, cita, comentario o aplicación en

la práctica incrementa el valor compartido de esa información y fortalece a la comunidad profesional.

En bibliotecología, este tipo de recursos se ha conceptualizado como bienes comunes de información. Un *bien común de información* puede ser entendido como un recurso informativo de acceso gratuito y colaborativo, desarrollado y utilizado por comunidades que establecen reglas para su gestión.<sup>6</sup>

En el caso de las revistas mexicanas de enfermería que se publican en acceso abierto vía diamante, esta noción resulta especialmente pertinente, pues permiten articular a la comunidad profesional en torno a la socialización del conocimiento y al trabajo colaborativo. Se propone el concepto de *bienes comunes de información en enfermería* para designar a estas revistas, en tanto reúnen, organizan y ponen a disposición de la comunidad profesional un dominio de conocimientos que puede ser consultado, reutilizado y ampliado sin barreras de acceso. Además, su contenido es producido, validado, comentado, aplicado y debatido por la propia comunidad de enfermería de nuestro país.

En México, las revistas de enfermería que operan bajo la vía diamante se sostienen gracias al apoyo de universidades e instituciones de salud públicas, asociaciones profesionales y al trabajo muchas veces no remunerado de profesionales de enfermería (operativos, docentes e investigadores) que asumen tareas de redacción, revisión, dictamen, corrección y difusión de información. Gracias a ello, es posible poner a disposición de cualquier persona con conexión a internet un conjunto de conocimientos teóricos, técnicos y éticos generados en un contexto local vinculado con los servicios, normas, recursos y problemáticas del sistema de salud mexicano.

No obstante, buena parte del reconocimiento académico y de las políticas científicas en nuestro país prioriza a las revistas por suscripción en función de las métricas que marcan la pauta para estímulos, ingreso al sistema de investigadores y contrataciones; en consecuencia, las revistas nacionales que son clave para la práctica diaria se relegan a un segundo plano por no formar parte de los índices internacionales de mayor prestigio.

Esta situación representa una disonancia: por un lado, se espera que el profesional de enfermería base sus decisiones en la mejor evidencia, y, por el otro, se subestima el papel de las revistas donde se publica la evidencia más próxima al contexto local.

Lo anterior no implica idealizar este tipo de publicaciones ni ignorar sus desafíos y limitantes. Como cualquier vehículo de difusión científica, las revistas de enfermería enfrentan desafíos estructurales en México, pero esto no se resolverá abandonándolas ni alentando la idea de que son revistas de segunda clase que no tienen una gran corporación editorial detrás de ellas. A esto hay que sumarle las condiciones mismas de la práctica de enfermería, como jornadas extenuantes y tiempos limitados para la escritura, la investigación y la formación continua.

Frente a este panorama, es necesario reconocer a las revistas de enfermería en México como infraestructuras que deben ser cuidadas colectivamente, con reglas claras, apoyos estables y criterios de evaluación acordes con su misión social. La responsabilidad de las bibliotecas especializadas y centros de documentación en salud es visibilizar estas revistas en sus catálogos y servicios de referencia, así como promover talleres sobre el uso de estas fuentes.

En última instancia, el fortalecimiento de estos bienes comunes depende de la propia comunidad de enfermería, que puede consolidarlo escribiendo, arbitrando, difundiendo y citando los trabajos publicados en estas revistas. Si durante su jornada de trabajo en el hospital un profesional de enfermería encuentra y puede descargar sin costo un artículo que le permite fundamentar un plan de cuidados, diseñar una intervención educativa o mejorar la seguridad del paciente, es porque existe una red de trabajo colaborativo que transforma la práctica diaria en conocimiento compartido.

Finalmente, estas publicaciones son un bien común de información en enfermería que merece cuidado, inversión y reconocimiento. De esta decisión depende no solo la visibilidad y consolidación de la disciplina, sino también la calidad del cuidado que se ofrece a la sociedad.

## Referencias

1. Suber P. Creating an intellectual commons through open access. In: Hess C, Ostrom E, editors. Understanding knowledge as a commons: from theory to practice. Cambridge (MA): MIT Press; 2007. p. 171-208. doi: 10.7551/mitpress/6980.003.0011
2. Suber P. Open access. Cambridge (MA): MIT Press; 2012. doi: 10.7551/mitpress/9286.001.0001
3. Fuchs C, Sandoval M. The diamond model of open access publishing: why policy makers, scholars, universities, libraries, labour unions and the publishing world need to take non-commercial, non-profit open access seriously. *tripleC Commun Cap Crit*. 2013;

11(2):428-43. doi: 10.31269/triplec.v11i2.502

4. International Council of Nurses. Renewing the definitions of “nursing” and “a nurse”. Final project report. Geneva: ICN; 2025.
5. Barría RM. Nursing research, dissemination of knowledge and its potential contribution to the practice. Invest Educ Enferm. 2022; 40(3):e01. doi: 10.17533/udea.iee.v40n3e01
6. Hess C, Ostrom E, editors. Understanding knowledge as a commons: from theory to practice. Cambridge (MA): MIT Press; 2007.

---

Cómo citar este artículo/To reference this article:

Franco-Rico JA, Hernández-Pérez J. Bienes comunes de información en enfermería: infraestructuras para la práctica cotidiana del cuidado. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2026;34(2):e1605. doi: 10.5281/zenodo.18715546

María Patricia Guadalupe De La Concha-Cortés<sup>1a</sup>, María Urbelina Fernández-Vázquez<sup>2b</sup>, Fernanda Santelices-Jiménez<sup>3c</sup>, Carolina Teresa Ríos-Rojas<sup>2d</sup>, Socorro Méndez-Martínez<sup>4e</sup>, Israel Aguilar-Cózatl<sup>5f</sup>

<sup>1</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona No. 20 "La Margarita", Subjefatura de Educación en Enfermería y Técnicos. Puebla, Puebla, México

<sup>2</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro de Investigación y Formación Docente. Puebla, Puebla, México

<sup>3</sup>Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, División de Investigación en Salud, Programa de Servicio Social. Puebla, Puebla, México

<sup>4</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Puebla, Coordinación de Planeación y Enlace Institucional. Puebla, Puebla, México

<sup>5</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona No. 20 "La Margarita", Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud. Puebla, Puebla, México

Autorización: SIRELCIS-R-2017-2102-40

Doi: 10.5281/zenodo.18715552

### Resumen

#### ORCID

0009-0008-9252-9572<sup>a</sup>

0000-0002-2737-6556<sup>b</sup>

0009-0002-7197-864X<sup>c</sup>

0009-0008-0508-0528<sup>d</sup>

0000-0001-7463-0580<sup>e</sup>

0000-0002-5184-0523<sup>f</sup>

#### Palabras clave (DeCS):

Acontecimientos que Cambian la Vida  
Diabetes Mellitus Tipo 2  
Habilidades de Afrontamiento Adulto Joven

#### Keywords (DeCS):

Life Change Events  
Diabetes Mellitus, Type 2  
Coping Skills  
Young Adult

#### Correspondencia:

Socorro Méndez Martínez

#### Correo electrónico:

socorro.mendez@imss.gob.mx

#### Fecha de recepción:

25/06/2025

#### Fecha de aceptación:

13/01/2026

**Introducción:** explorar la experiencia vivida y los sentimientos que cada persona concibe ante el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) como una enfermedad crónica es importante para identificar las estrategias de intervención para un cuidado integral.

**Objetivo:** describir las experiencias vividas de las personas adultas jóvenes ante la notificación del diagnóstico de DM2.

**Metodología:** estudio cualitativo fenomenológico con 6 participantes entre 24 y 39 años, de ambos sexos, con diagnóstico reciente de DM2 de evolución menor a un año. Se realizó una entrevista con base en 3 categorías: 1) percepciones de los adultos jóvenes al momento de la información del diagnóstico de DM2, 2) sentimientos vividos por la noticia de ser diagnosticado con DM2 y 3) reconocimiento sobre la importancia de aprovechar cada día de su vida.

**Resultados:** de la categoría 1 fue la percepción de los adultos jóvenes al momento del diagnóstico, principalmente por el desconocimiento de lo no vivido y la intranquilidad por la familia. En la categoría 2 los participantes expresaron sus sentimientos principalmente por la negación como respuesta humana de resistencia, enojo y sensación de culpa posterior al diagnóstico.

**Conclusión:** los adultos jóvenes con DM2 requieren intervenciones personalizadas para mejorar su experiencia vivida y fortalecer los conocimientos, que incluyen factores de riesgo y apego al tratamiento, para evitar complicaciones de la enfermedad.

### Abstract

**Introduction:** Exploring the lived experience and feelings that each person experiences upon receiving a diagnosis of type 2 diabetes mellitus (T2DM) as a chronic disease is important for identifying intervention strategies for comprehensive care.

**Objective:** To describe the lived experiences of young adults upon receiving a diagnosis of T2DM.

**Methodology:** A qualitative phenomenological study was conducted with 6 participants between 24 and 39 years of age, of both sexes, recently diagnosed with T2DM with evolution of less than one year. An interview was conducted based on 3 categories: 1) perceptions of the young adults at the time of receiving the T2DM diagnosis, 2) feelings experienced upon receiving the news of the T2DM diagnosis, and 3) recognition of the importance of making the most of each day of their lives.

**Results:** Category 1 was characterized by the young adults' perceptions at the time of diagnosis, primarily due to a lack of understanding of the condition and anxiety for their families. In category 2, participants primarily expressed denial as a human response of resistance, anger, and guilt following diagnosis.

**Conclusion:** Young adults with T2DM require personalized interventions to improve their lived experience and strengthen their knowledge, including risk factors and adherence to treatment, to avoid disease complications.

## Introducción

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica que deteriora la calidad de vida de las personas debido a las complicaciones derivadas de un control metabólico inadecuado.<sup>1</sup>

Según la Federación Internacional de Diabetes (FID), en 2025 vivirán con diabetes 589 millones de adultos entre 20 y 79 años y esa cifra podría aumentar a 853 millones para el año 2050.<sup>2</sup> En México, con base en lo referido en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), de 2 a 3 de cada 100 adultos jóvenes entre 20 y 39 años han sido diagnosticados con diabetes.<sup>3</sup> Aunque la prevalencia es menor en este grupo si se comparan con adultos mayores, la DM2 no es exclusiva de edades avanzadas.

El diagnóstico en etapas tempranas de la vida puede resultar inesperado y conlleva implicaciones significativas en el ámbito laboral, social y personal. Además del inicio prematuro de tratamientos farmacológicos, los pacientes jóvenes requieren adoptar nuevas conductas de autocuidado. De inicio, la aceptación del diagnóstico implica procesos cognitivos y emocionales porque no identifican su estilo de vida como perjudicial, lo que puede dificultar la adherencia al tratamiento y la búsqueda oportuna de atención médica;<sup>4</sup> en dicho proceso, la percepción “de estar o sentirse enfermo” está determinada por el contexto social, cultural y el momento histórico en el que se presente la enfermedad.<sup>5</sup>

La percepción del adulto joven respecto a padecer una enfermedad crónica puede generar consecuencias negativas y preocupación; no obstante, también puede promover hábitos saludables para disminuir el riesgo de complicaciones.<sup>6</sup> En referencia a la preocupación, se ha demostrado que es particularmente difícil para personas entre 25 y 35 años (y sus familias) manejar las implicaciones de las enfermedades crónicas, porque son más propensos a mantener su diagnóstico en secreto como un mecanismo de afrontamiento<sup>7</sup> en la creencia de que su enfermedad es por causas sobrenaturales y no por causas fisiológicas o naturales. En este sentido, el acompañamiento psicoeducativo desde el momento del diagnóstico es clave para el manejo de enfermedades crónicas. La forma en que los pacientes representan su enfermedad afecta directamente su comportamiento. Es así como la representación se construye en varias etapas en las que el individuo genera una comprensión cognitiva y emocional en respuesta a la amenaza que representa para su salud.<sup>8</sup>

Cabe señalar que la variedad de complicaciones de la DM2 es variada y va de la ceguera hasta insuficiencia

renal, amputación de las extremidades inferiores y accidentes cerebrovasculares.<sup>9</sup> En particular, en la población adulta joven, un aspecto que ha sido poco abordado en el tratamiento de la DM2 es la afectación a la salud mental posterior al diagnóstico.

Para una persona joven, el diagnóstico de una enfermedad crónica degenerativa como la DM2 durante una etapa de desarrollo y autonomía personal puede ocasionar una desestabilización en su vida cotidiana. Por lo anterior, es fundamental explorar la experiencia vivida de la persona adulta joven ante el diagnóstico de DM2 y la influencia en su conducta de afrontamiento, seguimiento del tratamiento y la forma de adaptación al proceso de vivir con la enfermedad.

## Metodología

Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico, para explorar la experiencia vivida ante el diagnóstico de DM2, desde la perspectiva de las personas adultas jóvenes. Se incluyó a población joven de entre 24 y 39 años, de cualquier género, con diagnóstico reciente o máximo un año de evolución de la DM2. Se utilizó una cédula con datos personales que incluía edad, sexo, escolaridad, estado civil, religión y ocupación.

Posterior a una visita en el campo, se hizo una serie de preguntas posibles mediante las cuales se llevó a cabo la interacción con las personas adultas jóvenes diagnosticadas con DM2; durante esta interacción surgieron varias preguntas relacionadas con el cómo percibían el haber sido diagnosticadas con DM2. Con base en las notas de campo se adecuaron varias preguntas y al final se conformaron 3 preguntas detonadoras para permitir que las personas narraran su experiencia de vida con la enfermedad. Las preguntas fueron: ¿Qué pensó cuando el médico le dio el diagnóstico de DM2?, ¿Qué sintió cuando el médico le dio el diagnóstico de DM2?, y ¿Qué es la vida para usted ahora que sabe que padece DM2?

Hubo una aprobación previa del proyecto y la aceptación de los participantes con DM2 que asistieron a la consulta del Centro de Atención a la Diabetes del IMSS (CADIMSS) de una unidad de medicina familiar urbana en el estado de Puebla.

La interacción con los participantes se inició con la apertura del diálogo en su entorno y posteriormente se les invitó para colaborar de forma voluntaria en el estudio. Asimismo, se les informó sobre los objetivos y se solicitó su autorización para realizar las entrevistas en su

domicilio, con la finalidad de conservar la intimidad y la confidencialidad del entorno de la persona.

Para la grabación de audio durante la entrevista, se garantizó un ambiente adecuado, tranquilo, en donde se pudo salvaguardar la privacidad y de acuerdo con la necesidad se solicitó visitar a los participantes en varias ocasiones. Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 2 horas como máximo y se codificaron mediante numeración, para lo cual se otorgó un número del 1 al 6 a cada entrevista. La información se transcribió textualmente en el programa Word, dentro de las primeras 24 horas después de ser realizada la entrevista y se hizo un análisis preliminar de codificación abierta. Se utilizó un registro de las notas de campo que el investigador tomó en el transcurso de la entrevista y se incluyeron las actitudes de las personas durante esta.

La selección de participantes se realizó mediante muestreo teórico.

La recolección de datos concluyó al alcanzarse la saturación teórica, cuando las apreciaciones de los participantes fueron coincidentes y la información comenzó a ser repetitiva.

El presente estudio fue autorizado por el Comité Revisor de la Secretaría de Investigación y Estudios de

Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

## Resultados

De un total de 6 entrevistas realizadas a 3 mujeres y 3 hombres, los participantes refirieron que practicaban la religión católica, tenían como estado civil casada(o), su ocupación era como empleados y tenían una edad entre 24 y 39 años. El tiempo de evolución de la DM2 fue de 4 meses a un año.

En el **cuadro I** se hace referencia a las respuestas obtenidas de la pregunta ¿Qué pensó cuando el médico le dio el diagnóstico de DM2? La categoría 1 es acerca de las experiencias al recibir el diagnóstico de DM2 y en las 5 subcategorías las narrativas de los participantes son sobre:

- Subcategoría 1, manifestaron pensamientos de muerte.
- Subcategoría 2, desconocimiento ante lo no vivido.
- Subcategoría 3, se encontraron en estado de *shock* posterior al diagnóstico.
- Subcategoría 4, refirieron intranquilidad por la familia.

**Cuadro I Categoría 1: experiencias de las personas adultas jóvenes al momento de recibir el diagnóstico de DM2**

<b>Subcategoría 1 Pensamientos de muerte</b>
CE-01 "... Lo primero que se nos viene a la mente cuando recibimos esa noticia es que pues ya, ya mi vida se va a terminar pronto, lo primero que pensé fue la muerte..."
CE-02 "... Lo primero que dije «me voy a morir...»".
CE-04 "... Ay, lo primero que pensé fue que me iba a morir. No pues dije «ya se acabó mi vida...»".
CE-05 "... Mi idea fue primero pensar es que, pues ya, ya mi vida se va a terminar pronto, lo primero que pensé es la muerte..."
<b>Subcategoría 2 Desconocimiento de lo no vivido</b>
CE-01 "... No pues para mí fue algo nuevo, pues yo no me lo esperaba..."
CE-02 "... Pues porque no tenía yo idea de qué podía pasar
CE-04 "... Pues porque no tenía yo idea de lo que podía pasar..."
CE-05 "... O sea, a lo mejor no tengo mucha, como se dice, no tengo mucha información..."
CE-06 "... No, no. Lo que uno menos espera es que le digan, «¿Sabes qué? ya tienes la diabetes...»"
<b>Subcategoría 3 Estado de shock</b>
CE-05 "... Umm sentí horrible, sentí horrible. No lo podía creer. Me puse a llorar. No lo podía creer, porque me quedé fría, o sea me quedé fría, me quedé callada..."
CE-06 "... Fueron muchas cosas. Lo que uno menos se espera es que le digan «tienes diabetes». Fue un golpe muy duro..."
CE-06 "... Pues dentro de lo que cabe, pues yo no lo asimilé. Hasta los primeros momentos yo no lo asimilé..."
<b>Subcategoría 4 Intranquilidad por la familia</b>
CE-02 "... Pensé en mis hijos, fue en dejarlos solos, al abandono, de decir «¿Y ahora qué van a hacer mis hijos si yo no estoy?», «¿Qué va hacer mi esposa?» y estar pensando y pensando en eso..."
CE-03 "... «¿Qué va a ser de mi hijo?», porque lo primero que pensé fue en mi hijo..."
CE-06 "... Pues estas reacciones de cómo lo va a tomar la familia..."
CE-04 "...Qué hago con mis hijos y mi esposo..."
<b>Subcategoría 5 Incertidumbre</b>
CE-01 "...No lo podía asimilar, yo dije es que no... No pude dormir..."
CE-02 "... Yo llegué al IMSS y en el IMSS no sabía qué tenía yo. Porque nadie me sabía decir..."
CE-06 "... Pues fueron muchas cosas, así que de repente uno se va a checar por otras razones..."

- Subcategoría 5, expresaron una sensación de incertidumbre.

En la categoría 2, con base en la pregunta ¿Qué sintió cuando el médico le dio el diagnóstico de DM2?, los participantes expresaron sus sentimientos vividos a partir de la noticia de ser diagnosticado con DM2. Se describen 6 subcategorías (cuadro II):

- Subcategoría 1, negación como respuesta humana de resistencia.
- Subcategoría 2, referencia de haber presentado una emoción de enojo.
- Subcategoría 3, haber experimentado una sensación de culpa posterior al diagnóstico.
- Subcategoría 4, resignación ante el diagnóstico de DM2.
- Subcategoría 5, sensación de sufrimiento ante el diagnóstico de DM2.
- Subcategoría 6, temor ante el diagnóstico.

De la categoría 3 emergieron 6 subcategorías con base en la pregunta ¿Qué es la vida para usted ahora que sabe que padece DM2? Para algunos de los participantes, reconocer la importancia de aprovechar cada día de su vida significó una segunda oportunidad que Dios y la vida les da para llevar su tratamiento y cuidar de su salud. De lo expresado se enuncian las siguientes subcategorías (cuadro III):

- Subcategoría 1, aceptación ante el diagnóstico.
- Subcategoría 2, aceptación a realizar cambios en el estilo de vida.
- Subcategoría 3, recepción de apoyo por familiares y amigos.
- Subcategoría 4, encuentra motivación para la superación personal en sí mismo o en sus familiares.
- Subcategoría 5, el saber su diagnóstico le hizo agradecer o aumentar su fe en Dios.
- Subcategoría 6, refirieron haber ganado conocimiento después de su diagnóstico.

**Cuadro II Categoría 2: sentimientos vividos por las personas adultas jóvenes ante la noticia de ser diagnosticadas con DM2**

<b>Subcategoría 1 Negación</b>
CE-01 "... Y anduve de médico en médico..."
CE-02 "... Pues yo no me quedé así, conforme. Entonces yo decía pero pues «no, no, no». Entonces me fui hacer estudios y fui con un médico particular, con otro especialista..."
CE-03 "... Le dije a la doctora que no, que no y ella me decía «Sí, sí la tienes. Aquí están los resultados...»"
CE-04 "... Bueno, no sentí que en ese momento me iba a pasar a mí. No creía que me iba a pasar. A mí no..."
CE-05 "... Me dijo «usted ya es diabética». No le creí, no se lo creí a la doctora. Dije «Ay, no. Yo estoy bien, me siento bien...»"
<b>Subcategoría 2 Enojo</b>
CE-01 "...A pues umm no coraje, bueno a la mejor coraje, coraje, tristeza, es decir, por qué a mí, por qué a mí me dio, por qué, por qué me pasó eso, o sea son muchas cosas que traemos de cuando nos dan esa noticia..."
CE-06 "...Pues de cierta manera me enojaba con mi esposa, de que ya no podía comer como venía comiendo..."
<b>Subcategoría 3 Culpabilidad</b>
CE-01 "... O sea, me sentí culpable porque yo digo son muchas cosas que a lo mejor yo estaba haciendo mal en mis hábitos de cómo estaba yo comiendo y todo eso..."
CE-02 "... A lo mejor fue porque no me cuidé y pues siempre tomar las cosas con excesos y pues ya se arrepiente uno cuando ya tiene el problema..."
CE-05 "... Pues tener esta enfermedad es algo que podemos evitar..."
<b>Subcategoría 4 Resignación</b>
CE-02 "... Dije «pues, bueno, ¡ya ni hablar!», pues dije «Ya qué podemos hacer, no podemos hacer nada, no podemos regresar el tiempo...»"
CE-04 "... Yo creo que yo ya lo esperaba. Había tenido síntomas días, meses anteriores que ya estaban dando insinuación de esta enfermedad..."
CE-05 "... Pero, pues sí, porque tengo unos abuelos..."
CE-05 "... Mi mamá es diabética y me volví hacer otros estudios y de nuevo volvió a salir que tenía el azúcar alta y fue pues cuando ya creí..."
<b>Subcategoría 5 Sufrimiento</b>
CE-03 "... Sentí horrible. Sentí horrible. No lo podía creer. Me puse a llorar. No lo podía creer, porque me quedé fría, me quedé callada..."
CE-04 "... Fue horrible, horrible, horrible el escuchar eso. Yo tenía la esperanza de que me dijera «no, pues estás muy bien, necesitas cuidarte un poco más», pero no..."
CE-06 "... Tristeza, mucha tristeza fue lo único..."
CE-05 "... Para mí muy difícil, porque tengo a mi hijo (llanto). Ya no está mi esposo. Me cuido hasta donde más puedo..."
<b>Subcategoría 6 Temor</b>
CE-02 "... Mi principal temor es una amputación..."
CE-05 "... A un tío le amputaron el pie y de momento ya no era el pie, sino hasta la rodilla y así hasta llegar hasta arriba y me dio mucho temor..."
CE-06 "... Pues, no sé. Me vinieron muchas cosas. La primera fue que mi esposa... de que no sé... Tal vez no vaya a aguantar ese ritmo. Como tenemos tres meses de casados..."

**Cuadro III Categoría 3: reconocimiento de la importancia de aprovechar cada día de su vida**

<b>Subcategoría 1 Aceptación del diagnóstico</b>
CE-02 "... Pues ahorita ya traté de superar eso. Ya sé que no se quita. Lo tenemos que controlar y hasta ahorita he controlado mi azúcar..." CE-02 "... Entonces sí se puede controlar, pero ese es el poder de cada uno: el decir «sí se puede». Porque conozco muchas personas que se dan por vencidos, entonces el querer es poder y para prueba allí estoy yo..." CE-06 "... Pero no me está afectando para seguir adelante y yo quiero seguir adelante y, pues, bueno, le voy a echar ganas para que no me pase lo mismo que a mis tíos..."
<b>Subcategoría 2 Aceptación a cambios del estilo de vida</b>
CE-01 "... Porque he cambiado mis hábitos de comer. Todo es diferente para mí..." CE-04 "... Desde cuidarnos, tu alimentación, tus medicamentos... todo eso cambia..." CE-04 "... Trato de comer un poquito de todo obviamente. Cambian tus hábitos, no tanta grasa, no tanta sal, no tantas harinas. Es un cambio positivo en todo..." CE-06 "... Pues igual yendo al doctor, tomando lo que los doctores te piden... y llevando al pie del cañón, porque pues si no, no va a servir que uno haga unas cosas y por el otro lado se deje..."
<b>Subcategoría 3 Apoyo familiar y de amigos</b>
CE-01 "... Dice mi esposo, quien fue uno de mis pilares: «No pasa nada. Vas a salir adelante...»" CE-02 "... Hablaron muchas personas conmigo y pues me dijeron «No te des por vencido, porque esto lo tienes que superar». De las personas que ahorita les agradezco es al ingeniero del trabajo, mi jefe..." CE-03 "... Bueno, mi familia me ayudó mucho, mi esposo me ayudó mucho en ese momento, mi mamá, mis hermanos y el agarrar y decir «Dios, ayúdame, [debo] aceptar lo que tú me mandaste...»" CE-05 "... El amor que recibimos o el cariño o los cuidados que recibimos de la demás gente que está a nuestro alrededor..." CE-06 "... Yo entré al hospital. La gente me decía «Échale ganas...»"
<b>Subcategoría 4 Superación personal</b>
CE-04 "... Pero más que nada el amor a tu familia y el que te tienes tú hacia ti mismo..." CE-04 "... Es importante, pero creo que un 80% lo hacemos nosotros como diabéticos, el querernos a nosotros mismos, independientemente del amor que recibimos o el cariño o los cuidados que recibimos de la demás gente que está a nuestro alrededor..."
<b>Subcategoría 5 Fe en Dios</b>
CE-01 "... No, para mí la vida ahorita (cambia su tono de voz) es la segunda vida que Dios me regala, la segunda vida y si pues la primera no la aproveché, pues ahora sí la voy a aprovechar al máximo con mis hijos, con mi familia..." CE-02 "... Le tengo que agradecer a Dios el día con día, que me da un día más de vida, salir adelante (cambia su voz, llanto) ..." CE-03 "... Dije «pues voy a vivir con ella, va a ser mi compañera de aquí hasta que Dios diga». Y lo único que hago es decir «Dios mío, ayúdame». He de seguir con todo esto y llevar mi tratamiento como debe de ser..." CE-05 "... Lo único que digo es «Dios mío, ayúdame a seguir con mi tratamiento...»"
<b>Subcategoría 6 Ganar conocimientos</b>
CE-01 "... Le digo a mi esposo «Mira, ahora la plática fue de cómo hay que cuidarnos las heridas que a veces nos pasan y cómo los diabéticos nos tenemos que cuidar más que una persona normal»" CE-03 "... Bueno, no creí que me iba a pasar. A mí no. Estamos propensos a adquirir esta enfermedad por tener familiares diabéticos" CE-04 "... Es que... por lo que yo ya sabía y que ya se estaba manifestando días anteriores quizás ya lo esperaba. Ya estaba predispuesto a recibir ese diagnóstico..." CE-06 "... Veo a la abuelita de mi esposa. Ella ya tiene muchos años con diabetes y sigue y veo que pues bien... y por eso le quiero echar ganas para no ponerme mal..."

## Discusión

Los resultados de este estudio muestran que de acuerdo con la experiencia vivida de los adultos jóvenes con DM2 presentan similitudes en ciertos pensamientos y sentimientos relacionados con la enfermedad, sin diferencias en la percepción por su género, estado civil o preferencia religiosa. Cabe señalar que en lo reportado por Chaparro-Díaz<sup>4</sup> en ambos géneros se encontró dolor y depresión.

En el estudio de Flores-Atilano *et al.*,<sup>10</sup> se determinó que para valorar una situación concreta influye el modo en que la persona percibe dicha situación. En el caso de saber que la DM2 es un problema grave, el impacto es de

mayor amplitud y trascendencia, dada la cuestión emotiva; es decir, las creencias sociales y culturales sobre la enfermedad y la experiencia de una emoción involucran un conjunto de cogniciones, actitudes y creencias sobre el mundo.

En referencia con lo expuesto por Sosa,<sup>11</sup> las emociones en la vida cotidiana de las personas con DM2 permiten captar la intersubjetividad de sus experiencias. Ante la notificación del diagnóstico de DM2, las personas construyen significados que incluyen experiencias con potencial para causar severos impactos psicológicos, sociales y culturales, los cuales se estructuran a partir de sus vivencias y generan respuestas psicológicas a la comunicación del diagnóstico.

En el presente estudio, las experiencias vividas de las personas con DM2 fueron pensamientos de muerte a las experiencias no vividas y la sensación de miedo e incertidumbre, lo cual concuerda con Bolaños y Sarria-Santamera<sup>12</sup> en cuanto a la expresión de sentimientos de frustración y rechazo provocados por el diagnóstico de la enfermedad, así como por los malos resultados o por las limitaciones y renuncias que la DM2 acarrea. En la misma medida, el estrés y la culpabilidad se asocian a las dificultades o resistencias para cambiar. En este sentido, se considera que vivir con una enfermedad crónica es una experiencia en el control emocional y el impacto en su vida cotidiana, y esta experiencia se emite como declaraciones que aluden a sentimientos y emociones con sus consecuencias en distintos ámbitos.

Acerca de los sentimientos vividos por los participantes ante la noticia de ser diagnosticados, manifestaron sensaciones de sufrimiento, negación de la enfermedad, enojo, culpabilidad, temor, impotencia y resignación. Tales experiencias coinciden con las expuestas por Chaparro-Díaz *et al.*<sup>4</sup> respecto a la percepción de las personas con DM2 como un problema suficientemente grave, las cuales al principio intentan buscar una explicación a sus síntomas diferente al diagnóstico y evidencian una forma de negación y evitación de la enfermedad.

El reconocimiento de “aprovechar cada día de su vida” se explica por el tiempo aproximado de 1 a 4 meses en el que las personas aceptan el diagnóstico de DM2, e inician con el cambio de su estilo de vida, así como de sus hábitos alimenticios para mantener el control de la enfermedad. Lo anterior se sustenta en las redes de apoyo familiar (pareja, padres, hermanos y amigos), y en la información adquirida en DIABETIMSS.

El diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 en pacientes jóvenes suele resultar impactante e inesperado, debido a la asociación de esta enfermedad con la vejez y con la presencia de complicaciones severas. Por ello, para muchos pacientes el diagnóstico inicial se acompaña de sentimien-

tos de incertidumbre, intranquilidad y negación. Sin embargo, hay factores que pueden influir en la reacción ante el diagnóstico y favorecer una experiencia menos negativa para el paciente.

Gopalan *et al.*<sup>13</sup> identificaron diversos factores que pueden modificar y mejorar las experiencias y reacciones iniciales ante la notificación del diagnóstico de 41 participantes con edad media de 38.4 años. Dichos factores fueron el brindar asesoramiento previo a la prueba, identificar un entorno seguro para comunicar el diagnóstico y desarrollar estrategias de atención inicial que reconozcan y validen los sentimientos y emociones del paciente frente a la enfermedad.

Se reconoce como limitante la inclusión de las experiencias en las participantes mujeres, particularmente en relación con su vida reproductiva. De acuerdo con Celik *et al.*<sup>14</sup> las participantes entre 30 y 45 años expresaron preocupación en torno a su diagnóstico de DM2 y su posible impacto en la fertilidad y la aparición de menopausia precoz; esta situación generó una mayor incertidumbre respecto a sus planes reproductivos futuros.

## Conclusiones

Es necesario difundir información sobre la DM2 entre la población adulta joven de reciente diagnóstico, con la finalidad de promover el apego al tratamiento farmacológico y no farmacológico para evitar complicaciones que repercutan en su bienestar personal y familiar, así como posibles implicaciones laborales y económicas.

Con la implementación de un *programa integral* para el cuidado de las personas adultas jóvenes de reciente diagnóstico de DM2 que incluya las dimensiones biológica, emocional, social y espiritual, se puede ayudar en las fases de negación (dudas, preocupaciones) y aceptación (no solo a la notificación del diagnóstico), a fin de que aprendan a convivir con la enfermedad y mejoren su calidad de vida.

## Referencias

1. Aschner P. Diabetes trends in Latin America. *Diabetes Metab Res Rev.* 2002;18(S3):S27-31. doi:10.1002/dmrr.279
2. International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas. 11th ed.* Brussels: International Diabetes Federation; 2025. Disponible en: <https://diabetesatlas.org/es/resources/idf-diabetes-atlas-2025/>
3. Instituto Nacional de Salud Pública. *Encuesta Nacional de salud y Nutrición 2021 sobre COVID-19.* México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2021. Disponible en: [https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2021/doctos/informes/220804\\_Ensa21\\_digital\\_4ago.pdf](https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2021/doctos/informes/220804_Ensa21_digital_4ago.pdf)
4. Chaparro-Díaz L, Mendoza-Catalán G, Carreño-Moreno S, et al. *Cómo perciben los hombres tener diabetes mellitus tipo 2: casos en Bogotá.* *Investig Enferm Imagen Desarr.* 2020;22. doi: 10.11144/Javeriana.ie22.cph
5. Quiceno JM, Vinaccia S. *Percepción de enfermedad: una aproximación a partir del illness perception questionnaire.* *Psicología*

- desde el Caribe. 2010;(25):56-83. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/213/21315106004.pdf>
6. Lemos M, Torres S, Jaramillo I, et al. Percepciones de la enfermedad y hábitos de vida saludables en personas con enfermedades crónicas. *Psicogente*. 2019;22(42):1-20. Disponible en: <https://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/3498>
  7. Atrobah D. When darkness falls at mid-day: young patient's perceptions and meanings of chronic illness and their implications for medical care. *GHANA Medical Journal*. 2012;46(2). Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3645148/pdf/GMJ462S-0046.pdf>
  8. Arrieta LA, Casas JM. Autopercepción de enfermedad en pacientes con enfermedades crónicas. *Medicina de Familia-SEMERGEN*. 2018;44(5):335-41.
  9. Organización Mundial de la Salud. Diabetes. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes#:~:text=Con%20el%20tiempo%2C%20la%20diabetes,la%20amputaci%C3%B3n%20de%20esas%20extremidades>
  10. Flores-Atilano B, Guillén-Cadena DM, López-Sandoval MG, et al. Enfoque psicosocial de la diabetes. Una mirada cualitativa. *Revista CONAMED*. 2020;25(2):75-83. doi: 10.35366/94390
  11. Sosa AV, Celis JA, Sierra Canto A, et al. Preocupaciones y temores como experiencia de vivir con diabetes tipo 2. *Revista Salud y Bienestar Social*. 2017;1(2):47-61. doi: 10.32776/saludybienestarsoc.v1i2.26
  12. Bolaños E, Sarría-Santamera A. Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria: un estudio cualitativo. *Aten Primaria*. 2003;32(4):195-200.
  13. Gopalan A, Blatchins MA, Altschuler A, et al. Disclosure of New Type 2 Diabetes Diagnoses to Younger Adults: a Qualitative Study. *J Gen Intern Med*. 2021;36(6):1622-1628. doi: 10.1007/s11606-020-06481-y
  14. Celik A, Sturt J, Temple A, et al. 'No one ever asks about something that actually is relevant to my life': A qualitative study of diabetes and diabetes care experiences of young women with type 2 diabetes during their reproductive years. *Diabet Med*. 2023;40(3):e15017. doi: 10.1111/dme.15017
- 
- Cómo citar este artículo/To reference this article:**  
De La Concha-Cortés MPG, Fernández-Vázquez MU, Santelices-Jiménez F, et al. Experiencia vivida de las personas adultas jóvenes de reciente diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2026;34(2):e1563. doi: 10.5281/zenodo.18715552

Adilene Olivas-Soto<sup>1a</sup>, Miriam Gaxiola-Flores<sup>2b</sup>, Diana Laura Prince-Arano<sup>3c</sup>

<sup>1</sup>Universidad Autónoma de Sinaloa, Campus Culiacán, Facultad de Enfermería, Programa de Especialidad de Enfermería Quirúrgica Perioperatoria. Culiacán, Sinaloa, México

<sup>2</sup>Universidad Autónoma de Sinaloa, Campus Culiacán, Facultad de Enfermería, Coordinación de Investigación y Posgrado. Culiacán, Sinaloa, México

<sup>3</sup>Universidad Autónoma de Sinaloa, Campus Culiacán, Facultad de Enfermería, Programa de Becas de Posgrado y Apoyo a la Calidad de la Secretaría de Ciencias, Tecnología e Innovación (SECIHTI). Culiacán, Sinaloa, México

Doi: 10.5281/zenodo.18715556

### ORCID

0009-0002-4480-3000<sup>a</sup>

0000-0003-3378-7404<sup>b</sup>

0009-0007-4622-1529<sup>c</sup>

### Palabras clave (DeCS):

Dolor Postoperatorio  
Atención Dirigida al Paciente  
Atención de Enfermería  
Adulto

### Keywords (DeCS):

Postoperative Pain  
Patient-Centered Care  
Nursing Care  
Adult

### Correspondencia:

Miriam Gaxiola Flores

**Correo electrónico:**  
miriamgaxiola@uas.edu.mx

**Fecha de recepción:**  
04/09/2025

**Fecha de aceptación:**  
24/11/2025

## Resumen

**Introducción:** el dolor postoperatorio es una experiencia compleja y subjetiva que afecta profundamente la recuperación del paciente.

**Objetivo:** comprender e interpretar desde una perspectiva fenomenológica la experiencia del dolor en pacientes adultos postoperados en una institución pública de segundo nivel.

**Metodología:** se empleó un enfoque cualitativo, exploratorio e interpretativo. Mediante entrevista semiestructurada se exploró la experiencia de pacientes adultos respecto al dolor postoperatorio posterior a un proceso quirúrgico reciente.

**Resultados:** se identificaron 2 categorías clave: experiencia emocional postquirúrgica y proyección hacia la recuperación. El dolor no es únicamente una sensación física, sino que involucra dimensiones emocionales como miedo, ansiedad y esperanza. Al afrontar el dolor, los pacientes desarrollan expectativas de recuperación que están influenciadas por el apoyo emocional recibido y las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas del personal de enfermería.

**Conclusión:** el dolor postquirúrgico no es únicamente un fenómeno físico, sino una experiencia compleja influenciada por emociones como miedo, ansiedad, esperanza e incertidumbre. Desde esta perspectiva, el paciente no puede ser reducido a un diagnóstico o protocolo clínico, sino que debe ser entendido como un ser integral que vive el dolor desde su cuerpo, su biografía y su entorno.

## Abstract

**Introduction:** Postoperative pain is a complex and subjective experience that profoundly affects patient recovery.

**Objective:** To understand from a phenomenological perspective the pain experience of adult postoperative patients in a secondary-level public institution.

**Methodology:** A qualitative, exploratory, and interpretive approach was used. Semi-structured interviews were conducted to explore the experience of adult patients with postoperative pain following a recent surgical procedure.

**Results:** 2 key categories were identified: postoperative emotional experience and projection toward recovery. Pain is not merely a physical sensation but involves emotional dimensions such as fear, anxiety, and hope. In coping with pain, patients develop expectations of recovery that are influenced by the emotional support received and the pharmacological and non-pharmacological interventions provided by the nursing staff.

**Conclusion:** Postoperative pain is not only a physical phenomenon, but a complex experience influenced by emotions such as fear, anxiety, hope, and uncertainty. From this perspective, the patient cannot be reduced to a diagnosis or clinical protocol but must be understood as an integral being who experiences pain from his body, his biography and his environment.

## Introducción

El dolor es una experiencia universal, compleja y profundamente subjetiva que afecta a millones de personas en todo el mundo; y aunque desde el año 2000 su tratamiento ha sido reconocido como un derecho humano fundamental, el dolor postoperatorio sigue representando un desafío significativo en el ámbito clínico.

A pesar de los avances en los tratamientos para el control del dolor, este tipo de sufrimiento persiste y afecta la calidad de vida de los pacientes, además de que retrasa su recuperación. Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, este fenómeno se asocia a un daño tisular real o potencial, lo que lo convierte en una experiencia sensorial y emocional displacentera.<sup>1</sup> En este sentido, la gestión del dolor postoperatorio se ha consolidado como uno de los principales indicadores de calidad en el cuidado de los pacientes, ya que refleja el nivel de atención proporcionado por los profesionales de la salud, especialmente en el contexto de la práctica de enfermería.

Desde la perspectiva de la fenomenología de Martin Heidegger se hace énfasis en la existencia humana como un *ser en el mundo*. Este enfoque ofrece un marco valioso para comprender el dolor postoperatorio desde una perspectiva existencial; según Heidegger, el dolor no solo se experimenta en el plano físico, sino que interrumpe y transforma la percepción del paciente sobre su propio ser y su mundo.<sup>2</sup> Este enfoque fenomenológico permite abordar el dolor de manera holística, no solo como una sensación que debe ser eliminada, sino como una experiencia que revela aspectos profundos de la existencia humana, tales como la vulnerabilidad, la temporalidad y la interconexión entre el paciente y su entorno.

Al integrar estas perspectivas filosóficas, el profesional de enfermería ofrece un cuidado auténtico y significativo que no solo busque la reducción del dolor físico, sino que también apoye al paciente en la comprensión y adaptación a su nueva realidad existencial. La finalidad es ofrecer una visión más profunda de las prácticas de cuidado y las experiencias del paciente, al promover una atención más humana y comprensiva. Desde la perspectiva de la fenomenología de Martin Heidegger y la teoría de Good y More se busca explorar el manejo del dolor postoperatorio.

El razonamiento de Heidegger permite, desde una fenomenología existencialista hermenéutica, comprender la manera como los fenómenos son llevados a la conciencia humana por la razón de obtener una comprensión onto-

lógica y subjetiva en la que el método fenomenológico nace porque hay necesidad de una explicación de las cosas, la cual se dirige a las experiencias vividas y profundiza en las experiencias sobre el dolor de los pacientes postoperatorios, en la búsqueda de significados de los fenómenos mediante el análisis y la reflexión.<sup>3</sup>

La teoría de Good y Moore, desarrollada en 1996 por las enfermeras Marion Good y Shirley M. Moore, es una teoría de rango medio enfocada en el manejo del dolor agudo, específicamente diseñada para el entorno clínico y hospitalario. Se conoce comúnmente como la teoría del equilibrio entre analgesia y efectos secundarios o el modelo de manejo del dolor agudo.

Esta teoría se enfoca en que la enfermera(o) sea el gestor principal y combine intervenciones farmacológicas (medicamentos potentes) con intervenciones no farmacológicas, entre las que destaca el uso de métodos alternativos para complementar el alivio (técnicas de relajación y estimulación). También se implementa la educación activa del paciente sobre cómo y cuándo solicitar o utilizar el alivio del dolor. Para ajustar la medicación, es útil el monitoreo constante del nivel de dolor y los efectos secundarios como náuseas, mareos, etcétera.

En resumen, la teoría propone que al combinar de manera equilibrada la medicación potente con intervenciones no farmacológicas y la educación del paciente se logra un alivio del dolor superior, con menos efectos adversos. Su objetivo es que los pacientes experimenten niveles mínimos de dolor tras una cirugía; se busca que se maximice el alivio y se minimicen los efectos secundarios adversos de la medicación.

Por lo anterior, el propósito del presente estudio fue comprender e interpretar desde una perspectiva fenomenológica la experiencia del dolor en pacientes adultos postoperatorios en una institución pública de segundo nivel.

## Metodología

El presente estudio se desarrolló con enfoque cualitativo, exploratorio e interpretativo. Para la selección de los participantes se consideró a personas adultas de ambos sexos que han vivido un proceso quirúrgico y que han tenido tratamiento para el manejo del dolor y cuidados terapéuticos postoperatorios en una institución pública.

La técnica empleada para el estudio fue el muestreo de bola de nieve, un tipo de muestreo no probabilístico que es particularmente útil cuando la población de interés es difícil de identificar o cuando se busca un grupo

específico de individuos, como en este caso personas que han vivido un proceso quirúrgico y que han recibido tratamiento para el manejo del dolor y cuidados terapéuticos postoperatorios.

El proceso comenzó con la identificación de algunos participantes iniciales, quienes fueron seleccionados de manera intencional. Una vez identificados estos primeros participantes, se les pidió que recomendaran a otras personas con las características requeridas para el estudio, con lo que se creó una “bola de nieve” de los participantes. Este método permitió acceder a personas en redes sociales o de apoyo que hubieran experimentado un proceso quirúrgico reciente, que cumplieran con los criterios de participación, y que tuvieran una mayor flexibilidad para encontrar a personas que de otra forma no hubiese sido posible encontrar mediante otros métodos de muestreo, sobre todo si se considera que el estudio se dirige a un grupo de pacientes postquirúrgicos que han recibido atención en el sistema público de salud.

Para la recolección de información se realizó una entrevista semiestructurada, mediante la cual se obtuvo información profunda y detallada de los participantes y se mantuvo al mismo tiempo flexibilidad y libertad para el relato de sus experiencias, pensamientos y emociones relacionadas con el manejo del dolor y los cuidados terapéuticos postquirúrgicos.<sup>4</sup> Asimismo, se contó con un diario de campo para el registro de la observación no participante al momento de la colecta de datos.

El análisis de la información se realizó de forma artesanal y con base en el círculo hermenéutico propuesto por Heidegger, que consiste en la etapa de *precomprensión*, a partir de la revisión del proceso fenomenológico interpretativo y la identificación de anotaciones emergentes y significativas, con las que el investigador se familiariza para llevar a cabo la elaboración de un registro exhaustivo; la segunda etapa, que es la *comprensión*, en la cual se lleva a cabo el traslado al papel o Excel y se agrupa la matriz de análisis a un nivel más abstracto con lenguaje más técnico y, por último, la etapa de *interpretación*, la cual comprende la redacción de resultados a partir de la presentación de categorías.<sup>5</sup>

Se cuidaron y respetaron los criterios de credibilidad a la audibilidad y la transferibilidad, las cuales permiten evaluar la calidad de esta investigación.<sup>6</sup>

## Resultados

Los hallazgos obtenidos en este estudio proporcionan una comprensión profunda de la experiencia del dolor en

personas postoperadas en una institución pública de segundo nivel. Se evidencia que el dolor posterior a una cirugía no solo es una sensación física, sino que es también una experiencia emocional y subjetiva que influye en la recuperación del paciente. De la interpretación surgieron 2 categorías que a continuación se presentan:

### Categoría 1: experiencia emocional postquirúrgica

Los pacientes experimentan una amplia gama de emociones tras la cirugía, entre las que se incluye miedo, ansiedad e incertidumbre y, en algunos casos, alivio y esperanza.

#### Trecho de la entrevista

Paciente 1: “Es un poco estresante, ya que... pues uno no lo puede controlar. Pero ya conforme pasa el tiempo se va calmando el dolor con los medicamentos y considero que manejo bien esa situación”. También mencionó “Me colocaban el medicamento o me lo aplicaban a las horas que estaba indicado [y] si yo tenía dolor les comentaba o si tenía una pequeña molestia nada más les decía y ya me decían a qué hora me tocaba el medicamento y [en] algún momento de llegar la hora, pues se me aplicaba”.

Paciente 3: “Sí. Es un poco estresante, porque pues existe el temor de que sea dolor por alguna complicación posterior a la cirugía, pues también es incapacitante y sí desespera un poco”. También dijo “los cuidados fueron buenos. Trataban de darle manejo a los medicamentos en tiempo y forma para que el dolor no aumentara y sí existió esa parte del cuidado para ayudar a que el dolor disminuyera”.

Paciente 4: “Me sentía triste y con mucha impotencia y miedo por no saber qué iba a pasar y me desesperaba mucho, porque sentía que el dolor cada vez era más fuerte y con la incertidumbre de no saber cuándo comenzaría a ceder”.

#### Trecho empírico

González en su artículo reflexiona sobre la interacción entre el dolor y las emociones, y señala que el dolor postoperatorio no solo es una experiencia sensorial, sino también emocional. El autor enfatiza la importancia de un enfoque integral que considere tanto los aspectos físicos como emocionales del dolor para mejorar la calidad de vida del paciente.<sup>7</sup>

Mejía menciona que la educación en neurociencia del dolor, combinada con una valoración preanestésica adecuada, reduce significativamente la ansiedad, el estrés y el

dolor postquirúrgico en pacientes sometidos a histerectomía. Los resultados sugieren que una comprensión más amplia del dolor puede mejorar la experiencia emocional del paciente durante el postoperatorio.<sup>8</sup>

En su revisión bibliográfica, Pineda-Flores enfatiza que el personal de enfermería desempeña un papel crucial en la evaluación y el manejo del dolor postquirúrgico. El autor subraya la importancia de estrategias multimodales y preventivas, así como la comunicación efectiva con los pacientes, a fin de mejorar los resultados clínicos y la satisfacción del paciente.<sup>9</sup>

### Categoría 2: proyección hacia la recuperación

En el periodo postquirúrgico se identificó que los pacientes comenzaron a visualizar su proceso de recuperación más allá del dolor inmediato.

A pesar de que algunos pacientes manifestaron alivio al saber que la cirugía había salido bien, también manifestaron sentimientos de incertidumbre sobre posibles complicaciones futuras y fue evidente cómo esa mezcla de emociones motivaba una actitud activa hacia el autocuidado.

Escuchamos frases con las que los pacientes expresaron su compromiso con seguir las indicaciones médicas, cuidar su alimentación o mantenerse atentos a cualquier síntoma. Esta proyección hacia la recuperación reveló un deseo profundo de retomar su vida con normalidad, pero también una necesidad constante de seguridad y orientación. Para nosotras, como profesionales de enfermería, esto reafirma la importancia de acompañar al paciente no solo en el manejo del dolor, sino también en su tránsito hacia la rehabilitación integral.

### Trecho de la entrevista

Paciente 1: “Siempre pensé de una manera positiva. Sentía tranquilidad porque mi cirugía había salido bien”. El paciente también comentó: “Tenía la incertidumbre de que en algún futuro llegar a tener alguna complicación”.

Paciente 2: “Tenía la incertidumbre de no saber cómo me iría en la recuperación y pues de cierto modo trataba de hacer todo lo que se me indicaba para tener una buena recuperación y no tener problemas a futuro”.

Paciente 5: “Tener que llevar un régimen alimenticio con fibras para que no me vuelva el dolor, cuidarme más, hacer ejercicio y cuidar mi alimentación”.

Paciente 6: “Hasta el día de hoy, solo trato de cuidarme y seguir las indicaciones del médico”.

### Trecho empírico

Aliaga refiere que el papel esencial de la enfermería en la recuperación postoperatoria es la gestión del dolor, la prevención de complicaciones y la educación del paciente y el apoyo emocional sobre el cuidado en casa, el cuidado adecuado de las heridas y el monitoreo de los signos vitales.<sup>10</sup> La atención de enfermería es fundamental para mejorar los resultados en los pacientes, garantizar una recuperación más rápida y su reintegración al ámbito familiar, laboral y comunitario.

Asimismo, Zambrano *et al.* hacen referencia a que las intervenciones de enfermería son efectivas para la prevención de complicaciones, la promoción de la recuperación y la disminución de la estancia hospitalaria<sup>11</sup> y señalan que estas intervenciones impactan en la recuperación del paciente. La optimización del cuidado de enfermería en el postoperatorio representa un pilar fundamental en la mejora de los resultados clínicos y la satisfacción del paciente y la familia.

Cabe señalar que Maya afirma que la efectividad de las intervenciones de enfermería en el manejo del estrés postquirúrgico son un factor que influye directamente en la recuperación del paciente.<sup>12</sup> La revisión destaca la importancia de las intervenciones de enfermería en el manejo del estrés postquirúrgico para potenciar la práctica en el manejo del paciente.

Por tal motivo, Ruiz Chávez explica la evolución histórica de la enfermería y destaca los avances desde sus inicios hasta convertirse en una disciplina especializada y autónoma. Enfatiza, asimismo, en la importancia de la formación académica continua, la adopción de nuevas tecnologías y la investigación para la mejora de la calidad del cuidado postquirúrgico; además, subraya el papel esencial de la enfermería en la recuperación de los pacientes, no solo en el aspecto físico, sino también en el emocional y en el psicológico. La autora concluye que la enfermería del futuro debe seguir adaptándose a las necesidades cambiantes de la sociedad y del sistema de salud.<sup>13</sup>

Según Good, el dolor tiene una dimensión cultural y narrativa en la que el paciente da sentido a su sufrimiento desde su contexto social. En tanto, More introduce la noción de *proyección del ser*, que enfatiza cómo la persona orienta sus acciones hacia el futuro incluso en medio del dolor.<sup>14</sup> Por su parte, Heidegger ofrece una visión existencial del ser en el mundo: el dolor irrumpe en lo cotidiano, revela la vulnerabilidad humana y genera una posibilidad de reconstrucción de la existencia.<sup>2</sup>

En este sentido, los hallazgos de esta investigación se alinean con estas concepciones teóricas al mostrar que el dolor postquirúrgico es experimentado con emociones intensas como miedo, ansiedad, esperanza y alivio, y que los pacientes no solo enfrentan la situación de manera pasiva, sino que desarrollan estrategias de afrontamiento, anticipan posibles escenarios y se proyectan hacia su recuperación. Estas experiencias no siempre son visibles desde la clínica tradicional, pero resultan esenciales para el proceso de sanación.

Esteve-Pérez *et al.* proporcionan en su documento-guía una actualización sobre las mejores prácticas para la gestión del dolor agudo postoperatorio e incluyen la aplicación de la escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS); mencionan, asimismo, la importancia de la colaboración multidisciplinaria. Los autores subrayan la necesidad de protocolos específicos por procedimientos y la revisión conjunta de la evidencia para garantizar la seguridad y la efectividad de los tratamientos.<sup>15</sup>

## Conclusiones

El dolor postquirúrgico no es únicamente un fenómeno físico, sino una experiencia compleja influenciada por emociones como miedo, ansiedad, esperanza e incertidumbre. Desde esta perspectiva, el paciente no puede ser reducido a un diagnóstico o protocolo clínico, sino que

debe ser entendido como un ser integral que vive el dolor desde su cuerpo, su biografía y su entorno.

La comprensión en profundidad de la experiencia del dolor de los pacientes postoperados con una perspectiva fenomenológica rescata la dimensión emocional, subjetiva y proyectiva del proceso de recuperación. Los pacientes no solo enfrentan el dolor como una realidad inmediata, sino que también construyen una proyección hacia su recuperación, establecen metas personales y adoptan actitudes de autocuidado.

La experiencia de un proceso quirúrgico y el dolor posterior está profundamente marcada por las relaciones interpersonales, el acompañamiento del personal de salud y las experiencias quirúrgicas previas. En este sentido, el papel del personal de enfermería es esencial, no solo en la administración de tratamientos farmacológicos, sino también en la contención emocional, la educación para el autocuidado y el fomento de una actitud positiva hacia la recuperación.

Por ello, la enfermería juega un rol protagónico desde una postura humanizada, empática y ética. No se trata únicamente de aplicar técnicas o controlar síntomas, sino de estar presente, acompañar, comprender y ofrecer cuidado en su dimensión más amplia. El dolor, en tanto experiencia humana total, exige una respuesta integral (científica, emocional y relacional). Solo así es posible contribuir de manera significativa a la recuperación del paciente y a la transformación de la práctica profesional en el ámbito quirúrgico.

## Referencias

1. Guevara-López U, Covarrubias-Gómez A, Rodríguez-Cabrera R, et al. Parámetros de práctica para el manejo del dolor en México. *Cir Cir*. 2007;75(4):385-407.
2. Heidegger M. *Ser y tiempo*. Madrid: Ediciones Istmo; 2008.
3. Morse J. The phenomenological-hermeneutic approach in qualitative research: Exploring lived experiences. En Mella-Valenzuela O, editor. *Metodología cualitativa en ciencias sociales y educación: Orientaciones teórico-metodológicas y técnicas de investigación*. Santiago de Chile: Primus; 2003. p. 111-146.
4. González J. *Técnicas de investigación cualitativa en los ámbitos sanitario y sociosanitario*. España: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha; 2021.
5. Duque H, Aristizábal Díaz-Granados ET. Análisis fenomenológico interpretativo. Una guía metodológica para su uso en la investigación cualitativa en psicología. *Pensando Psicología*. 2019;15(25):1-24. doi: 10.16925/2382-3984.2019.01.03
6. Plaza Guzmán JJ, Urigüen Aguirre PA, Bejarano Copo HF. Validez y confiabilidad en la investigación cualitativa. *ARJÉ. Revista de Postgrado FaCE-UC* 2017;11(21):352-7.
7. González J. *Técnicas de investigación cualitativa en los ámbitos sanitario y sociosanitario*. España: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha; 2021.
8. Mejía Mejía JM. Eficacia en la reducción de los niveles de ansiedad, estrés y dolor a través de la valoración preanestésica y la educación en neurociencia del dolor en pacientes sometidos a histerectomía abdominal total electiva: Un ensayo clínico aleatorizado. Puebla: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; 2023. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12371/21081>
9. Pineda Flores JY. Rol del profesional de enfermería en el manejo del dolor en pacientes posquirúrgicos: una revisión bibliográfica [tesis]. Ambato: Universidad Técnica de Ambato; 2024.
10. Aliaga-Ganuzo VP, Pola-Saez S, Frago-Gómez A, et al. La atención de enfermería en la recuperación postoperatoria. *Revista Sanitaria de Investigación*. 1 de mayo de 2023. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-atencion-de-enfermeria-en-la-recuperacion-postoperatoria/>
11. Zambrano Cerón RD, Sanmartín Matute NB, Zambrano Mora JG, et al. Optimización del cuidado postoperatorio: intervenciones de enfermería en la prevención de complicaciones en cirugía abdominal. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*. 2024;8(1):1-14. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/2439>
12. Maya Calva AP. Efectividad de las intervenciones de enfermería en el estrés postquirúrgico: Revisión bibliográfica. Universidad

- Regional Autónoma de Los Andes (UNIANDES); 2024. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/17538>
13. Ruiz Chávez MI. Evolución de la práctica de enfermería. El Financiero. 20 05 2024. <https://www.elfinanciero.com.mx/opinion/colaborador-invitado/2024/05/20/evolucion-de-la-practica-de-enfermeria/>
  14. Good M, Moore S. Clinical practice guidelines as a new source of middle-range theory: focus on acute pain. Nurs Outlook. 1996;44 (2):74-9.
  15. Esteve-Pérez N, Pérez-Herrero MA, Montes-Pérez A, et al.; Grupo de Trabajo de Dolor Agudo SEDAR. Gestión del dolor agudo postoperatorio: condiciones para garantizar la seguridad y la efectividad de los tratamientos analgésicos. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2024;71(4):304-16.
- 
- Cómo citar este artículo/To reference this article:
- Olivas-Soto A, Gaxiola-Flores M, Prince-Arano DL. Comprender la experiencia del dolor en pacientes adultos postoperados desde la fenomenología de Heidegger. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2026;34(2):e1572. doi: 10.5281/zenodo.18715556

Ana Ever Zamorano-Andres<sup>1a</sup>, Erika Conde-Valencia<sup>2b</sup>

<sup>1</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud. Cuernavaca, Morelos, México

<sup>2</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, Departamento de Enfermería. Cuernavaca, Morelos, México

Número de aprobación del proyecto: R-2020-1702-004

Doi: 10.5281/zenodo.18715563

### ORCID

0000-0002-6185-8217<sup>a</sup>

0000-0002-9590-7654<sup>b</sup>

### Palabras clave (DeCS):

Conocimiento

Bioética

Trabajadores de la Salud

### Keywords (DeCS):

Knowledge

Bioethics

Health Personnel

### Correspondencia:

Erika Conde Valencia

**Correo electrónico:**

erika.conde@imss.gob.mx

**Fecha de recepción:**

01/08/2025

**Fecha de aceptación:**

13/01/2026

## Resumen

**Introducción:** el conocimiento sobre bioética es fundamental en la práctica de los trabajadores del sistema de salud para comprender y respetar la dignidad humana y los derechos de los pacientes y sus familiares.

**Objetivo:** describir los conocimientos sobre bioética y el funcionamiento del comité hospitalario de bioética (CHB) en trabajadores de la salud.

**Metodología:** diseño descriptivo, transversal mediante encuesta a 276 trabajadores de la salud seleccionados por muestreo estratificado proporcional. El instrumento constó de 29 preguntas en 3 apartados: I. Datos sociodemográficos y laborales (1-9), II. Conocimientos generales de bioética (10-18) y III. Conocimientos respecto al funcionamiento del CHB (19-22, 27 y 28/23, 26 y 29). En las variables cualitativas se calcularon frecuencias y proporciones; en las variables cuantitativas, medidas de tendencia central y dispersión.

**Resultados:** se estimó una mediana de 66.7% (rango intercuartílico 60-80%) de conocimientos de bioética. En la definición de los principios bioéticos, respondieron correctamente en autonomía 250 (91.2%), en justicia 223 (85%) y en beneficencia 224 (81.7%).

**Conclusión:** los conocimientos de los trabajadores de la salud de manera general reflejan un vacío de conocimiento respecto a la bioética en salud y al funcionamiento del CHB del hospital. El conocimiento de los principios bioéticos es fundamental en la toma de decisiones y acciones durante el proceso de atención en salud.

## Abstract

**Introduction:** Knowledge of bioethics is fundamental in the practice of healthcare workers to understand and respect human dignity and the rights of patients and their families.

**Objective:** To describe the knowledge of bioethics and the functioning of the hospital bioethics committee (HBC) among healthcare workers.

**Methodology:** A descriptive, cross-sectional study was conducted using a survey of 276 healthcare workers selected by proportional stratified sampling. The instrument consisted of 29 questions in 3 sections: I. Sociodemographic and occupational data (1-9), II. General knowledge of bioethics (10-18), and III. Knowledge regarding the functioning of the HBC (19-22, 27, and 28/23, 26, and 29). For qualitative variables, frequencies and proportions were calculated; for quantitative variables, measures of central tendency and dispersion.

**Results:** A median of 66.7% (IQR 60-80%) of bioethics knowledge was estimated. In defining bioethical principles, 250 (91.2%) responded correctly regarding autonomy, 223 (85%) regarding justice, and 224 (81.7%) regarding beneficence.

**Conclusion:** In general, healthcare workers' knowledge reflects a gap in understanding bioethics in healthcare and the functioning of the HBC. Knowledge of bioethical principles is fundamental for decision-making and actions during the healthcare process.

## Introducción

Desde la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la ética ha sido parte fundamental para cumplir con la misión de proteger y promover la salud mundial. La OMS afirma que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”.<sup>1</sup> La bioética, en esencia, es un elemento crucial en la OMS para humanizar los servicios de salud por medio de programas centrados en las personas, la seguridad del paciente y el entorno a los cuidados paliativos. Su objetivo de estudio son los problemas éticos planteados por las ciencias de la vida.<sup>2</sup>

El término *bioética* fue acuñado en 1927 por Fritz Jahr, quien lo definió como la ética de las relaciones de los seres humanos con los animales y la naturaleza.<sup>3</sup> La definición de bioética se describe como

una rama de la ética general que estudia sistemáticamente la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la atención de la salud sobre la base de valores morales, en la cual se reflexiona, delibera y se hacen planteamientos normativos para regular y resolver conflictos relacionados al área de la salud.<sup>4</sup>

La Organización Panamericana de Salud (OPS) menciona que la bioética es una disciplina que busca aclarar problemas éticos que aparecen con relación a la salud al hacer investigación con seres humanos, al implementar una política de salud y durante la atención médica.<sup>5</sup>

Durante la atención médica los profesionales y los usuarios pueden enfrentarse a dilemas o dificultades ante las decisiones en el ámbito de la salud. La bioética es un marco de referencia para la resolución de problemas o dilemas que surgen en la práctica clínica y la atención médica, así como en la interacción de los trabajadores de la salud, pacientes y familiares.<sup>6</sup>

Para dar respuesta a temas específicos de bioética en la atención a la salud, en México se estableció en 1992 la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA), con la cual se creó un área que se ocupa de analizar, reflexionar y marcar pautas éticas de actuación frente a los dilemas que representan caminos disruptivos para la toma de decisiones.<sup>3,7,8</sup> Se entiende por *dilema bioético* una situación en la que los preceptos morales o las obligaciones éticas entran en conflicto ante un problema que aparentemente no tiene una solución, es decir, sigue siendo problema después de haber sido resuelto. Cuando hay un dilema, se tiene más de una alternativa de solución y no es claro el curso de acción que se debe tomar; por ende, hay una di-

ficultad para la toma de decisiones, por lo que se requiere de un análisis detallado.<sup>3,9,10</sup>

Los comités hospitalarios de bioética (CHB) se han instaurado para tener un espacio de análisis, reflexión y estudio del proceso de la atención médica. Uno de sus objetivos es asesorar al personal de salud y usuarios en relación con los problemas y dilemas bioéticos que surgen en la prestación de servicios de atención médica, para lo cual fomentan el respeto a los derechos humanos, reconocen la dignidad de los individuos y hacen cumplir el respeto a la autonomía de los pacientes mediante el consentimiento informado, entre otras gestiones que coadyuvan a mejorar la calidad de la atención en salud.<sup>7</sup>

El sistema de salud en México tiene entre sus prioridades garantizar la calidad y seguridad del paciente. Bajo esta perspectiva, garantizar el respeto a los derechos básicos de los individuos es una meta que se debe cumplir. Para ello, los trabajadores de la salud deben poseer conocimientos bioéticos esenciales para garantizar el respeto a la dignidad y los derechos humanos en apego a los siguientes principios de bioética:<sup>10</sup>

- Principio de autonomía: señala que todas las personas tienen un valor individual y absoluto, situación que los hace acreedores a tener el poder en la toma de decisiones; por lo tanto, se les debe permitir ejercer su libertad de elección. Este principio ético fue afirmado con el dictamen “Todo ser humano en edad adulta y en pleno uso de sus facultades mentales tiene derecho a determinar lo que se hará con su propio cuerpo” y obliga a los trabajadores de la salud a decir la verdad en todo momento. Implica que estos profesionales tienen el deber de proporcionar información clara, completa y comprensible, así como las opciones de tratamiento que sean necesarias para que el paciente ejerza su autodeterminación y con ello, dé el consentimiento informado, siempre bajo la veracidad y la confidencialidad.<sup>4</sup>
- Principio de beneficencia: representa la obligación del personal de salud de velar siempre por hacer un bien, proteger y defender los derechos de los demás, prevenir daños y eliminar las condiciones que causen estos últimos. El principio exige no solo evitar el daño, sino también beneficiar a las personas y promover su bienestar.<sup>4,10</sup>
- Principio de no maleficencia: se conoce como la obligación del profesional de la salud de no hacer daño al paciente. Este principio señala diferentes pautas morales: no producir dolor ni sufrimiento, no ocasionar

incapacidad y no quitar la vida. En este principio se valoran los beneficios *versus* los tratamientos excesivamente gravosos.<sup>10</sup>

Principio de justicia: se interpreta como el trato justo y equitativo hacia las personas. En el área de la salud es frecuente el uso de la justicia distributiva, la cual se refiere a la distribución justa, equitativa y apropiada de los recursos de atención médica.<sup>10</sup>

En este contexto, en este trabajo se describen los conocimientos con base en los lineamientos técnicos sobre bioética de los trabajadores de la salud de una unidad hospitalaria de segundo nivel del sector público.

## Metodología

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo para evaluar los conocimientos con base en los lineamientos técnicos de bioética de 276 trabajadores del área de la salud en el Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1 de Cuernavaca, Morelos, México.

Los trabajadores participantes fueron seleccionados mediante muestreo estratificado proporcional para determinar el número de sujetos por categoría y muestreo no probabilístico por conveniencia para elegir a los participantes al interior de cada estrato.

## Instrumento de medición

Se diseñó y validó un instrumento ex profeso en 3 fases: 1) juicio de expertos, integrado por 6 integrantes del CHB de la unidad que con base en su experiencia y trayectoria académica realizaron recomendaciones; 2) se realizaron las modificaciones sugeridas por los expertos; 3) prueba piloto, se aplicó el instrumento a 20 personas con características similares a la población participante para verificar que las instrucciones se entendieran (se incluyeron todas las categorías participantes).

El instrumento quedó conformado por 29 preguntas con los siguientes apartados: I. Datos sociodemográficos y laborales con un total de 9 preguntas (1-9); II. Conocimientos generales de bioética, que incluyó 9 preguntas (10-18) con respuestas de opción múltiple (a, b, c, d); III. Conocimientos respecto al funcionamiento del CHB, el cual incluyó 6 preguntas (19-22, 27 y 28) con respuesta de opción múltiple (a, b, c, d) y 5 preguntas (23-26 y 29) con respuestas dicotómicas (sí o no).

Para estimar los conocimientos se utilizó una regla de tres, en donde 15 aciertos fueron igual al 100% (cabe se-

ñalar que algunas preguntas del instrumento no fueron consideradas para la calificación porque su respuesta no era buena ni mala; correspondieron al apartado 3 y son las preguntas 14, 15, 16, 17 y 20).

Para recabar la información, previamente se capacitó al personal encuestador para la aplicación del cuestionario de conocimientos en bioética a los trabajadores de la salud de los 3 turnos.

## Datos y aspectos estadísticos

Los datos obtenidos de las encuestas fueron capturados en una base de datos en Microsoft Excel y el análisis se realizó con el paquete estadístico STATA 14.

En cuanto al análisis descriptivo, para las variables cualitativas se calcularon frecuencias y proporciones y para las variables cuantitativas medidas de tendencia central y de dispersión.

Para la comparación de medianas de los conocimientos entre las categorías participantes, se utilizó el estadístico Kruskal-Wallis, en atención a la distribución de las variables.

## Aspectos éticos

Este estudio se apegó a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud, específicamente en el artículo 13, que a la letra dice: “En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y a la protección de sus derechos y bienestar”.<sup>11</sup>

La investigación fue aprobada por el Comité Local de Investigación en Salud 1701 y del Comité de Ética en Investigación de Salud 1718 con número de registro R-2020-1702-004. Con apego al respeto de los principios bioéticos, se invitó a participar a los trabajadores de la salud que cumplieran con los criterios de selección. Se les explicó en qué consistía el estudio, los beneficios y los riesgos por su participación.

Para cumplir con el principio de autonomía, una vez que comprendieron y aceptaron participar, se les pidió firmar la carta de consentimiento informado. Se les aclaró que no obtendrían un beneficio directo o recompensa por su participación.

Se garantizó la confidencialidad de la información proporcionada por los participantes. Se mantuvo en la base de datos un folio para la identificación de los sujetos. También se hizo hincapié en que los resultados se

mantendrían en estricta privacidad y que al publicarlos no habrá forma de identificarlos.

## Resultados

Del total de 276 participantes, 180 (65.2%) fueron mujeres y 96 (34.8%) hombres, con una mediana de edad de 33 años (rango intercuartílico [RIC] 26-41). En cuanto a las características laborales, la mediana de antigüedad fue de 6 años (RIC 1-12); la mayoría fueron participantes de enfermería 138 (50%) y de medicina 101 (36.6%). Acerca de los servicios del hospital, 133 (48.2%) participantes laboraban en servicios de hospitalización, 92 trabajadores (33.3%) en el área crítica; con relación al turno, 147 (53.3%) fueron del turno matutino y 68 (24.6%) del turno nocturno (cuadro I).

Respecto a los conocimientos de bioética y del funcionamiento e integración de CHB en los trabajadores de la salud, se alcanzó una mediana de 66.7 (RIC 60-80) de respuestas correctas. Sin embargo, al separar los conocimientos en bioética de los conocimientos relacionados

con el funcionamiento e integración del CHB, se encontró que la mediana de respuestas correctas fue de 77.8 (RIC 66.7-88.9) y 50 (RIC 33.3-66.7), respectivamente.

En el cuadro II se muestran los conocimientos del personal acerca de la bioética, 196 (71%) participantes conocen su definición, 151 (54.7%) identifican qué es un dilema bioético y 189 (68.5%) reconocen las situaciones en las que se presenta un dilema durante la atención de salud. Al preguntar por la definición del principio bioético de beneficencia, 224 personas (81.2%) respondieron de manera correcta, y respecto a las definiciones de los principios de justicia y autonomía, 233 (84.4%) y 250 (90.6%), respectivamente, respondieron acertadamente, y 209 (75.7%) identificaron el de no maleficencia.

En el cuadro III se presentan los conocimientos respecto al funcionamiento del CHB: 181 (65.6%) participantes conocieron las situaciones en las que se puede consultar al CHB; referente a la obligatoriedad de seguir las recomendaciones emitidas por el CHB, 108 (39.1 %) coincidieron en que no son obligatorias; asimismo, en cuanto a ¿Quién considera usted que debe consultar al CHB ante un dilema o problema bioético? 260 (94.2%) respondieron que lo puede hacer cualquier miembro del equipo de salud.

Los conocimientos de bioética y funcionamiento e integración del CHB fueron significativamente más altos en el personal médico (mediana 73.3 %, RIC 66.7-80.0), en comparación con el personal de enfermería (mediana 66.7%, RIC 46.7-80.0) y otro personal de la salud (mediana 66.7%, RIC 40-73.3),  $p = < 0.001$  (cuadro IV). Adicionalmente, se les preguntó a los participantes si sabían que existía un CHB en la unidad hospitalaria y menos del 50% contestó que sí lo sabía ( $n = 107$ , 39.7%), y 6 (2.2%) refirieron haber consultado al CHB por lo menos alguna vez.

## Discusión

Según lo reportado por Trujillo-Vizuet *et al.*, 33% de la población estudiada tuvo conocimiento bajo sobre bioética y 33% conocimiento regular; cabe señalar que la puntuación fue en escala de 1 a 10 puntos; por lo tanto, la calificación fue de 6 a 7 = bajo y de 8 a 9 = regular. Con base en estos puntos de corte, los resultados del presente estudio estarían reflejando conocimientos bajos en bioética por parte del personal de salud,<sup>12</sup> porque el resultado general de conocimientos de los trabajadores de la salud fue de 66%.

En los resultados de este estudio se identificó que el conocimiento sobre la definición de bioética fue señalado

**Cuadro I Características generales de los trabajadores de la salud participantes de una unidad hospitalaria (n = 276)**

Características	n	%
Sexo		
Mujer	180	65.2
Hombre	96	34.8
Categoría laboral		
Médicos(as)	101	36.6
Enfermería	138	50.0
Otros*	37	13.4
Servicio		
Hospitalización	133	48.2
Área crítica	92	33.3
Medicina familiar	38	13.8
Otros†	13	4.7
Turno		
Matutino	147	53.3
Vespertino	59	21.4
Nocturno	68	24.6
Jornada acumulada	2	0.7
	<b>Mediana</b>	<b>RIC</b>
Edad (en años)	33	26.4
Antigüedad (en años)	6	1.12

\*Categoría otros: trabajo social, asistente médico, camillero, laboratoristas, radiólogos y nutrición

†Servicio otros: laboratorio, rayos X, nutrición y nutrición parenteral  
RIC: rango intercuartílico (percentil 25 y percentil 75)

**Cuadro II Conocimientos sobre bioética de los trabajadores de la salud de una unidad hospitalaria (n = 276)**

Preguntas	Respuesta	n (%)
¿Cuál es la definición de bioética?	Es la rama de la ética aplicada que reflexiona, delibera y hace planteamientos normativos y de políticas para regular y resolver conflictos en la vida social, especialmente en las ciencias de la vida, así como en la práctica y en la investigación médica que afecten la vida en el planeta, tanto en la actualidad, como en futuras generaciones	196 (71)
¿Qué es un dilema bioético?	Es una situación en la que los preceptos morales o las obligaciones éticas entran en conflicto	151 (54.7)
Son situaciones en las que pueden presentar dilemas bioéticos	Suspensión del tratamiento, cuidados paliativos, donación de órganos	189 (68.5)
Se fundamenta en el respeto del principio de autonomía	El consentimiento informado	207 (75)
Se identifica con la capacidad de tomar decisiones y de gestionar aspectos de la propia vida y muerte, hace referencia al principio de:	Autonomía	250 (90.6)
No hacer o promover un daño o perjuicio deliberadamente a otro, sea por acción u omisión, hace referencia al principio de:	No maleficencia	209 (75.7)
Hacer o promover el bien hacia las personas respetando los ideales de "vida buena", hace referencia al principio de:	Beneficencia	224 (81.2)
Debe repartirse de forma equitativa entre los miembros de una sociedad, las cargas y los beneficios, hace referencia al principio de:	Justicia	233 (84.4)
Desde el punto de vista bioético, el consentimiento informado es:	Un documento legal, tiene como acto de aceptar o rehusar la acción médica luego de entender una información adecuada, considerar las alternativas y ser capaz de comunicar la decisión	215 (77.9)

**Cuadro III Conocimientos de los trabajadores de la salud sobre el funcionamiento e integración del CHB (n = 276)**

Preguntas	Respuestas	n	%
¿Qué es un CHB?	Es un espacio de reflexión, análisis, orientación y educación acerca de los dilemas que surgen en la atención médica	107	38.8
¿Quiénes conforman el CHB?	Médicos, enfermeras, trabajadores sociales, abogados, filósofos, biotécnicas y representantes de la comunidad (paciente o familiar)	80	29
Son funciones del CHB	Orientadora, consultiva y educativa	139	50.4
¿Sabe de la existencia del CHB en esta unidad hospitalaria?	Sí	107	39.8
Son situaciones por las cuales pueden consultar al CHB	Dilemas éticos en la práctica de los profesionales de la salud	181	65.6
Una vez presentado el problema o dilema al CHB ¿usted considera que es obligatorio seguir las recomendaciones tomadas por este?	No	108	39.1
¿Quién considera usted que debe consultar al CHB ante un dilema o problema bioético?	Cualquier integrante del equipo de salud que tenga un problema ético	260	94.2

CHB: comité hospitalario de bioética

de manera correcta por 39% del personal médico y 46% de enfermería. Un resultado similar se encontró en el estudio de Ávila-Ruiz *et al.* con médicos residentes de un hospital público de Puebla; en él, los autores señalan que el 58% de sus participantes identificó de manera clara la definición de bioética.<sup>13</sup>

Los hallazgos obtenidos en este estudio sobre los principios bioéticos revelan que en su mayoría identifican la definición del principio de *autonomía*, señalan de manera asertiva el concepto de *no maleficencia*, refieren conocer el

**Cuadro IV Comparación de conocimientos sobre bioética y funcionamiento e integración del CHB de los trabajadores de la salud (n = 276)**

Personal de salud	Conocimientos		
	n (%)	Mediana (RIC)	p
Enfermería	138 (50)	66.7 (46.7-80)	< 0.001*
Medicina	101 (36.6)	73.3 (66.7-80)	
Otros	37 (13.4)	66.7 (40-73.3)	

CHB: comité hospitalario de bioética; RIC: rango intercuartílico  
\*Se calculó con el estadístico de Kruskal-Wallis

principio de *beneficencia* e identifican el concepto de *justicia* independientemente de la categoría laboral; igualmente, muestran que más del 70% del personal de salud identifica la definición de *consentimiento informado*. Lo anterior es un resultado favorable en consideración a la diferencia encontrada en un hospital regional de alta especialidad, en la que los conocimientos del personal sobre los principios de bioética están por debajo del 17.2% y la identificación correcta del consentimiento informado es del 21.2%.<sup>12</sup>

Sobre la existencia de un CHB en la unidad hospitalaria, más de la mitad en este estudio no conoce su existencia; al comparar lo obtenido por Trujillo-Vizuet *et al.* se encontró que el 92% lo desconoce;<sup>12</sup> a su vez, estos resultados son diferentes de los de Ávila-Ruiz *et al.*, quienes señalan que el 91.7% de los médicos residentes tiene conocimiento de la existencia del CHB<sup>13</sup> y en el contexto internacional reportan que 24% de los participantes no conoce la existencia de un comité.<sup>14</sup>

Al preguntar sobre qué es un dilema bioético, más de la mitad de los participantes señalaron de manera correcta la definición y en cuanto al ítem “Una vez presentado el problema o dilema al CHB ¿usted considera que es obligatorio seguir las recomendaciones tomadas por este?”, más de la mitad respondió “Sí es obligatorio”, pero la respuesta es que el comité solo emite recomendaciones y no es obligatorio ejecutarlas. No obstante, el 48.7% de los participantes señalaron que no se han enfrentado a un dilema bioético, motivo por el cual no han consultado al CHB.

Dicho resultado es similar a lo referido por Trujillo-Vizuet *et al.*, que identificaron que 30% de los partici-

pantes no tuvieron un dilema bioético.<sup>12</sup> Estos referentes se contraponen con lo reportado en la literatura, en donde el personal de salud, los pacientes y su familia enfrentan cotidianamente dilemas bioéticos durante el proceso de la atención, los cuales han aumentado con el incremento de la tecnificación de la medicina y en consecuencia se espera que surjan nuevos dilemas bioéticos.<sup>12,15,16</sup>

## Conclusiones

Los conocimientos de los trabajadores de la salud de manera general reflejan un vacío de conocimiento respecto a la bioética en salud y al funcionamiento del CHB del hospital. El conocimiento de los principios bioéticos es fundamental en la toma de decisiones y en las acciones durante el proceso de atención en salud. Para la práctica cotidiana, se hace necesario implementar las estrategias de educación e investigación en el tema, de tal forma que los problemas o dilemas bioéticos sean identificados oportunamente por los trabajadores de la salud y remitidos al CHB para garantizar un mejor desenlace y una mejora de la calidad de atención.

En este contexto, los resultados sugieren que es necesario integrar contenidos de bioética en los diferentes planes de estudio de las carreras de la salud, tanto a nivel de pregrado y posgrado. De esta forma, con conocimientos se permite la resolución de los dilemas y se garantiza el respeto a la dignidad y el bienestar de los seres humanos en la promoción, protección, restablecimiento de la salud y en la atención paliativa.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Derechos humanos. Ginebra: OMS; 1 de diciembre de 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
2. Coleman CH, Bouësseau MC, Reis A. The contribution of ethics to public health. *Bull World Health Organ.* 2008;86(8):578-A. doi: 10.2471/blt.08.055954
3. Comisión Nacional de Bioética. Guía Nacional de Integración y Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética. México: Secretaría de Salud/CONBIOÉTICA; 2015.
4. Secretaría de Salud. Enfermería y bioética. *Gaceta CONBIOÉTICA.* 2016;2(22). Disponible en: [https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/gaceta\\_conbioetica/Gaceta\\_22/Gaceta\\_22\\_Enfermeria.pdf](https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/gaceta_conbioetica/Gaceta_22/Gaceta_22_Enfermeria.pdf)
5. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. 28a Conferencia sanitaria panamericana. 64a sesión del Comité Regional. 2017. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/4457/CSP28-14-s.pdf?sequence=2>
6. Secretaría de Salud/CONBIOETICA. Guía Nacional de Integración y Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética. México: Secretaría de Salud/CONBIOETICA; 2015.
7. Ruiz de Chávez-Guerrero MH. Veinte años de bioética en México: desarrollo y perspectivas de la Comisión Nacional de Bioética. *Cir Cir.* 2014;82(6):699-708. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/662/66232466015.pdf>
8. Secretaría de Salud. Comités Hospitalarios de Bioética. *Gaceta CONBIOÉTICA.* 2017;7(26). Disponible en: [https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/gaceta\\_conbioetica/Gaceta\\_26/Gaceta-26-Celebracion\\_del\\_XXV\\_Aniversario.pdf](https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/gaceta_conbioetica/Gaceta_26/Gaceta-26-Celebracion_del_XXV_Aniversario.pdf)
9. Castillo-Fernández D. Dilemas bioéticos en la práctica clínica y el manejo del dolor crónico. *Medicina & Ética.* 2023;34(3). doi: 10.36105/mye.2023v34n3.03
10. Varkey B. Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. *Med Princ Pract.* 2021;30(1):17-28. doi: 10.1159/000509119
11. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México: Diario Oficial de la Federación; 2 de abril de 2014. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/>

12. Trujillo-Vizuet MG, Sánchez-González RA, Gómez-Cruz O, et al. Conocimiento de bioética en personal de salud en un hospital de tercer nivel de atención. *Horiz Sanitario*. 2023;22(1). Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-74592023000100131&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592023000100131&lng=es&nrm=iso)
13. Ávila-Ruíz T, Álvarez-Hernández A, González-Vázquez EA, et al. Conocimiento del concepto, comités y códigos de bioética en médicos residentes de la especialidad de traumatología y ortopedia. *Inv Ed Med*. 2021;10 (39):9-15.
14. Faraz A, Deyab AA, Alanzan A, et al. Assessing Medical Ethics Knowledge and Practice Among Healthcare Professionals in Al Majma'ah, Saudi Arabia. *Cureus*. 2024;16(2):e53676. doi: 10.7759/cureus.53676
15. Panadés-Zafra R, Amorós-Parramon N, Albiol-Perarnau M. Análisis de retos y dilemas que deberá afrontar la bioética del siglo XXI, en la era de la salud digital. *Aten Primaria*. 2024;56(7):102901.
16. Secretaría de Salud. Dilemas bioéticos al final de la vida. *Gaceta CONBIOÉTICA*. 2021;10(40). Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/914125/Gaceta\\_Num.\\_40\\_Dilemas\\_bioeticos\\_al\\_final\\_de\\_la\\_vida.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/914125/Gaceta_Num._40_Dilemas_bioeticos_al_final_de_la_vida.pdf)

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

Zamorano-Andres AE, Conde-Valencia E. Conocimiento en trabajadores de la salud: principios bioéticos y funcionamiento del comité hospitalario de bioética. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2026; 34(2):e1577. doi: 10.5281/zenodo.18715563

José Roberto Rodríguez-García<sup>1a</sup>, Andrea Alejandra Balderas-Ronquillo<sup>2b</sup>, Ana Martín Rojo-Villeda<sup>2c</sup>, Juan Pedro Horta-Sánchez<sup>3d</sup>,  
Ixchel Castro-Barroso<sup>4e</sup>

<sup>1</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona No. 3, Programa de Servicio Social de Enfermería. San Juan del Río, Querétaro, México

<sup>2</sup>Universidad Autónoma de Querétaro, Facultad de Enfermería, Campus San Juan del Río, Programa de Servicio Social. San Juan del Río, Querétaro, México

<sup>3</sup>Universidad Autónoma de Querétaro, Facultad de Enfermería, Campus San Juan del Río, Coordinación de Licenciatura de Enfermería. San Juan del Río, Querétaro, México

<sup>4</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona No. 3, Subjefatura de Enfermería en Educación. San Juan del Río, Querétaro, México

Aprobación Comité Local de Investigación en Salud No. 2201-NRIMSS-2024-2201-163

Doi: 10.5281/zenodo.18715601

### Resumen

#### ORCID

0009-0008-0214-6421<sup>a</sup>

0009-0008-1057-379X<sup>b</sup>

0009-0009-9281-8147<sup>c</sup>

0000-0002-4057-6106<sup>d</sup>

0009-0004-5587-6306<sup>e</sup>

#### Palabras clave (DeCS):

Cuidados Paliativos  
Personal de Enfermería  
Enfermo Terminal

#### Keywords (DeCS):

Palliative Care  
Nursing Staff  
Terminally Ill

#### Correspondencia:

Ixchel Castro Barroso

#### Correo electrónico:

ixchel.castrob@imss.gob.mx

#### Fecha de recepción:

07/08/2025

#### Fecha de aceptación:

14/01/2026

**Introducción:** los cuidados paliativos alivian el sufrimiento al final de la vida. El personal de enfermería desempeña un rol esencial en la provisión de los cuidados paliativos, ya que mantiene un contacto continuo y directo con los pacientes y sus familias.

**Objetivo:** describir el nivel de conocimientos básicos sobre cuidados paliativos del personal de enfermería en un hospital de segundo nivel.

**Metodología:** estudio transversal descriptivo con personal de enfermería de 3 servicios hospitalarios de todos los turnos laborales. Para evaluar el nivel de conocimientos, se empleó el cuestionario *Palliative Care Quiz for Nursing* (PCQN). Se procesó la información mediante estadística descriptiva.

**Resultados:** con base en el número de aciertos de cada dimensión del PCQN, en las dimensiones Filosofía y principios de los cuidados paliativos (51.4%) y Aspectos psicosociales de los cuidados paliativos (57.1%) la distribución fue similar con el menor número de aciertos, no así en la dimensión Control de dolor y otros síntomas (4.3%), en el rango de 2 a 3 aciertos.

**Conclusiones:** utilizar el cuestionario PCQN con personal de enfermería permitió obtener resultados que se alinean con la evidencia de nivel insuficiente de conocimientos básicos en cuidados paliativos.

### Abstract

**Introduction:** Palliative care relieves suffering at the end of life. Nursing staff carries out an essential role in the provision of palliative care, as they maintain continuous and direct contact with patients and their families.

**Objective:** To describe the level of basic knowledge about palliative care among nursing staff in a secondary-level hospital.

**Methodology:** A descriptive cross-sectional study was conducted with nursing staff from 3 hospital departments across all work shifts. The Palliative Care Quiz for Nursing (PCQN) was used to assess the level of knowledge. The information was processed using descriptive statistics.

**Results:** Based on the number of correct answers for each dimension of the PCQN, the distribution was similar in the dimensions of Philosophy and Principles of Palliative Care (51.4%) and Psychosocial Aspects of Palliative Care (57.1%), with the lowest number of correct answers; however, in the dimension of Pain and Other Symptom Control, 4.3% of staff answered correctly, with 2 to 3 correct answers.

**Conclusions:** Using the PCQN questionnaire with nursing staff produced results that align with the evidence of insufficient basic knowledge in palliative care.

## Introducción

Los cuidados paliativos constituyen un pilar fundamental de la atención médica. Su objetivo principal es mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias mediante el control del dolor y el abordaje integral de las necesidades fisiológicas, psicológicas, sociales y espirituales.<sup>1</sup> Su importancia radica en que no solo buscan aliviar el sufrimiento asociado a enfermedades avanzadas o potencialmente mortales, sino que también promueven una atención centrada en la persona a partir del respeto de su dignidad, sus valores y sus preferencias a lo largo del proceso de enfermedad.<sup>2</sup> Asimismo, los cuidados paliativos favorecen una comunicación efectiva entre el paciente, la familia y el equipo de salud, con lo que contribuyen a una toma de decisiones informada y a la reducción de intervenciones desproporcionadas que puedan incrementar el sufrimiento.<sup>3</sup>

En los últimos años, la necesidad de los cuidados paliativos ha aumentado de manera significativa debido al incremento de enfermedades crónicas y condiciones de salud complejas, especialmente en los entornos de cuidados críticos, donde los pacientes enfrentan situaciones clínicas de alta gravedad que demandan un enfoque integral de atención. A pesar de esta creciente necesidad, persiste una brecha importante entre la demanda de cuidados paliativos y su adecuada implementación en los distintos servicios de salud.<sup>4</sup>

Como parte del equipo multidisciplinario, el personal de enfermería desempeña un rol esencial en la provisión de cuidados y en particular de los cuidados paliativos, ya que mantiene un contacto continuo y directo con los pacientes y sus familias; esta cercanía permite identificar necesidades, planificar, ejecutar y evaluar intervenciones orientadas al alivio del sufrimiento. No obstante, se ha evidenciado que el conocimiento del personal de enfermería en cuidados paliativos suele ser insuficiente, lo que puede limitar significativamente la calidad de la atención brindada a los pacientes en estado crítico.<sup>2</sup> El resultado de esto se traduce en un manejo ineficaz del dolor y otros síntomas, dificultades en la comunicación con el paciente y la familia, así como en una limitada capacidad para reconocer y atender necesidades físicas, emocionales y espirituales.

De esta forma, un conocimiento insuficiente puede favorecer la adopción de intervenciones innecesarias o desproporcionadas que pueden prolongar el sufrimiento y afectar negativamente la experiencia del paciente al final

de la vida. Estas limitaciones no solo impactan en el bienestar del paciente, sino que también incrementan la carga emocional del personal de enfermería y pueden generar insatisfacción con la atención recibida por parte de los pacientes y sus familias.<sup>5</sup>

Uno de los principales desafíos para fortalecer el conocimiento del personal de enfermería en cuidados paliativos es la escasa formación formal en esta área.<sup>6</sup> Hay en referencia programas académicos que no incluyen contenidos suficientes sobre cuidados paliativos; asimismo, en las instituciones de salud se carece de estrategias de capacitación estructuradas, lo que contribuye a una comprensión limitada de estos cuidados entre los profesionales.<sup>7</sup>

Cabe señalar que el conocimiento insuficiente se ve reforzado por el contexto hospitalario, en el cual predomina un enfoque curativo y centrado en intervenciones terapéuticas, lo que resta importancia en la práctica de los cuidados paliativos; dicha situación disminuye la posibilidad de mejorar el bienestar de los pacientes en situación terminal,<sup>8</sup> debido a una atención paliativa inadecuada que incrementa el sufrimiento y disminuye la satisfacción con la atención recibida.<sup>9</sup>

En este sentido, la importancia de identificar las necesidades de capacitación del personal de enfermería como fuerza mayoritaria en la provisión de los cuidados paliativos significa una posibilidad estratégica para mejorar la práctica de los cuidados paliativos.<sup>10</sup> Derivado de lo anterior, el propósito del presente estudio fue describir el nivel de conocimientos básicos sobre cuidados paliativos del personal de enfermería para el paciente en situación terminal en un hospital de segundo nivel de atención.

## Metodología

Estudio transversal descriptivo realizado en un hospital de segundo nivel de atención ubicado en San Juan del Río, Querétaro, México.

Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia por la condición de que en los servicios hospitalarios seleccionados predominan los pacientes en estado crítico y con requerimientos de cuidados paliativos. La muestra se conformó con el total de personal de enfermería ( $n = 97$ ) adscrito a los servicios de Medicina Interna, Cirugía General y Urgencias de todos los turnos laborales. Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó el cálculo para poblaciones finitas y se obtuvo una muestra representativa de 70 profesionales de enfermería de los servicios antes mencionados.

Se incluyó a personal de enfermería que se encontraba en los servicios seleccionados durante la aplicación del cuestionario *Palliative Care Quiz for Nursing* (PCQN, ver en el Anexo), instrumento validado a escala internacional que permite medir los conocimientos básicos en cuidados paliativos de enfermería relacionados con el manejo del dolor, el control de síntomas y los principios fundamentales de la atención paliativa.<sup>11</sup>

Se incluyó al personal de enfermería que aceptó participar y firmó el consentimiento informado, con formación académica de nivel técnico, licenciatura y maestría en enfermería. No se incluyeron los cuestionarios PCQN contestados de forma incompleta ni los del personal que revocó su consentimiento de participación para la continuidad de la investigación.

Para la recolección de los datos, se buscaron los espacios de tiempo propicios en la dinámica de los servicios hospitalarios, con la finalidad de informar a los participantes sobre los objetivos y la importancia del estudio. El cuestionario requirió un tiempo promedio de respuesta de 10 minutos.

### **Instrumento de medición: Palliative Care Quiz for Nursing**

El PCQN fue elaborado y validado por profesores de la Universidad de Ottawa (Ross, McDonald, McGuinness, 1996) y adaptado al idioma español por Chover-Sierra<sup>11</sup> en 2018.

La utilización del PCQN permite obtener información cuantitativa objetiva y estandarizada sobre conocimientos clave como el manejo del dolor, el control de síntomas y los principios de atención al paciente terminal. Su aplicación en la población de enfermería facilita la identificación de áreas de fortaleza y de oportunidad, lo cual aporta evidencia relevante para diseñar estrategias de formación profesional y de capacitación continua para mejorar la calidad de la atención paliativa de los pacientes en los hospitales.

El cuestionario evalúa 3 importantes dimensiones de los cuidados paliativos: I) Filosofía y principios de los cuidados paliativos, II) Aspectos psicosociales de los cuidados paliativos, III) Control del dolor y otros síntomas. El PCQN es un instrumento que consta de 20 ítems de opción dicotómica (verdadero/falso), dado que las variables analizadas admiten respuestas binarias, lo que favorece una medición objetiva y un análisis eficiente de los datos.

La validez de contenido global (CVI = 0.83) asegura que los ítems representan adecuadamente los conceptos

esenciales de los cuidados paliativos. La consistencia interna del instrumento fue evaluada mediante el coeficiente alfa de Cronbach y la fórmula 20 de Kuder-Richardson (KR-20), seleccionados de acuerdo con la naturaleza de las escalas empleadas. La validez interna alfa de Cronbach fue de 0.64 y el coeficiente KR-20 de 0.78. Considerando que una consistencia interna aceptable se sitúa entre 0.75 y 0.90, los valores obtenidos indicaron un nivel adecuado de confiabilidad. En conjunto, estos hallazgos respaldan la utilización del instrumento en estudios descriptivos y comparativos en contextos clínicos y educativos.<sup>12</sup>

A cada respuesta correcta se asignó el valor de 1 punto, con lo que resultaría el 100% al total de respuestas correctas. Las categorías por el total de puntos obtenidos de respuestas correctas de cada participante fueron: conocimientos nivel bajo (0-10), conocimientos nivel moderado (11-15) y conocimientos nivel alto (16-20), criterios definidos para el presente estudio.

Para el proceso de análisis se realizó la captura y análisis de los datos en el programa computacional IBM SPSS Statistics, versión 26. Se elaboraron cuadros de estadística descriptiva con la presentación de frecuencias y proporciones para describir de manera clara y sistemática los niveles de conocimientos básicos del personal de enfermería en cuidados paliativos.

El proyecto de investigación fue evaluado por el Comité de Investigación y el Comité de Ética de la Universidad Autónoma de Querétaro, posteriormente autorizado por el Comité de Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

El proceso de la investigación se fundamentó bioéticamente con el Código de Núremberg,<sup>13</sup> la Declaración de Helsinki<sup>14</sup> y los artículos 17 y 100 de la Ley General de Salud en materia de Investigación,<sup>15</sup> en donde se garantizó la confidencialidad, el anonimato y la voluntariedad de los participantes.

### **Resultados**

Del total de participantes 74.3% fueron mujeres, el 25.7% se ubicó en el rango de edad de 25 a 29 años y el 24.3% de 30 a 34 años. En cuanto a la formación académica, el grado de licenciatura ocupó el 55.7% y técnico universitario el 30% de los participantes. Fue relevante que el 38.6% y 30% del personal se ubicó entre 5 a 9 años y de 0 a 4 años de antigüedad laboral, respectivamente. Casi la mitad se desempeñaba en el servicio de Urgencias (48.6%) y en Medicina Interna el 34.3% (cuadro I).

**Cuadro I Características del personal de enfermería participante (n = 70)**

Género	n	%
Hombre	18	25.7
Mujer	52	74.3
Edad (años)		
20-29	4	5.7
25-29	18	25.7
30-34	17	24.3
35-39	12	17.1
40-44	8	11.4
45-49	7	10
≥ 50	4	5.7
Formación académica		
Técnico en enfermería	21	30.0
Licenciatura en enfermería	39	55.7
Especialidad de enfermería	6	8.6
Maestría en enfermería	4	5.7
Antigüedad laboral (años)		
0 a 4	21	30.0
5 a 9	27	38.6
10 a 14	5	7.1
15 a 19	11	15.7
≥ 20	6	8.6
Servicio de hospitalización		
Medicina Interna	24	34.3
Urgencias	34	48.6
Cirugía General	12	17.1

Fuente: elaboración propia

En cuanto a la formación sobre cuidados paliativos, el 61.4% de los participantes refirió no haber recibido información sobre este tópico. En los últimos 5 años, el 74.3% del personal refirió no haber recibido capacitación o actualización mediante ponencia o taller. Respecto a la experiencia en el ámbito de los cuidados paliativos, el 70% del personal refirió no tener experiencia profesional acerca de la aplicación práctica de los cuidados paliativos (cuadro II).

Con base en el número de aciertos por el número de preguntas que conforman cada dimensión del PCQN, en las 2 primeras dimensiones la distribución fue similar con el menor número de aciertos. En la dimensión Filosofía y principios de los cuidados paliativos con 51.4% y Aspectos psicosociales de los cuidados paliativos con 57.1%, la distribución fue similar, a diferencia de la dimensión de Control de dolor y otros síntomas, que tuvo el 4.3% en el rango de 2 a 3 aciertos. En esta misma dimensión, el mayor número de aciertos se concentró con el 95.7% en los rangos de 4 a 5 (25.7%), 6 a 7 (42.9%) y 8 a 9 (27.1%) (cuadro III).

Respecto al nivel de conocimientos básicos del personal de enfermería en cuidados paliativos, fue bajo en 64.7% y 83.3% en los servicios de Urgencias y Cirugía General, respectivamente, y en el servicio de Medicina Interna el nivel fue moderado con 66.6%. Cabe señalar la diferencia en el número de personal de enfermería encuestado por servicio, así como la necesidad de la capacitación del personal de enfermería en dichos servicios en cuidados paliativos, tan solo por la proporción de personal de enfermería con nivel bajo en conocimientos básicos (cuadro IV).

En la figura 1 se muestra que el 57% del personal de enfermería tuvo un nivel bajo en conocimientos básicos en cuidados paliativos (0 a 10 respuestas correctas) con respecto al 43% en nivel moderado de conocimientos básicos (11 a 15 respuestas correctas).

## Discusión

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto una brecha formativa relevante en un contexto sanitario con alta demanda de atención paliativa, lo que sugiere la necesidad de fortalecer los procesos de formación y actualización profesional.

En relación con esto, Hiciano *et al.*<sup>16</sup> evaluaron el nivel de conocimientos en cuidados paliativos con 388 enfermeras de la región de Murcia y el nivel de conocimientos fue bajo en 65.7% y el nivel medio tuvo 34.3%.

De acuerdo con lo obtenido por Montero *et al.*<sup>17</sup> con la aplicación del cuestionario PCQN en 20 enfermeras del Hospital General de Querétaro, el nivel de conocimientos fue insuficiente en el 95% de las participantes. Este hallazgo revela la falta de competencias en cuidados paliativos, y, en consecuencia, una limitante en la capacidad del personal de enfermería para brindar atención segura, ética y centrada en el paciente, especialmente en escenarios clínicos complejos. En correspondencia con lo anterior, Jiménez y Ramos<sup>18</sup> reportaron un 56.6% de aciertos con base en el cuestionario PCQN, lo que indica un conocimiento insuficiente sobre cuidados paliativos; lo anterior fue similar al 56.9% de aciertos reportado por Sesma *et al.*<sup>19</sup> como un nivel básico de conocimientos.

En conjunto, estos estudios evidencian una tendencia persistente hacia niveles bajos o insuficientes de conocimientos en cuidados paliativos, lo cual refuerza la necesidad de implementar estrategias educativas estructuradas que no solo actualicen los contenidos teóricos, sino que también promuevan el desarrollo de habilidades prácticas y el fortalecimiento del juicio clínico.

**Cuadro II Formación, actualización y experiencia del personal de enfermería sobre los cuidados paliativos (n = 70)**

Pregunta	Opción	n	%
¿Ha recibido formación en cuidados paliativos?	Sí	27	38.6
	No	43	61.4
¿Ha recibido esta formación en los últimos 5 años?	Sí	18	25.7
	No	52	74.3
¿Tiene experiencia en el ámbito de los cuidados paliativos?	Sí	21	30.0
	No	49	70.0

Fuente: elaboración propia

**Cuadro III Conocimientos básicos del personal de enfermería por dimensiones del Cuestionario *Palliative Care Quiz for Nurses* (n = 70)**

Dimensión	Descripción	Conocimientos básicos		
		Número de aciertos	n	%
Filosofía y principios de los cuidados paliativos	4 preguntas	0-2	36	51.4
		3-4	34	48.6
Aspectos psicosociales de los cuidados paliativos	3 preguntas	0-1	40	57.1
		2-3	30	42.9
Control del dolor y otros síntomas	13 preguntas	2-3	3	4.3
		4-5	18	25.7
		6-7	30	42.9
		8-9	19	27.1

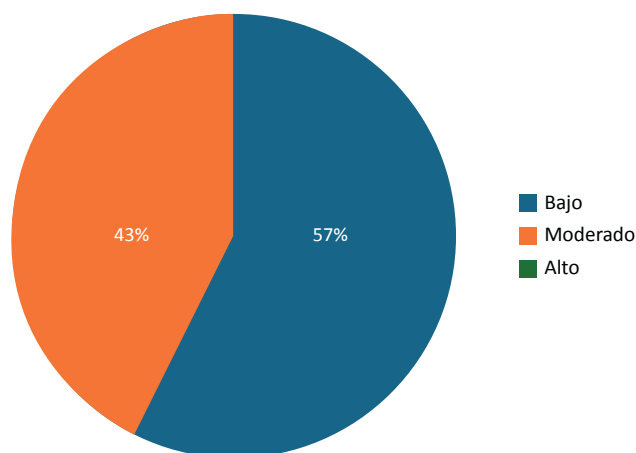
Fuente: elaboración propia

**Cuadro IV Nivel de conocimientos básicos del personal de enfermería en cuidados paliativos por servicio de hospitalización (n = 70)**

	Nivel	Servicio de hospitalización		
		Medicina Interna (n = 24)	Urgencias (n = 34)	Cirugía General (n = 12)
Conocimientos básicos en cuidados paliativos	Bajo	8 (33.4%)	22 (64.7%)	10 (83.3%)
	Moderado	16 (66.6%)	12 (35.3%)	2 (16.6%)

Fuente: elaboración propia

**Figura 1 Nivel de conocimientos básicos en general del personal de enfermería en cuidados paliativos (n = 70)**



Fuente: elaboración propia

A pesar de los anteriores resultados, se han reportado desenlaces distintos como el de Yescas y Ángeles,<sup>20</sup> que con personal de enfermería de un hospital de segundo nivel de atención presentaron conocimientos en cuidados paliativos en nivel moderado (60%) y nivel bajo (27%). De forma similar, Vargas *et al.*<sup>21</sup> reportaron que el 56.7% de los participantes alcanzó nivel medio de conocimientos y 37.9% nivel alto. Estos hallazgos sugieren que bajo determinadas condiciones institucionales y formativas es posible alcanzar niveles de conocimiento más favorables.

Asimismo, Álvarez<sup>22</sup> reportó que el 56.7% del personal de enfermería del Hospital Militar Central del Perú presentó un nivel alto de conocimientos en cuidados paliativos y Basurto *et al.*<sup>23</sup> reportaron al 76.9% con un nivel alto y solo 15.4% con un nivel medio. Al evaluar a 40 enfermeras del Hospital General de Celaya, Ortega *et al.*<sup>24</sup> encontraron un

65.5% de respuestas correctas, lo cual se interpreta como un nivel de conocimiento susceptible de mejora.

Cabe señalar que Vásquez y Coronel<sup>25</sup> identificaron que el 89% de los participantes presentó un nivel alto de conocimientos, y el estudio cuasi experimental de Ramón<sup>26</sup> evidencia el impacto positivo de intervenciones educativas estructuradas.

En conjunto, estos hallazgos contrastantes ponen de manifiesto las diferencias en el nivel de conocimientos básicos en cuidados paliativos del personal de enfermería situado en diversos escenarios institucionales y contextos. En este sentido hay que considerar la posible influencia de factores como el acceso a programas de educación continua, la experiencia profesional, la formación académica previa y las políticas institucionales de capacitación.

En esta lógica, se hace imprescindible fortalecer el currículo formativo y establecer programas de capacitación permanente en los servicios de hospitalización, a fin de garantizar una atención integral, ética y humanizada a los pacientes en situación terminal y a sus familias.

## Conclusiones

Los cuidados paliativos constituyen un componente crucial dentro de la atención médica, ya que su principal objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes que sufren de enfermedades graves o terminales, cuyo pronóstico limita su expectativa y calidad de vida.

Utilizar el cuestionario PCQN con personal de enfermería permitió obtener resultados que se alinean con la evidencia de nivel insuficiente de conocimientos básicos en cuidados paliativos.

El dominio limitado de los principios y prácticas de los cuidados paliativos restringe la capacidad de respuesta clínica y reduce las oportunidades de ofrecer un acompañamiento digno y centrado en la persona; también afecta el control de síntomas, la comunicación terapéutica, la toma de decisiones clínicas y el acompañamiento integral del paciente y su familia.

Los cuidados paliativos implican una atención holística que abarca el manejo físico de los síntomas y las dimensio-

nes emocional, social y espiritual del paciente y de su familia, lo cual implica que el personal de enfermería cuente con una preparación sólida para desempeñarse eficazmente en este ámbito.

## Recomendaciones

Se propone la implementación de estrategias formativas sostenidas que incluyan la capacitación específica en cuidados paliativos.

Asimismo, hay que desarrollar proyectos de investigación cuasiexperimental con base en el diseño, la implementación y la evaluación de intervenciones, con instrumentos validados como el cuestionario PCQN. El propósito de esto es medir el impacto del nivel de conocimientos teóricos y prácticos y aportar la suficiente evidencia empírica para fundamentar decisiones académicas y administrativas para:

- Diseñar planes de mejora enfocados en actualizar los contenidos curriculares de programas académicos y guiar el desarrollo de políticas institucionales orientadas a fortalecer la atención paliativa.
- Visibilizar la necesidad de incorporar el enfoque paliativo desde etapas tempranas de la formación profesional y durante la práctica clínica continua.
- Mejorar los ambientes laborales en cuanto a la carga de trabajo del personal de enfermería, su participación en actividades formativas y espacios institucionales para implementar programas de educación continua y rotación frecuente del personal, a fin de favorecer la continuidad del aprendizaje y la aplicación práctica de los conocimientos adquiridos.
- Fomentar una cultura de educación permanente e investigación aplicada en cuidados paliativos, lo cual resulta esencial no solo para el fortalecimiento del conocimiento teórico, sino también para su efectiva implementación en la práctica clínica de enfermería.
- Reducir la brecha de conocimiento a partir de una formación estructurada, investigación activa y estrategias educativas innovadoras, cuestión que constituye un paso clave hacia una atención más eficaz, empática y centrada en la persona.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Cuidados Paliativos. Datos y Cifras. Ginebra: OMS; 20 de agosto de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
2. López M. Nivel de Conocimiento en Cuidados Paliativos de Médicos

- y Enfermeras: Validación Transcultural de una Herramienta de Evaluación (tesis doctoral). Universidad de Málaga; 2021. Disponible en: [https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/24197/TD\\_LOPEZ\\_GARCIA\\_Monica.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/24197/TD_LOPEZ_GARCIA_Monica.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
3. García-Espinosa P. Cuidados paliativos, su importancia y falta de diseminación en el pregrado de medicina. *Salud Publica Mex.* 2021;63(6):827-8. doi: 10.21149/13127
  4. Peña-Marcial E, Diaz-Marcelo JS, Reyna-Ávila L, et al. Ansiedad y nivel de conocimiento en cuidados paliativos en estudiantes de Guerrero. *Rev. Cienc. Cuidad.* 2022;19(1):57-70. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/3093>
  5. Bergman TD, van der Plas AGM, Pasman HRW, et al. Awareness and Actual Knowledge of Palliative Care Among Older People: A Dutch National Survey. *J Pain Symptom Manage.* 2023;66(3):193-202.e2. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2023.05.005
  6. Guevara M, Santos J, Santos I, et al. Conocimiento de enfermería sobre cuidados paliativos en centros de primer y segundo nivel de atención para la salud. *Revista CONAMED.* 2017; 22(4):170-3. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2017/con174d.pdf>
  7. Oliveira M, Paganini M. Cuidados paliativos y limitación del soporte de vida en cuidados intensivos. *Rev. Bioét.* 2020;27(4):699-710. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/yHcNtCvdcw6wQp8rPRKrQjK/?lang=es&format=pdf>
  8. Calderón F. Cuidados paliativos de enfermería al paciente en estado crítico en la unidad de cuidados intensivos del hospital general regional no. 1 "Vicente Guerrero" IMSS Acapulco (tesis de especialidad). Universidad Autónoma de Guerrero. CONACYT. 2019. 9-62. Disponible en: [http://ri.uagro.mx/bitstream/handle/uagro/2010/10162746\\_TE\\_19.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://ri.uagro.mx/bitstream/handle/uagro/2010/10162746_TE_19.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  9. López-Sánchez JR. Encuesta de actitudes y conocimientos médicos en el manejo paliativo hospitalario. *Rev. Cienc. Salud.* 2016; 14:53-61. Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/4592>
  10. Cruz A, Gallegos RM: El cuidado paliativo en la práctica de Enfermería: una revisión narrativa. *Revista Salud y Cuidado.* 2022;1(3):86-100.
  11. Chover-Sierra ME. Adaptación y validación de la versión en español del cuestionario Palliative Care Quiz for Nurses (PCQN): análisis del nivel de conocimientos en cuidados paliativos de estudiantes y profesionales de enfermería españoles. Tesis. España: Universitat de València; 2019.
  12. Durán-Pérez FB, Lara-Abad GE. Aplicación del coeficiente de confiabilidad de Kuder Richardson en una escala para la revisión y prevención de los efectos de las rutinas formadas durante el periodo de confinamiento a partir de la identificación del seguimiento de medidas de seguridad, de comida y de descanso. *Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula.* 2021;8(15):51-5.
  13. Comisión Nacional de Bioética. Código de Núremberg. México: Secretaría de Salud.
  14. Comisión Nacional de Bioética. Declaración de Helsinki de la AMM: principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. México: Comisión Nacional de Bioética.
  15. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México: Diario Oficial de la Federación; 2014. Disponible en: [https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf)
  16. Hiciano G, Jover M, Martínez L. Nivel de conocimientos en cuidados paliativos de las enfermeras: un estudio descriptivo en el Área de Salud VII de la Región de Murcia. *Med Paliat.* 2020;27(2):74-81.
  17. Uranga-Montero C, Ruiz-Gonzalez E, Palomé-Vega G. Nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos del personal de enfermería en un hospital de segundo nivel. *ESI Preprints.* 2023; 19(12):17; doi: 10.19044/esj.2023.v19n12p17
  18. Jiménez-Cortés R, Ramos-Sánchez A. Conocimientos en cuidados paliativos de los profesionales de Enfermería: valoración de App (herramienta de trabajo). *Conocimiento Enfermero.* 2022;5(18): 35-63.
  19. Sesma-Mendoza A, Aranguren-Sesma M, Estraviz-Pardo F, et al. Conocimientos de las enfermeras acerca de los cuidados paliativos en un área de críticos. *Enferm Intensiva.* 2022;33(4):197-205; Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-conocimientos-enfermeras-acerca-cuidados-paliativos-S1130239922000244>
  20. Yescas-Vidal CB, Ángeles-Salinas N. Actitudes y conocimientos del personal de enfermería en la aplicación de los cuidados paliativos dentro de las unidades de terapia intensiva e intermedia adultos del HRAEI (tesis de licenciatura). Universidad Autónoma del Estado de México; 2022. Disponible en: <https://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/113272>
  21. Vargas-Cotarma AI, Jurado-Felix JM, Calle Jacinto de Guillen JE. Conocimiento sobre cuidados paliativos de los profesionales de enfermería de un hospital de Lima. *Rev Enferm Herediana* 2025; 18:e6037. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/6037>
  22. Álvarez-Alarcon G. Conocimiento del enfermero sobre cuidados paliativos en el paciente con cáncer terminal en el Hospital Militar Central (tesis de grado). Perú: Universidad César Vallejo; 2019. Disponible en: [https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCVV\\_89a18c0442009b84bff3ba50e850aa87](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCVV_89a18c0442009b84bff3ba50e850aa87)
  23. Basurto-Valdez A, Jiménez-Castro S. Nivel de conocimientos de las enfermeras en cuidados paliativos en una red asistencial. Perú: Universidad César Vallejo; 2024. Disponible en: [https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCVV\\_8582281ed77d52000d78b81dfb64c64a](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCVV_8582281ed77d52000d78b81dfb64c64a)
  24. Ortega-Guerrero D, Ortega-Cantero JA, Guerrero-Castañeda RF. Conocimientos sobre cuidados paliativos en un grupo de enfermeras en México. *Rev Colomb Enferm.* 2019;18(1):8 Disponible en: <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/view/2368>
  25. Vasquez-Ugas L, Coronel-Bravo N. Conocimiento del profesional de enfermería respecto a cuidados paliativos en los servicios de oncología y medicina interna en un hospital de Chiclayo (tesis). Perú: Universidad Nacional Pedro Gallo; 2024. Disponible en: <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/12943>
  26. Ramón-Bruto M, Bonilla-Sierra P. Cuidados paliativos en el Centro de Salud El Paraíso. Tesis. Ecuador: Universidad Técnica Particular de Loja; 2022. Disponible en: <https://dspace.utpl.edu.ec/handle/20.500.11962/29484>
- .....
- Cómo citar este artículo/To reference this article:**
- Rodríguez-García JR, Balderas-Ronquillo AA, Ana Martín Rojo-Villeda. Cuidados paliativos para el paciente en situación terminal: conocimientos básicos del personal de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2026;34(2):e1579. doi: 10.5281/zenodo.18715601

**ANEXO**  
**CUESTIONARIO PALLIATIVE CARE QUIZ FOR NURSING (PCQN)**

<b>CUESTIONARIO SOBRE LOS CONOCIMIENTOS DE ENFERMERÍA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS (PCQN)</b>		
<b>Por favor, señale con una "X" su respuesta en estas 20 preguntas relacionadas con conceptos básicos sobre Cuidados Paliativos.</b>		
	<b>Verdadero</b>	<b>Falso</b>
1. Los cuidados paliativos son apropiados sólo en situaciones en las que hay evidencia de empeoramiento o deterioro de la situación clínica.		
2. La morfina es el estándar utilizado para comparar el efecto analgésico de otros opioides.		
3. La extensión de la enfermedad determina el método de tratamiento para el dolor.		
4. Las terapias adyuvantes son importantes en el manejo de dolor.		
5. Es esencial para los miembros de la familia permanecer al lado del enfermo hasta su fallecimiento.		
6. Durante los últimos días de vida, la somnolencia asociada al desequilibrio electrolítico puede disminuir la necesidad de sedación.		
7. La adicción es un gran problema cuando se usa morfina como base del tratamiento para el manejo de dolor a largo plazo.		
8. Los individuos que toman opioides deberían de seguir un tratamiento con laxantes.		
9. Para proporcionar cuidados paliativos es necesario establecer un distanciamiento emocional.		
10. Durante las fases finales de una enfermedad, los fármacos que pueden causar depresión respiratoria son apropiados para tratar disnea severa.		
11. Los hombres, generalmente, resuelven su duelo más rápido que las mujeres.		
12. La filosofía de los cuidados paliativos es compatible con tratamientos activos.		
13. El uso de placebos es apropiado en el tratamiento de algunos tipos de dolor.		
14. A dosis altas, la codeína causa más náuseas y vómitos que la morfina.		
15. Sufrimiento y dolor físico son sinónimos.		
16. El demerol no es un analgésico efectivo en el control del dolor crónico.		
17. La acumulación de pérdidas de pacientes hace que el síndrome de <i>burnout</i> sea inevitable para los profesionales que trabajan en cuidados paliativos.		
18. Las manifestaciones de dolor crónico son diferentes que las del dolor agudo.		
19. La pérdida de alguien con quien se tiene una relación distante o conflictiva es más fácil de resolver que la de alguien con quien se tiene una relación más cercana o íntima.		
20. El umbral de dolor se ve reducido por la ansiedad o la fatiga.		

# Prescripción potencialmente inapropiada de medicamentos en personas adultas mayores con polifarmacia de una unidad de medicina familiar

Investigación  
Vol. 34  
Núm. 2

## Potentially inappropriate prescribing of medications in elderly adults with polypharmacy in a family medicine unit

Julia Fuentes-Bravo<sup>1a</sup>, Itza Luna-Armenta<sup>2b</sup>, Anel Gómez-García<sup>3c</sup>, Brenda Poullette Morales-Hernández<sup>2d</sup>

<sup>1</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona No. 2, Programa de Residencia de Especialidad de Medicina Familiar. Zacapu, Michoacán, México

<sup>2</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona No. 2, Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud. Zacapu, Michoacán, México

<sup>3</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro de Investigación Biomédica de Michoacán. Morelia, Michoacán, México

Aprobado por el Comité Local de Ética e Investigación en Salud del IMSS R-2024-1603-003

Doi: 10.5281/zenodo.18715613

### ORCID

0009-0008-5433-7633<sup>a</sup>

0009-0001-1398-2934<sup>b</sup>

0000-0002-9158-1095<sup>c</sup>

0000-0002-0632-2815<sup>d</sup>

### Palabras clave (DeCS):

Prescripción Inadecuada

Polifarmacia

Adulto Mayor

### Keywords (DeCS):

Inappropriate Prescribing

Polypharmacy

Aged

### Correspondencia:

Brenda Poullette Morales Hernández

### Correo electrónico:

bpmh13@hotmail.com

### Fecha de recepción:

27/08/2025

### Fecha de aceptación:

15/01/2026

## Resumen

**Introducción:** en México la polifarmacia es frecuente en el 55% de las personas adultas mayores, con un incremento del riesgo de prescripción potencialmente inadecuada. Esta situación es preocupante por los efectos secundarios que conlleva.

**Objetivo:** determinar la prevalencia de prescripción de medicamentos potencialmente inapropiada en personas adultas mayores con polifarmacia.

**Metodología:** estudio transversal analítico con 372 pacientes de la Consulta Externa de Medicina Familiar, del total de 11,719 adultos mayores con polifarmacia, que aceptaron participar en el estudio. Se utilizaron los Criterios de Beers para determinar la prescripción inapropiada de medicamentos. El análisis de datos se hizo con estadística descriptiva, riesgo relativo (RR) y prueba chi cuadrada para asociación de variables con valor significativo ( $p < 0.05$ ).

**Resultados:** la mediana de edad fue de 73.5 años (rango intercuartílico [RIC] 65-98), enfermedades por paciente 2 (RIC 1-8) y 6 fármacos prescritos por receta. La prevalencia global de prescripción inapropiada de medicamentos (PIM) fue de 65.6% ( $n = 244$ ); la prescripción de medicamentos más frecuente fue para control del dolor (39%) e inhibidores de bomba de protones (15.3%).

**Conclusiones:** se determinó una alta prevalencia de PIM en los adultos mayores con polifarmacia, por lo que es de importancia brindar tratamiento farmacológico específico e indicado por la edad y las comorbilidades del paciente.

## Abstract

**Introduction:** In Mexico, polypharmacy is common in 55% of older adults, with an increase in the risk of potentially inappropriate prescribing. This situation is concerning due to the associated side effects.

**Objective:** To determine the prevalence of potentially inappropriate medication prescribing in older adults with polypharmacy.

**Methodology:** An analytical cross-sectional study was conducted with 372 patients from the Family Medicine Outpatient Clinic, out of a total of 11,719 older adults with polypharmacy, who agreed to participate in the study. The Beers Criteria were used to determine inappropriate medication prescribing. Data analysis was performed using descriptive statistics, relative risk (RR), and chi-square test for statistically significant association between variables ( $p < 0.05$ ).

**Results:** Median age was 73.5 years (interquartile range [IQR] 65-98), median number of diseases per patient 2 (IQR 1-8), and median number of medications prescribed per prescription 6. The overall prevalence of inappropriate medication prescribing (IMP) was 65.6% ( $n = 244$ ). The most frequently prescribed medications were for pain management (39%) and proton pump inhibitors (15.3%).

**Conclusions:** A high prevalence of IMP was found in older adults with polypharmacy, which is why it is important to provide specific pharmacological treatment indicated by the patient's age and comorbidities.



## Introducción

Las personas adultas mayores son consideradas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como personas de 65 años o más<sup>1</sup> que sufren cambios y deterioros fisiológicos, así como un mayor número de enfermedades que predisponen al incremento en el consumo de fármacos, lo que afecta su biodisponibilidad e incrementa el riesgo subsecuente de presentar reacciones adversas a medicamentos (RAM) e interacciones farmacológicas.<sup>2</sup>

La prescripción inapropiada de medicamentos (PIM) en los adultos mayores es un problema de salud pública, ya que se prescriben de manera concomitante varios fármacos con mecanismos de acción similar, lo que incrementa el riesgo de efectos adversos y reacciones secundarias.<sup>3</sup> Esto está relacionado con mayor mortalidad y costos sanitarios, al superar el costo de la terapia realmente necesaria.<sup>4</sup>

Por lo tanto, la *polifarmacia* se define como “el consumo generalmente mayor a cuatro fármacos al día” que incrementa con la edad del paciente, comorbilidades, disponibilidad de fármacos en cuadro básico de medicamentos y farmacia.<sup>5</sup> Algunos autores describen que la polifarmacia incrementa la mortalidad de manera independiente en adultos mayores, mientras que otros reportan la ausencia de dicho efecto.<sup>6,7</sup>

Entre otros problemas relacionados con la polifarmacia, se incluye el aumento de la PIM, la cual a su vez puede ocasionar interacciones farmacológicas, peor adherencia al tratamiento y el potencial incremento de hospitalizaciones, mortalidad, entre otros.<sup>8,9</sup> En la actualidad se conoce que la PIM en México es variable y se estima que puede abarcar desde 19 a 80%, dependiendo el área donde se realice el estudio.<sup>10,11</sup>

Hay diferentes criterios para determinar la PIM, entre ellos los Criterios de Beers, creados en 1991 con la finalidad de enlistar los medicamentos potencialmente inapropiados en los adultos mayores. Estos criterios han tenido múltiples validaciones en distintos países, como el caso de la adaptación para Argentina en el año 2022,<sup>12</sup> en la que se validó un listado de medicamentos similar con el que se cuenta en el cuadro básico de medicamentos en México, los cuales se sugieren evitar o usar con precaución en dicha población.<sup>13,14</sup>

Actualmente, se sabe que la PIM se asocia con mayor riesgo de efectos adversos,<sup>15,16</sup> por lo que el objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia de la PIM en personas adultas mayores que son atendidas en la Consulta Externa del Hospital General de Zona con

Medicina Familiar No. 2 de Zacapu Michoacán. Ante el porcentaje elevado de personas mayores con polifarmacia se espera contribuir con evidencia científica para una prescripción racional y segura en la población geriátrica, reducir los riesgos y mejorar la calidad de vida.

## Metodología

Estudio transversal analítico realizado con 372 personas adultas mayores atendidas en la Consulta Externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Zacapu, Michoacán.

El tamaño de muestra se calculó con la fórmula para población finita, intervalo de confianza 95% (IC 95%), error máximo permitido 5% y proporción esperada del 50%, con base en el total de la población geriátrica con polifarmacia de 11,719 personas.

Se incluyeron los adultos mayores de ambos sexos con polifarmacia que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado. Cabe señalar que el término *polifarmacia* se utilizó para referir el uso concomitante de múltiples medicamentos por un mismo paciente, que por lo general fue de más de 4 medicamentos al día.<sup>5</sup> Aquellos pacientes derechohabientes y adscritos a otra unidad hospitalaria no se incluyeron y lo mismo ocurrió con los pacientes con cuestionarios incompletos o que no desearon continuar con el estudio.

Se estudiaron variables sociodemográficas como sexo, edad y estado civil (clasificado de acuerdo con la legislación mexicana), así como variables clínicas: patologías concomitantes, tiempo de evolución, número de fármacos que ingería y tiempo de ingesta, recabado todo en una hoja de recolección de datos diseñada ex profeso.

Se utilizaron los Criterios de Beers (creados por Mark Howard Beers en 1991), los cuales cuentan con múltiples validaciones, una de ellas la adaptación de los Criterios de Beers para Argentina en 2022,<sup>12</sup> en la que se enlista una serie de fármacos similar al cuadro básico de medicamentos del IMSS y de otras instituciones de salud en México. En dichos criterios, se enlista una serie de 99 fármacos que deben ser evitados o utilizados con precaución debido a los efectos secundarios que pueden producir en los adultos mayores. Estos fármacos se agrupan de acuerdo con la clasificación terapéutica o por sistema de órganos en los que actúan como inhibidores de bomba de protones, fármacos para el dolor, anticolinérgicos, antiinfecciosos, antihistamínicos de primera generación, o enfocados

en los sistemas genitourinario, circulatorio, cardiovascular, nervioso central, endócrino, gastrointestinal.

Para la recolección de información, se capacitó a una médica residente de la Especialidad de Medicina Familiar en el uso correcto de los Criterios de Beers con la asesoría de la médica geriatra de dicha unidad hospitalaria. Esta médica residente cotejó el listado de medicamentos recetados a cada uno de los adultos mayores que acudían a la farmacia para surtir sus recetas otorgadas por el médico familiar. De esta forma, se identificaron los medicamentos con PIM en conjunto con el paciente mediante interrogatorio directo y las patologías concomitantes.

Para determinar la distribución normal de los datos se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov. El análisis estadístico incluyó uso de frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y medias con desviación estándar (DE) para las variables numéricas continuas paramétricas y para las no paramétricas mediana y rango intercuartílico (RIC). Además, se aplicó la prueba chi cuadrada para analizar asociaciones entre las variables categóricas, con un nivel de significación de  $p < 0.05$  y se calculó riesgo relativo (RR) para comparar la probabilidad de que un evento ocurriera en un grupo con respecto a otro. Los datos se analizaron con el programa computacional SPSS versión 23.0 para Windows.

Este trabajo fue aprobado por el Comité Local de Ética e Investigación en Salud del IMSS (R-2024-1603-003) y se llevó a cabo de acuerdo con la Declaración de

Helsinki, el Código de Núremberg y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. La investigación fue clasificada como de riesgo mínimo, dado que los procedimientos realizados fueron no invasivos y consistieron en la aplicación de cuestionarios y la recopilación de datos clínicos rutinarios.

Finalmente, todos los participantes del estudio aceptaron colaborar voluntariamente, previa información sobre los objetivos e implicaciones de su participación.

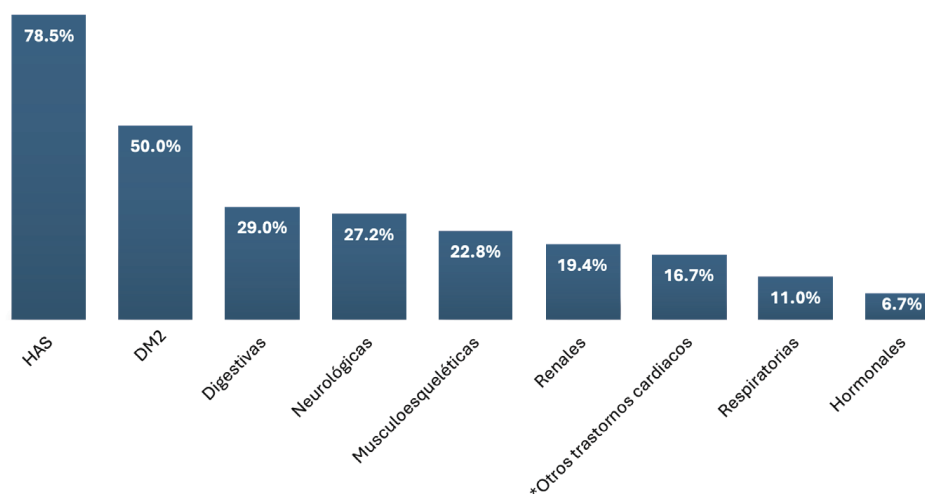
## Resultados

Se encuestó a un total de 372 adultos mayores con polifarmacia, 46.2% (172) del sexo masculino y 53.8% (200) del sexo femenino, con estado civil casada(o) 59.4% (221), mediana de edad de 73.5 años (RIC 65-98), fármacos prescritos por receta 6 (RIC: 5-19) y enfermedades por paciente 2 (RIC: 1-8). Prevalcieron la hipertensión arterial sistémica (HAS) y la diabetes mellitus 2 (DM2) (figura 1).

Al aplicar los Criterios de Beers de acuerdo con patologías concomitantes, se obtuvo una mediana de fármacos con PIM por receta de 1 (RIC 1-4) y se determinó una prevalencia global de PIM de 65.6% ( $n = 244$ ), la cual fue más frecuente en el sexo femenino en 34.1% ( $n = 127$ ) y con estado civil casado en 40% ( $n = 149$ ) (cuadro I).

Los fármacos para el dolor fueron los que presentaron mayor frecuencia de PIM (39.0%), seguidos por los inhibidores de la bomba de protones (15.3%) (figura 2).

Figura 1 Patologías que presentaron las personas adultas mayores con polifarmacia ( $n = 372$ )



HAS: hipertensión arterial sistémica; DM2: diabetes mellitus 2

\*Otros trastornos cardíacos: insuficiencia cardíaca, trastornos del ritmo, isquemia cardíaca

Cuadro I Prevalencia de prescripción inapropiada de medicamentos por sexo y estado civil de las personas adultas mayores (n = 372)

Variable	Prescripción Inapropiada de medicamentos		gl	p*
	Sí n (%)	No n (%)		
Sexo				
Masculino	117 (31.5)	55 (14.8)	1	0.360
Femenino	127 (34.1)	73 (19.6)		
Estado civil				
Soltera(o)	8 (2.2)	10 (2.7)	4	0.191
Casada(o)	149 (40.0)	72 (19.3)		
Divorciada(o)	4 (1.0)	-		
En unión libre	8 (2.2)	4 (1.1)		
Viuda(o)	75 (20.2)	42 (11.3)		

gl: grados de libertad  
\*Se empleó chi cuadrada

Dentro del grupo de fármacos para el dolor, el ácido acetilsalicílico (AAS) (22.3%) y el diclofenaco (10.5%) fueron los medicamentos con mayor prescripción inapropiada, mientras que de inhibidores de bomba de protones fue el omeprazol (15.3%) (cuadro II).

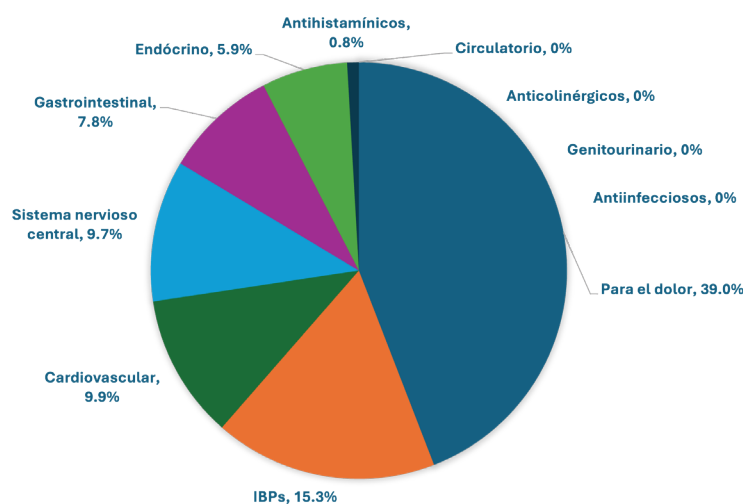
En el cuadro III se observa que incrementa el riesgo de PIM en caso de padecer patología musculoesquelética hasta 2.5 veces (IC 95%: 1.409-4.515) y encontramos que existe asociación estadísticamente significativa ( $p = 0.001$ ), mientras que las patologías respiratorias se consideran un factor protector: 0.509 (IC 95% 0.264-0.978) con valor estadísticamente significativo ( $p = 0.40$ ).

## Discusión

La polifarmacia es un problema frecuente en los adultos mayores debido a las múltiples patologías que presentan para su edad. Esto incrementa el riesgo de PIM, la cual a su vez puede llegar a generar efectos adversos de importancia o incrementar la mortalidad en dicho grupo etario si se considera que hay cambios fisiológicos que pueden llegar a afectar la biodisponibilidad de los fármacos.

Este estudio buscó establecer la prevalencia de PIM en adultos mayores con polifarmacia atendidos en la Consulta Externa de Medicina Familiar del Hospital General

Figura 2 Prevalencia de la PIM con base en la clasificación terapéutica de los fármacos en las personas adultas mayores con polifarmacia (n = 372)



PIM: prescripción inapropiada de medicamentos; IBPs: inhibidores de bomba de protones

**Cuadro II Medicamentos potencialmente inapropiados y tiempo de ingesta de las personas adultas mayores (n = 372)**

Fármacos por sistema	n (%)	Tiempo de ingesta (en años) Media ± DE	LI-LS
Musculoesquelético			
Ácido acetilsalicílico	83 (22.3)	12 ± 10.2	1-60
Diclofenaco	39 (10.5)	6.1 ± 5.7	1-25
Piroxicam	11 (3.0)	3.6 ± 1.7	1-6
Celecoxib	10 (2.7)	6.5 ± 7.1	1-25
Indometacina	8 (2.2)	4.8 ± 4.4	1-10
Naproxeno	7 (1.9)	9.1 ± 8.3	1-20
Ketorolaco	6 (1.6)	4 ± 3.4	1-10
IBPs			
Omeprazol	57 (15.3)	5.85 ± 5.7	1-30
Cardiovascular			
Nifedipino	25 (6.7)	12.1 ± 8.7	1-30
Digoxina	8 (2.2)	8.5 ± 3.1	1-10
Prazosina	7 (1.9)	9.3 ± 3.5	5-15
Sistema nervioso central			
Fluoxetina	8 (2.2)	5.4 ± 3.2	1-10
Alprazolam	18 (4.8)	6.6 ± 5.1	1-20
Paroxetina	8 (2.2)	3.6 ± 2.1	1-7
Quetiapina	6 (1.6)	8.6 ± 6.8	1-18
Gastrointestinales			
Senósidos	25 (6.7)	1.6 ± 1.1	0.25-5
Metoclopramida	4 (1.1)	12.8 ± 13.0	1-30
Endócrino			
Glibenclamida	22 (5.9)	17.3 ± 13.1	1-60
Respiratorio			
Hidroxicina	2 (0.5)	1.5 ± 0.7	1-2
Ketotifeno	1 (0.3)	10.0 ± 0	10-10

DE: desviación estándar; IBP: inhibidores de la bomba de protones; LI-LS: límite inferior-límite superior

de Zona con Medicina Familiar No. 2, en Zacapu, Michoacán, y se encontró que la polifarmacia prevalece en aquellos de 73 años, del sexo femenino, casados, con un promedio de fármacos prescritos por receta de 6 y 2 enfermedades por paciente, entre las que son más frecuentes la HAS y la DM2.

Fernández *et al.*<sup>17</sup> mencionan una mayor frecuencia de polifarmacia en pacientes del sexo femenino, con estado civil casado, de 70 a 79 años de edad; sin embargo no hicieron el análisis con base en las comorbilidades. Mientras tanto Poblano-Verástegui *et al.*,<sup>18</sup> en un estudio realizado

**Cuadro III Riesgo de presentar prescripción inapropiada de medicamentos en adultos mayores con polifarmacia con base en la patología que padece (n = 372)**

Patología	RR	LI-LS IC 95%	p*
Musculoesquelético	2.523	1.409-4.515	0.001 <sup>†</sup>
Respiratorias	0.509	0.264-978	0.040 <sup>†</sup>
Hipertensión arterial sistémica	1.188	0.711-1.985	0.511
Otros trastornos cardiacos <sup>‡</sup>	0.799	0.455-1.403	0.435
Diabetes mellitus 2	0.953	0.622-1.463	0.827
Renales	0.632	0.374-1.069	0.085
Neurológicos	1.183	0.726-1.926	0.499
Digestivas	0.900	0.563-1.437	0.658
Hormonales	0.647	0.285-1.471	0.296

RR: riesgo relativo; LI: límite inferior; LS: límite superior; IC 95%: intervalo de confianza al 95%

\*Se empleó chi cuadrada

<sup>†</sup>Cifra estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ )

<sup>‡</sup>Otros trastornos cardiacos como insuficiencia cardiaca, trastornos del ritmo, isquemia cardiaca

en México, mostraron una prevalencia de polifarmacia en pacientes mayores de 65 años del 26.5%, la cual fue igual tanto en hombres como en mujeres, e incrementó a partir de los 50 años con un pico en el grupo de 70 a 79 años y en aquellos con enfermedades crónicas, entre las que fueron más frecuentes en pacientes con DM y HAS, resultados, por lo tanto, parcialmente similares a los del presente estudio, lo cual evidencia la importancia de tomar en consideración los factores estructurales ligados al sistema de salud, como disponibilidad de medicamentos, uso de medicamentos combinados y acceso a los diferentes niveles de atención; asimismo, los factores de riesgo más frecuentes en el sexo femenino como la obesidad, el sedentarismo, el estrés y la disminución de estrógenos a mayor edad, que puede justificar la mayor prevalencia en el sexo femenino.

Por su parte, Plasencia-Castillo *et al.*,<sup>19</sup> en un estudio realizado en Lima, Perú, en el año 2022, observaron que el 35% de adultos mayores presentaron polifarmacia, la cual predominó en aquellos del sexo masculino, con una media de edad de 78.44 ± 8.56 años, casados y con una media de comorbilidades de 4.31. Los autores a su vez establecieron una estrecha relación entre la polifarmacia y el incremento de la mortalidad de los pacientes y número de comorbilidades; sin embargo, la prevalencia puede ser menor, derivado de que la población de estudio fueron adultos mayores adscritos al Servicio de Geriátrica, a diferencia del presente estudio, el cual se llevó a cabo en la Consulta Externa de Medicina Familiar.

En la presente investigación se encontró que la mediana de fármacos recetados por paciente fue de 6, de los cuales al menos uno se consideraba potencialmente inadecuado. Asimismo, se determinó una prevalencia global de PIM de 65.6%, la cual fue más frecuente en pacientes del sexo femenino, con estado civil casado y con enfermedades crónicas como HAS y DM2. Al respecto Caviedes *et al.*<sup>20</sup> en un estudio realizado en Colombia en 2023, observaron que el 4.9% presentó PIM, del cual 28.7% tenía 1 o 2 medicamentos inapropiados y 12.8% más de 3. La mediana de edad fue de 75 años, el sexo masculino fue el más frecuente, el promedio de medicamentos recetados por paciente fue de 8 y la principal patología presentada en los pacientes fue la insuficiencia cardiaca; sin embargo, fue un estudio realizado en población del Servicio de Medicina Interna, lo que puede justificar la variación en los resultados. Mientras tanto Arroyo *et al.*<sup>21</sup> en un estudio realizado en la Ciudad de México, encontraron que el 38.5% presentó al menos una potencial interacción medicamentosa, donde el 80% fue de gravedad moderada, seguida de grave por el 19%, leve 0.7% y contraindicada 0.3%. La mayoría de los pacientes con PIM correspondieron a pacientes de sexo femenino, adultos mayores y con comorbilidades como DM y HAS, lo cual pone el énfasis en la manera como incrementa el riesgo de PIM a mayor número de fármacos recetados, por lo que se sugiere evitar la polifarmacia en los adultos mayores.

Al respecto, autores como Ankah *et al.*<sup>22</sup> determinaron una prevalencia global de PIM del 53.5% según los Criterios de Beers, y encontraron de 2 a 4 fármacos por receta con prescripción potencialmente inadecuada, de predominio en pacientes del sexo femenino, en un grupo de edad de 65 a 75 años y con comorbilidades como HAS, DM y enfermedades cardiovasculares; asimismo, los autores refieren la alta asociación en la polimedición, la cual es frecuente en el grupo de adultos mayores por las múltiples comorbilidades que padecen, lo cual incrementa el riesgo de PIM.

Entre los principales grupos de fármacos prescritos y potencialmente inadecuados, se encontraron el ácido acetilsalicílico (AAS), el diclofenaco y el omeprazol. Asimismo, se encontró asociación entre las enfermedades musculoesqueléticas con la PIM, lo cual incrementa hasta 2.5 veces más el riesgo de presentar una prescripción inapropiada en caso de padecer dicha comorbilidad, resultados contrarios a los referidos por Bravo *et al.*<sup>23</sup> quienes determinaron que el omeprazol es el de mayor prescrip-

ción inadecuada según los criterios STOPP-START, con mayor prevalencia en pacientes del sexo femenino, de la octava década de la vida y con comorbilidades asociadas como HAS o DM. Mientras tanto Luna-Medina *et al.*<sup>24</sup> encontraron una PIM del 87%, la cual fue más frecuente en comorbilidades como HAS, DM tipo 2 y enfermedades musculoesqueléticas, y el AAS fue el de mayor prescripción. Lo anterior posiblemente se deba al alto consumo de medicamentos para el control del dolor en el caso de los adultos mayores, en quienes se incrementan con el paso de los años los trastornos musculoesqueléticos.<sup>25</sup>

En este estudio se observó que los adultos mayores, con múltiples comorbilidades, en los que predominan enfermedades crónicas como la DM2, HAS y patología musculoesquelética, tienen un alto consumo de fármacos y un alto porcentaje de ellos presenta polifarmacia, lo que incrementa el riesgo de prescripción potencialmente inadecuada y con ello el riesgo de efectos adversos, derivado de los cambios fisiológicos presentes con el envejecimiento. Esto refuerza la necesidad de implementar intervenciones efectivas centradas en el paciente, a fin de prevenir la prescripción inadecuada y estimular la *de-prescripción*, ya que se estima que incremente la prevalencia de PIM en los adultos mayores debido al envejecimiento actual de la población a nivel mundial.

Como limitantes, encontramos la inclusión de variables que ayuden a mejorar la identificación del perfil del consumo farmacológico para mejorar el uso del esquema básico dentro del IMSS. Tal es el caso de la relación de prescripción potencialmente inadecuada de medicamentos con la monoterapia o multidosis y el grado de adherencia a la medicación, así como el uso de dicho instrumento, el cual no sustituye el juicio clínico individual, por lo que se propone el uso conjunto de otros instrumentos como STOPP/START o MAI (*Medication Appropriateness Index*) para futuras investigaciones que puedan ser un aporte para los profesionales de la salud.

## Conclusiones

Se determinó una alta prevalencia de PIM en adultos mayores con polifarmacia en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2, en Zacapu, Michoacán, y predominaron aquellos utilizados para el control del dolor, por lo que es importante brindar un tratamiento farmacológico específico e indicado de acuerdo con la edad del paciente y sus comorbilidades de base, para evitar la polifarmacia en ellos y lograr una disminución

de las complicaciones a futuro, como puede ser el sangrado de tubo digestivo alto, patología frecuente en aquellos pacientes con uso prolongado de fármacos para el control del dolor como los antiinflamatorios no esteroideos (AINE).

## Referencias

1. Sánchez-Rodríguez JR, Escare-Oviedo CA, Castro-Olivares VE, et al. Polifarmacia en adulto mayor, impacto en su calidad de vida. Revisión de literatura. *Rev Salud Pública*. 2019; 21(2): 271-7. doi: 10.15446/rsap.v21n2.76678
2. Gutiérrez-Domingo T. Reto Mundial: Decenio del Envejecimiento Saludable 2021-2030. Análisis y Modificación de Conducta. 2024; 50(182):3-19. doi: 10.33776/amc.v50i182.8098
3. Polanco SA, Rivera IZ, Salamanca E, et al. Características de salud y adherencias farmacoterapéutica en el adulto mayor del municipio de Acacías (Colombia). *Rev Colomb Cienc Farm*. 2021;50(2):325-38. doi: 10.15446/rcciquifa.v50n2.77677
4. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. Ginebra, Suiza: OMS; 2022.
5. Sánchez-Pérez H, Ramírez-Rosillo FJ, Carrillo-Esper R. Polifarmacia en el adulto mayor. Consideraciones en el perioperatorio. *Rev Mex de Anestesiología*. 2022;45(1):40-7. doi: 10.35366/102902
6. Homero G. Polifarmacia y morbilidad en adultos mayores. *Rev Med Clin Condes*. 2012; 23(1):31-5. doi: 10.1016/S0716-8640(12)70270-5
7. Gutiérrez-Valencia M, Aldaz P, Lacalle-Fabo E, et al. Prevalencia de polifarmacia y factores asociados en adultos mayores en España: datos de Encuesta Nacional de Salud 2017. *Med Clin*. 2019;153(4):141-50. doi: 10.1016/j.medcli.2018.12.013
8. Díaz RC, Robles JA. Polifarmacia en el adulto mayor. Revisión bibliográfica. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2024; 8(4):12820-36. doi: 10.37811/cl\_rcm.v8i4.13553
9. Arriagada L, Carrasco T, Araya M. Polifarmacia y deprescripción en personas mayores. *Rev Med Clin Condes*. 2020; 31(2):204-10. doi: 10.1016/j.rmclc.2020.02.007
10. Calabro P, Donnianni I, Bellomo MJ, et al. Criterios de Beers para identificar el consumo de medicación potencialmente inapropiada: adaptación para su aplicación en Argentina. *Evid Actual Pract Ambul*. 2022;25(4):1-10. doi: 10.51987/EVIDENCIA.V26I1.7032
11. Rojas-Jara C, Calquin F, Gonzalez J, et al. Efectos negativos del uso de benzodiazepinas en adultos mayores: Una breve revisión. *Salud y Sociedad*. 2019;10(1):40-50. Disponible doi: 10.22199/S07187475.2019.0001.00003
12. Molina-Mendoza MD, Mejía Ramírez de Arellano MV, Delgado-Silveira E, et al. Polifarmacia. *Medicine*. 2022; 13(62):3671-81. doi: 10.1016/j.med.2022.08.012
13. García RA, Baena JM, Herreros Y, et al. Deprescripción en personas mayores: es el momento de pasar acción. *Atención Primaria*. 2022;54(8):102367. doi: 10.1016/j.aprim.2022.102367
14. Álpizar-Cortés JE, Angeles-Lozano KL, Ávila-Ballesteros D, et al. Identificación de interacciones medicamentosas potenciales en pacientes geriátricos. *Journal of Negative and No Positive Results*. 2020;5(9):998-1009. doi: 10.19230/jonnpr.3685
15. Fajreldines AV, Barberis E, Beldarraín MB, et al. Polimedición,

## Agradecimientos

A los pacientes que aceptaron participar en el estudio, adscritos al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 de Zacapu, Michoacán.

- prescripción inapropiada y eventos adversos a fármacos en ancianos hospitalizados: un problema de seguridad del paciente. *Rev Colomb Cienc Quim Farm*. 2021;50(2):522-32. doi: 10.15446/rcciquifa.v50n2.92951
16. Dibiasé N, Farmtca G, Ocampo A, et al. Prescripción inapropiada de medicamentos y polifarmacia, en adultos mayores internados en una sala de Clínica Médica. *E-Hospital*. 2023; 5(2):14-25.
17. Fernández N, Rodríguez B, Fernández JM, et al. Características socio-demográficas en adultos mayores con polifarmacia. *Revista Cubana de Farmacia*. 2021;54(2):e573.
18. Poblano-Verástegui O, Bautista-Morales AC, Acosta-Ruiz O, et al. Polifarmacia en México: un reto para la calidad en la prescripción. *Salud Pública de México*. 2020; 62(6): 859-67. doi: 10.21149/11919
19. Plasencia-Castillo CI, Salvatierra-Hoyos BK, Velázquez-Guillén JM, et al. Polifarmacia y mortalidad en adultos mayores: El rol del sexo y la comorbilidad. *Rev Haban Cienc Méd*. 2022;21(1):e4147.
20. Caviedes G, Bobadilla V, Piedad S, et al. Medicamentos potencialmente inapropiados para el adulto mayor en el servicio de medicina interna. *Repert Med Cir*. 2023;32(3):235-40. doi: 10.31260/RepertMedCir.01217372.1380
21. Arroyo-Gómez FJ, Heyerdahiviau-Viau I, Pérez-Sánchez R, et al. Potenciales interacciones medicamentosas en un centro de salud público de México. *Revista Cubana de Farmacia*. 2023;56(2):e892.
22. Ankah R, Rojano J. Análisis de las prescripciones potencialmente inapropiadas en un servicio de medicina interna según los criterios de BEERS. *Biociencias*. 2020;15(2):49-58. doi: 10.18041/2390-0512/biociencias.2.7345
23. Bravo KE, Salas LA, Lagarza AJ, et al. Prevalencia y factores asociados a la prescripción inapropiada de omeprazol en adultos mayores, referidos de la consulta externa al módulo de geriatría: estudio transversal. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2024;8(1):3309-25. doi: 10.37811/cl\_rcm.v8i1.9679
24. Luna-Medina MA, Peralta-Pedrero ML, Pineda-Aquino V, et al. Prescripción inapropiada en el adulto mayor con padecimiento crónico degenerativo. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2013;51(2):142-9. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745488006.pdf>
25. Fernández-Travieso JC. Enfermedades músculo-esqueléticas en los ancianos: una breve revisión. *Revista CENIC Ciencias Biológicas*. 2015;46(3):203-21.

---

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

Fuentes-Bravo J, Luna-Armenta I, Gómez-García A, et al. Prescripción potencialmente inapropiada de medicamentos en personas adultas mayores con polifarmacia de una unidad de medicina familiar. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2026;34(2):e1582. doi: 10.5281/zenodo.18715613

Karla Ivonne Mijangos-Fuentes<sup>1a</sup>

<sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública. Ciudad de México, México

Doi: 10.5281/zenodo.18715622

### ORCID

0000-0002-9565-2233<sup>a</sup>

### Palabras clave (DeCS):

Curriculum  
Educación  
Escuelas  
Enfermería  
Historia

### Keywords (DeCS):

Curriculum  
Education  
School  
Nursing  
History

### Correspondencia:

Karla Ivonne Mijangos Fuentes

**Correo electrónico:**  
kaivo8416@gmail.com

**Fecha de recepción:**  
21/09/2025

**Fecha de aceptación:**  
16/01/2026

## Resumen

**Introducción:** la formación de enfermeras sanitarias, visitadoras y rurales en México fue un componente central de los proyectos de salud pública durante la consolidación del Estado posrevolucionario. Estos procesos formativos articularon saberes médicos, políticas higienistas y discursos de género, lo cual configuró un modelo de cuidado orientado a la prevención y a la intervención comunitaria, especialmente en contextos rurales e indígenas.

**Objetivo:** analizar la formación de las enfermeras sanitarias, visitadoras y rurales en México entre 1922 y 1940 para comprender su papel en la construcción de la salud pública y en los proyectos de modernización sanitaria del Estado, desde la historia social de la salud y de la enfermería.

**Metodología:** estudio histórico-cualitativo basado en el análisis historiográfico y documental. Se revisaron fuentes primarias y secundarias especializadas, así como literatura historiográfica reciente de México y América Latina, con enfoque en género, trabajo, profesionalización del cuidado y políticas sanitarias.

**Resultados:** desde 1922 se consolidó un modelo formativo sistemático, influido por el paradigma nightingaleano y el modelo estadounidense de salud pública promovido por la Fundación Rockefeller, adaptado a las realidades rurales del país.

**Conclusiones:** la enfermería se configuró como una profesión feminizada, atravesada por relaciones de poder, con márgenes de agencia profesional que la posicionaron como un actor estratégico en la consolidación de la salud pública en México.

## Abstract

**Introduction:** The training of public health, visiting, and rural nurses in Mexico was a central component of public health projects during the consolidation of the post-revolutionary state. These training processes articulated medical knowledge, hygiene policies, and gender discourses, shaping a care model oriented toward prevention and community intervention, especially in rural and indigenous contexts.

**Objective:** To analyze the training of public health, visiting, and rural nurses in Mexico between 1922 and 1940 to understand their role in the construction of public health and in the state's health modernization projects, from the perspective of the social history of health and nursing.

**Methodology:** A qualitative historical study based on historiographical and documentary analysis. Specialized primary and secondary sources were reviewed, as well as recent historiographical literature from Mexico and Latin America, with a focus on gender, labor, the professionalization of care, and health policies.

**Results:** Since 1922, a systematic training model has been consolidated, influenced by the Nightingale paradigm and the American public health model promoted by the Rockefeller Foundation, adapted to the rural realities of the country.

**Conclusions:** Nursing has been configured as a feminized profession, permeated by power relations, with margins of professional agency that positioned it as a strategic actor in the consolidation of public health in Mexico.

## Introducción

Es en pleno proceso de evolución que la Organización Panamericana de la Salud alcanza sus 75 años de existencia y es precisamente cuando los profesionales de las ciencias de la salud: médicos y auxiliares, educadores, antropólogos sociales y sociólogos, ingenieros sanitarios, demógrafos, economistas y otros aceptan la estrecha y constante relación entre la salud de los pueblos y su desarrollo socioeconómico<sup>1</sup>

Miguel Bustamante, 1977

La historiografía de la enfermería en México ha experimentado un desarrollo significativo en las últimas 2 décadas, en sintonía con los debates más amplios de la historia de la salud y la historia social en América Latina. Este campo ha transitado de narrativas institucionales y conmemorativas hacia enfoques críticos que analizan la profesionalización del cuidado desde perspectivas de género, trabajo, saberes expertos y construcción del Estado.

En el ámbito latinoamericano, diversos estudios han mostrado que los procesos de profesionalización de la enfermería estuvieron estrechamente vinculados a proyectos de modernización sanitaria impulsados por los estados nacionales y por organismos internacionales, como la Fundación Rockefeller y la Oficina Sanitaria Panamericana.

Investigaciones sobre Brasil, Argentina, Chile y Colombia coinciden en señalar que la formación de enfermeras respondió a la necesidad de extender la medicina preventiva y la educación higiénica hacia sectores populares, rurales e indígenas, con lo cual se les asignó a las enfermeras un papel central como mediadoras entre el saber médico-científico y la vida cotidiana de las comunidades.<sup>2,3,4</sup>

Desde Argentina, Karina Ramacciotti y Adriana Valobra<sup>5</sup> han subrayado que la enfermería se constituyó como una profesión feminizada que fue atravesada por relaciones de poder desiguales, donde la apelación a la vocación, el sacrificio y la moral femenina funcionó como un dispositivo que legitimó tanto la incorporación de las mujeres en el espacio público como su subordinación dentro del sistema sanitario. Asimismo, en Brasil María Martha de Luna Freire y Tânia Maria Fernandes<sup>6</sup> han mostrado cómo las enfermeras de salud pública fueron agentes clave en la implementación de políticas higienistas, al tiempo que enfrentaron precarización laboral y jerarquías médicas.

En el caso mexicano, los aportes de Carrillo,<sup>7</sup> Sacristán Ramírez<sup>8</sup> y Gudiño Cejudo<sup>9</sup> han incorporado estas

discusiones al analizar la enfermería desde la historia social de la salud pública y los estudios de género. Sacristán Ramírez señala que la enfermería debe ser comprendida como una práctica histórica situada, atravesada por discursos científicos, normativas estatales y contextos locales específicos. Desde esta perspectiva, la formación de las enfermeras sanitarias y visitadoras no fue un proceso homogéneo ni lineal, sino el resultado de negociaciones entre proyectos institucionales, saberes médicos, realidades comunitarias y trayectorias individuales.

La historiografía latinoamericana reciente ha enfatizado la agencia de las enfermeras como actrices históricas. Estudios comparativos muestran que, lejos de ser simples ejecutoras de órdenes médicas, las enfermeras desarrollaron estrategias propias de intervención, adaptaron los discursos higienistas a contextos locales y participaron activamente en la construcción de redes de cuidado comunitario. Este enfoque resulta particularmente relevante para el análisis de las enfermeras rurales y visitadoras en México, cuya labor se desarrolló en condiciones adversas y en territorios con profundas desigualdades sociales.

No obstante, a pesar de la relevancia de las enfermeras sanitarias en la construcción de la salud pública mexicana, su participación ha permanecido parcialmente invisibilizada dentro de las narrativas históricas dominantes, las cuales han privilegiado discursos médicos institucionales y grandes políticas sanitarias, pero han dejado de lado las prácticas, saberes y aportes de estas profesionales en campañas como la lucha contra el paludismo. Esta omisión historiográfica limita la comprensión de cómo se configuró la enfermería como agente clave en la prevención y educación sanitaria y cómo dicha configuración dialoga con relaciones de género, poder y profesionalización. En este sentido, es necesario revisar críticamente las fuentes y enfoques utilizados para interpretar la historia de la enfermería en México, a fin de producir narrativas más complejas e integrales.

El objetivo fue analizar la formación de las enfermeras sanitarias, visitadoras y rurales en México entre 1922 y 1940, para comprender su papel en la construcción de la salud pública y en los proyectos de modernización sanitaria del Estado, desde la historia social de la salud y de la enfermería.

## Metodología

La presente investigación es un estudio histórico-cualitativo basado en el análisis historiográfico y documental.

Entre las fuentes primarias están el Archivo Histórico de la Facultad de Medicina de la UNAM, el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, el Archivo General de la Nación, el Archivo General del Estado de Oaxaca y el Diario de información El Oaxaqueño. Asimismo, se hizo la revisión de fuentes secundarias especializadas y literatura historiográfica reciente de México y América Latina.

## Resultados

### *La enfermería como objeto de la historia de la salud en México*

Al comenzar la década de los veinte del siglo pasado y con la transformación del Departamento de Salubridad Pública, se crearon la sección de Educación Higiénica y Propaganda y la Escuela de Salubridad Pública. Con la primera, se permitió la instauración de una cultura higiénica en la sociedad mexicana, pues como afirmaba Ruth Freeman,<sup>10</sup> así como la participación del enfermo y la familia eran fundamentales, el asesoramiento de ambos en materia de higiene cobraba relevancia entre los métodos y estrategias utilizadas en todos los programas de higiene. Con la segunda, se favoreció la formación de profesionales sanitarios capaces de combatir los problemas de salud en todas las zonas rurales y conurbadas de México,<sup>9</sup> pues desde finales del siglo XIX se consideraba al personal sanitario —y principalmente a los médicos— como autoridades de poder intelectual y social que, por medio de sus intervenciones, podían mejorar el estado sanitario de la población.<sup>11</sup>

En cuanto a la formación especializada de médicos, enfermeras e inspectores sanitarios en materia de salud pública y prevención, esta fue impulsada por el doctor Alfonso Pruneda, quien propuso en el marco del VI Congreso Médico Nacional, la creación de la carrera de Doctor en Salubridad,<sup>10</sup> cuya propuesta se fortaleció en 1923 con el argumento de Charles Edward A. Winslow, quien daba prioridad al modelo de salud pública orientado al servicio comunitario.<sup>12</sup>

Durante el gobierno de Plutarco Elías Calles (1924-1928), a partir del Reglamento General del Departamento de Salubridad Pública, se promovió la formación de profesionales técnicos y sanitarios no médicos, entre ellos las enfermeras, para atender las necesidades sanitarias de las distintas entidades del país.<sup>13</sup>

Hacia el periodo cardenista (1934-1940), muchas de estas acciones se consolidaron mediante la extensión

coordinada de los servicios sanitarios estatales hacia territorios rurales, indígenas y campesinos. Derivado de la propuesta de Miguel Bustamante, no solo se profesionalizó, también se diversificaron los roles del personal sanitario y la demanda de mayor presencia de enfermeras sanitarias para las acciones de prevención, educación sanitaria y vinculación comunitaria.<sup>13,14,15</sup> Se hace énfasis en que una vez instalados los servicios coordinados, se requirió de personal sanitario profesional y técnico suficiente para poder atender cada una de estas unidades y sus respectivas oficinas auxiliares, así como para implementar campañas y brigadas sanitarias que posteriormente se convirtieron en el principal recurso de salud para las personas y las comunidades.<sup>13,16</sup>

Amén de estos requerimientos oficiales, se reconocía la necesidad de un modelo de medicina social y rural como base para construir conocimientos y prácticas de higiene entre los profesionales sanitarios, y como medio o constructo para promocionar y educar a la población en materia de salud pública y control de las enfermedades transmisibles de la época.<sup>13</sup>

### *1922-1940: etapa clave para la enfermería en México*

Al final de la Revolución Mexicana y la consolidación del Estado, se impulsó la creación de instituciones formales dedicadas a la salud pública y a la educación profesional; en este contexto, surgieron la Escuela de Salud Pública de México (1922), la carrera de Enfermería y Partería Homeopática (1924) y la Escuela para Enfermeras del Ejército (1937), en las cuales se establecieron planes de estudio, internados hospitalarios y nuevos roles sociales.<sup>17</sup>

Una vez aprobada la Carta Magna de 1917, y con la creación de la Escuela de Salubridad e Higiene de México en 1922, la práctica de la enfermería se orientó hacia la atención del parto, el puerperio y la disminución de la mortalidad materna.<sup>13</sup> Sin embargo, la alta mortalidad por viruela, sarampión y tuberculosis orientó la formación de las enfermeras visitadoras, rurales o sanitarias en acciones específicas contra estas enfermedades.<sup>17</sup>

Cabe mencionar que con la inauguración de la Escuela de Enfermería del Hospital General de México (1907), en colaboración con profesionales de enfermería provenientes de Estados Unidos, los requisitos de ingreso para la formación se limitaban a contar con educación primaria y edad aproximada de 14 años;<sup>17</sup> en la práctica, muchas aspirantes no habían concluido la primaria e incluso algunas no sabían leer ni escribir. Esta situación alimentó

la percepción social de que las enfermeras poseían escaso conocimiento formal.<sup>18,19</sup> El plan de estudios incluía asignaturas básicas como anatomía, fisiología e higiene.<sup>17</sup>

Una vez concluido el programa, las estudiantes recibían la certificación, como ocurrió con Hermelinda García en 1910 (como digresión, cabe mencionar que Hermelinda fue una de las primeras egresadas de la Escuela de Enfermería del Hospital General cuando Eulalia Ruíz Sandoval era jefa de enfermeras. Hermelinda recibió su diploma expedido por la Dirección General de la Beneficencia Pública del Distrito Federal y años más tarde se convirtió en jefa de enfermeras de dicha institución).<sup>9</sup>

No obstante, fue a partir de 1922 cuando se inició un proceso más formal, profesional y sistemático de la formación de enfermería. Ese mismo año se inauguró la Escuela de Salud Pública de México, dependiente del Departamento de Salubridad Pública, cuyo propósito era formar personal técnico en higiene, sanidad y administración sanitaria. En este contexto, el ingreso de las mujeres a la formación se volvió más estricto y disciplinado.<sup>20</sup>

Además, las escuelas de enfermería que aspiraban a incorporarse a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) debían someterse a revisiones exhaustivas con el objetivo de estandarizar y regular los planes de estudio a nivel nacional.<sup>21</sup> Durante este periodo, la enseñanza combinaba clases teóricas impartidas principalmente por médicos con prácticas clínicas desarrolladas en hospitales, caracterizadas por jornadas intensas y condiciones laborales adversas que incluso llevaron a que algunas enfermeras enfermaran gravemente durante el ejercicio de su labor.<sup>16,17</sup> Este modelo pedagógico se basó en la influencia del paradigma de cuidado de Florence Nightingale, sustentado en el internado hospitalario de 24 horas y en prácticas bajo la tutela y supervisión de enfermeras graduadas. Sin embargo, estas supervisoras no siempre incorporaron estrategias pedagógicas empáticas ni adecuadas para el proceso formativo.<sup>22</sup>

En materia de derechos laborales, en 1933, a partir de las críticas de Carmen Gómez Siegler —enfermera formada en el Hospital General de México y posteriormente jefa de enfermeras— al modelo pedagógico existente y con el apoyo del Dr. Luis Méndez, entonces director de la institución, se reorganizó el hospital y se redujo la jornada laboral de las enfermeras a 12 horas. Este proceso continuó hasta la reducción de la jornada laboral a 8 horas en 1935.<sup>15,17</sup>

## *Formación sanitaria en escuelas de enfermería en México*

A partir de 1922, la formación de las enfermeras experimentó una transformación orientada a la profesionalización y la formalización. Las primeras enfermeras sanitarias, formadas bajo un enfoque epistemológico centrado en la prevención y la educación para la salud, fueron incorporadas al sistema sanitario nacional y distribuidas por el país para participar en el control de enfermedades transmisibles, la promoción de campañas antialcohólicas, la vacunación, la reducción de la mortalidad materno-infantil y las campañas de eugenesia y alimentación.<sup>20</sup>

A partir de la escuela de salubridad, otras instituciones del país implementaron programas de formación de enfermería con perfiles distintos al modelo convencional. Un ejemplo fue la carrera de Enfermería y Partera Homeopática, creada en 1924 en la Escuela de Medicina Homeopática con el respaldo de la Secretaría de Educación Pública de México y posteriormente incorporada al Instituto Politécnico Nacional (1937).<sup>15</sup> Para 1936, los requisitos de ingreso fueron educación secundaria concluida y para cursar obstetricia era necesario haber completado previamente la formación en enfermería; si bien este cambio fue un avance en el nivel educativo de las enfermeras, también implicó un desplazamiento y limitación progresiva de la partería tradicional.<sup>23</sup>

Estos procesos no se desarrollaron de manera homogénea en todo el país: en estados del sur como Oaxaca, las dificultades de acceso a las comunidades, la extensión territorial y la falta de infraestructura limitaron la llegada de profesionales de la salud. En consecuencia, la formación de enfermeras rurales se llevó a cabo principalmente entre personas residentes de las propias comunidades.<sup>16</sup>

Durante el gobierno de Lázaro Cárdenas se creó la Escuela para Enfermeras del Ejército el 2 de marzo de 1937. Esta institución ofrecía un año prevocacional y 3 años de formación teórica y práctica, al término de los cuales se otorgaba el título profesional y el grado militar, con servicio posterior en campaña sanitarias.<sup>16</sup> En este periodo se impulsaron campañas nacionales contra enfermedades endémicas como la tuberculosis, el paludismo, la viruela, el tifo, la lepra y el sarampión, y se fortaleció el papel de las enfermeras sanitarias visitadoras, especialmente en zonas rurales y marginadas;<sup>11</sup> es así que las enfermeras rurales impartían educación higiénica, maternal e infantil y formaban promotores y parteras: pese a enfrentar condiciones adversas —temporadas de lluvia, ausencia de

caminos y transporte— su labor fue clave para la consolidación de la salud pública, debido a un mayor alcance de la salud para todos los mexicanos.

Con la finalidad de institucionalizar este modelo, se creó una oficina de enfermería sanitaria, dependiente del Departamento de Salubridad Pública. Asimismo, para contribuir a la estructuración formal de la enseñanza sanitaria en México,<sup>16</sup> un grupo de enfermeras viajó a Estados Unidos en 1936 para capacitarse mediante la adopción del modelo estadounidense de salud pública.

### *Currícula para enfermeras sanitarias, visitadoras o rurales en México*

En respuesta a las necesidades sanitarias y formativas del país, en 1925 la Fundación Rockefeller otorgó becas para la formación de enfermeras visitadoras.<sup>20</sup> En la *figura 1*<sup>24,25</sup> se enlista el contenido de los planes de estudios, el cual incluía higiene personal y de los alimentos, saneamiento, control de enfermedades transmisibles, vacunación, legislación sanitaria, ejercicio corporal, prevención del alcoholismo, puericultura, higiene infantil y economía doméstica.<sup>16</sup> Entre 1929 y 1930, se agregaron otros cursos sobre técnicas del trabajo social, dietética, estudio de códigos sanitario, laboral y de relaciones familiares, estudios y análisis de la comunidad y nociones generales de estadística.<sup>26</sup>

Asimismo, el enfoque sanitario del gobierno cardenista se sustentó en un modelo postrevolucionario de higiene,

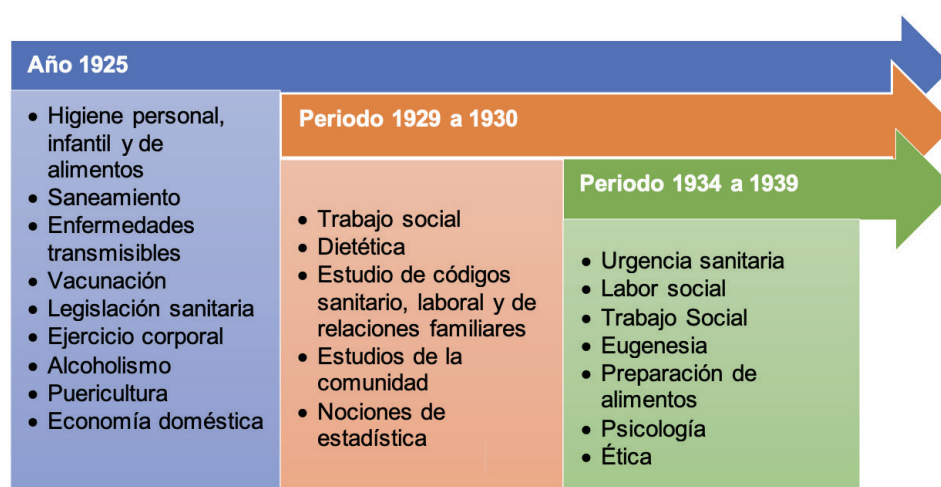
medicina preventiva y asistencial para beneficio de la sociedad en su conjunto, particularmente para los sectores campesinos, obreros, indígenas y rurales. El modelo propuesto por Miguel Bustamante se articuló por medio de circunscripciones estatales y bajo la dirección de distintos jefes del departamento de salubridad como Abraham Ayala González (1934-1935), José Siurob Ramírez (1935-1938), Leonides Andrew Almazán (1938-1939) y José Siurob Ramírez (1939-1940).<sup>27</sup>

Así, la formación de las enfermeras visitadoras se reforzó en áreas como urgencias sanitarias, labor social y capacitación en trabajo social y eugenesia.<sup>26</sup> Posteriormente, estas profesionales fueron distribuidas a nivel estatal y nacional para desempeñar funciones de prevención, control y promoción de la salud en espacios cercanos a la población, como las escuelas y los hogares.<sup>20</sup>

Este modelo curricular también fue atendido por la Secretaría de Educación Pública, que recomendó a las escuelas de medicina y de enfermería ampliar la enseñanza de la higiene y convocó a especialistas en salubridad para elaborar instructivos y textos destinados a la enseñanza racional de la higiene entre distintos grupos sociales.<sup>24,28</sup>

En este contexto, María Rosa Gudiño ha señalado en sus estudios que la propaganda sanitaria no solo funcionó como un medio para alcanzar un Estado sano, sino también como un fin en sí mismo, al fortalecer el proyecto modernizador del país y desplazar progresivamente las prácticas médicas tradicionales de las comunidades en favor de la medicina científica.<sup>9</sup> Con esta lógica, la Escuela

**Figura 1** Mapa curricular de enfermería 1925-1939



Fuente: elaboración propia, a partir del Archivo Histórico de la Facultad de Medicina-UNAM<sup>24,25</sup>

de Enfermería de la UNAM reorganizó su plan de estudios en 1935 para incorporar la enseñanza de la higiene desde un enfoque teórico-práctico de asistencia social y en 1939 el Hospital Juárez de México añadió asignaturas como higiene, trabajo social, alimentación, preparación de alimentos, psicología y ética.<sup>25</sup> Estas reformas curriculares evidencian la incorporación de asignaturas con enfoque social y multidisciplinar que favoreció mayor autonomía profesional de las enfermeras mediante la capacitación de las familias en el cuidado infantil y la preparación adecuada de los alimentos.<sup>29</sup>

Cabe señalar que la incorporación de la eugenesia en la formación de las enfermeras sanitarias no se limitó al ámbito discursivo de las campañas sanitarias, sino que se materializó de manera concreta en los planes de estudio y en las prácticas pedagógicas de la enfermería durante el periodo posrevolucionario. Las asignaturas de higiene, puericultura, alimentación, economía doméstica, trabajo social y educación moral formaron parte de un currículum orientado a intervenir sobre la vida cotidiana de las familias, la reproducción, la infancia y la organización doméstica, lo que evidencia una estrecha articulación entre formación profesional y proyecto estatal de salud pública.<sup>7,9</sup>

Estas prácticas pueden comprenderse como parte de un conjunto de tecnologías de poder centradas en la gestión de la vida —biopolítica—, mediante las cuales el Estado buscó regular tanto los cuerpos individuales como la población en su conjunto.<sup>30</sup> En este marco, las enfermeras sanitarias y visitadoras operaron como agentes privilegiadas de dichos dispositivos, al *trasladar* el saber médico-científico al espacio doméstico y comunitario, normalizando conductas relacionadas con la higiene, la sexualidad, la maternidad, la crianza y la alimentación.<sup>31,32</sup>

La eugenesia, de carácter predominantemente preventivo y ambientalista, encontró en la enfermería un vehículo eficaz para ejercer una forma de control social basada en la educación higiénica, la vigilancia cotidiana y la persuasión moral, más que en mecanismos coercitivos directos.<sup>8,31</sup> De este modo, el currículum de enfermería no solo formó personal técnico para la atención sanitaria, sino que contribuyó a la producción de subjetividades profesionales alineadas con ideales de maternidad responsable, familia higiénica y ciudadanía sanitaria.<sup>5</sup> No obstante, esta posición también otorgó a las enfermeras márgenes de agencia, al permitirles reinterpretar y adaptar estos discursos a contextos locales específicos, particularmente en comunidades rurales e indígenas.<sup>7</sup>

En el contexto específico de Oaxaca, el Dr. Alberto

Vargas, entonces jefe de los servicios sanitarios, convocó a parteras tituladas, mujeres con conocimientos empíricos en obstetricia y enfermería, así como a mujeres con primaria concluida, para integrarse a cursos de enfermería rural impartidos en las oficinas sanitarias de la capital del estado.<sup>33</sup> Este hallazgo evidencia que la formación de las enfermeras en Oaxaca y otros estados no tuvo la misma exigencia de ingreso y formación que en el centro del país, debido a las condiciones materiales, estructurales, funcionales, sociales y culturales que caracterizaban a estos territorios; incluso, se discute que entre los años analizados, el desplazamiento de parteras tradicionales fue más lento y menos forzado en dicha entidad (figura 2).

Como lo señaló Castro Villagrana en 1954 “la carrera instituida en la facultad de la universidad fue a llenar el hueco más importante de la preparación técnica (...) era indispensable que las enfermeras supieran hacer lo indicado, sabiendo la razón de por qué se necesitaba hacerlo”.<sup>34</sup>

En este sentido, desde finales del siglo XIX y a lo largo del primer tercio del siglo XX, la estrategia sanitaria consistió en sustituir progresivamente a parteras y enfermeras iletradas con mujeres alfabetizadas y entrenadas.<sup>35</sup> Sin embargo, en territorios extensos y con alta población indígena y rural como Oaxaca, las limitaciones estructurales dificultaron la contratación de un número suficiente de enfermeras alfabetas capaces de responder a las necesidades sanitarias, especialmente en el nivel preventivo.<sup>33</sup>

## Conclusiones

En relación con el objetivo del estudio, se demuestra que la formación de las enfermeras constituyó un eje estratégico para la expansión de las políticas sanitarias preventivas y para la reorganización del cuidado más allá del espacio hospitalario.

El análisis histórico permitió identificar que la profesionalización de la enfermería sanitaria dio respuesta tanto a las necesidades epidemiológicas concretas como a un proyecto político de modernización nacional. La creación de instituciones formadoras, la estandarización curricular y la incorporación de saberes sociales, pedagógicos y comunitarios delinearon un perfil profesional orientado a la prevención, la educación higiénica y la intervención directa en los territorios, con lo que se cumplió así el objetivo de extender la acción del Estado hacia poblaciones rurales, indígenas y marginadas.

La formación de las enfermeras sanitarias no fue un proceso homogéneo ni lineal, sino que estuvo atra-

Figura 2 Enfermeras rurales en trabajo de campo



La imagen presentada, aunque no es estrictamente de Oaxaca, muestra claramente una imagen de las enfermeras rurales, que al mismo tiempo representaban a las mujeres indígenas que se formaban como enfermeras  
Fuente: Archivo Histórico de la Secretaría de Salud<sup>26</sup>

vesado por tensiones entre el saber médico hegemónico, las condiciones locales y las trayectorias de las propias enfermeras. Estas tensiones se tradujeron en adaptaciones curriculares, en la incorporación de mujeres de las comunidades y en la articulación entre los conocimientos científicos y los saberes prácticos; en contextos como en Oaxaca, permitieron sostener las campañas sanitarias con alta desigualdad estructural.

La formación de las enfermeras sanitarias fue un componente fundamental en la construcción del modelo sanitario mexicano del siglo XX. Desde esta perspectiva historiográfica, los resultados dialogan con la historiografía latinoamericana reciente al confirmar que la enferme-

ría se configuró como una profesión feminizada, subordinada institucionalmente, pero dotada de una capacidad de agencia significativa. En este sentido, las enfermeras sanitarias y visitadoras no solo ejecutaron políticas públicas, sino que actuaron como mediadoras culturales, educadoras y constructoras de confianza entre el Estado y la población, aspecto central para comprender el impacto real de la salud pública en el periodo estudiado.

El aporte de este artículo al campo de la enfermería radica en visibilizar la dimensión histórica, social y política del cuidado, así como en aportar elementos para la reflexión contemporánea sobre la formación profesional, la autonomía disciplinar y las persistentes desigualdades que atraviesan el trabajo de la enfermería en América Latina.

Finalmente, con este estudio se refuerza la pertinencia de integrar la historia de la enfermería a los análisis de la historia de la salud y del Estado, no solo como un campo auxiliar, sino como una perspectiva indispensable para comprender los procesos históricos del cuidado, la prevención y la profesionalización en contextos latinoamericanos.

## Agradecimientos

Mi sincero agradecimiento a la Dra. Ana María Carrillo Farga, profesora investigadora del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, por su invaluable contribución en el desarrollo de mi investigación posdoctoral; por su retroalimentación, enseñanzas y sugerencias de formación continua en historia de la medicina, la salud pública y las profesiones sanitarias.

## Referencias

1. Bustamante ME. Los sanitarios y el ideal de salud en la historia de la OPS. *Bol of Sanit Panam*. 1977;83(6):506-22. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/17457/v83n6p507.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Mott ML. Revendo a história da enfermagem em São Paulo (1890-1920). *Cadernos Pagu*. 1999; (13): 327-55. Campinas: Universidade Estadual de Campinas.
3. Biernat C, Ramacciotti K. La tutela estatal de la maternidad y la infancia en la Argentina: políticas públicas, saberes expertos y prácticas sociales (1930-1955). Buenos Aires: Biblos; 2013.
4. Wainerman C, Bialakowsky A. Trabajo, cuidado y desigualdades de género. Buenos Aires: CLACSO; 2018.
5. Ramacciotti K, Valobra A. Profesiones, trabajo y género: la salud pública en la Argentina del siglo XX. Buenos Aires: Biblos; 2011.
6. Freire MM, Fernandes TM. Enfermagem e saúde pública no Brasil: a atuação das enfermeiras visitadoras (1920-1940). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Fundação Oswaldo Cruz; 2012.
7. Carrillo AM. Salud pública, medicina preventiva y actores sanitarios en el México posrevolucionario. *Dynamis*; 2018;38(2):379-402.
8. Sacristán-Ramírez C. Historia de la enfermería en México: Un Enfoque historiográfico. *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México* 2022;64:223-48. doi: 10.22201/iih. 24485004e. 2022.64.77734
9. Gudiño-Cejudo M. Educación higiénica y propaganda sanitaria en México, 1920-1940. México: UNAM; 2016.
10. Freeman R. La enfermera de Salud Pública como consejera de la familia. *Bol de la Ofic Sanit Panam*. 1952:167-78. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/14689/v34n2p167.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Cammarota A. Saberes médicos y medicalización en el ámbito es-

- colar. *Revista Pilquen*. 2016;3(19): 33-51. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3475/347547503004/html/>
12. Gudiño-Cejudo M, Magaña-Valladares L, Hernández-Ávila M. La Escuela de Salud Pública de México: su fundación y primera época, 1922-1945. *Salud Publica Mex*. 2013;55(1). Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7191/9351>
  13. Carrillo AM. Salud pública y poder en México durante el Cardenismo, 1934-1940. *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam*. 2005; 25: 145-78.
  14. Decreto de creación de la Escuela de Salubridad. México: Diario Oficial de la Federación; 18 de abril de 1925.
  15. Alemán-Escobar M, Salcedo-Álvarez RA, Ortega-Altamirano D. La formación de enfermeras en la Escuela de Salud Pública de México, 1922-2009: Evolución histórica y desarrollo académico de la enfermería en salud pública en México. *Perfiles Educativos*. 2011; 33(133): 174-96. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-26982011000300011&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982011000300011&lng=es&tlng=es)
  16. Archivo General de la Nación. Fondo Lázaro Cárdenas del Río, caja 0364, exp. 4237, foja 5. México: AGN; 1936.
  17. Secretaría de Salud. Efemérides de enfermería 1810-2010. México: Comisión Permanente de Enfermería; 2010. Disponible en: [http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/efemerides\\_enfermeria.pdf](http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/efemerides_enfermeria.pdf)
  18. Argüello-Avendaño H, Mateo-González A. Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. *Revista LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*. 2014; 12(2):13-29. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-80272014000200002](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-80272014000200002)
  19. Cárdenas-Becerril L, Monrroy-Rojas A, Arana-Gómez B, et al. Formación de enfermeras en el periodo revolucionario. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2017;19(1):49-56. Disponible en: [https://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php/revista\\_enfermeria/article/view/435](https://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php/revista_enfermeria/article/view/435)
  20. Carrillo AM. Primera etapa de la Escuela: una institución en busca de su identidad (1922-1938). En: Rivera J, Lazcano E, Gómez H y Oropeza C, editores. *Cien años de la Escuela de Salud Pública de México, 1922-2022*. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2022. pp. 63-106.
  21. Castañeda-Godínez M, Pérez-Loredo L, Pérez-Cabrera I, et al. Formación profesional de enfermería durante la primera mitad del siglo XX en la UNAM. *Revista de Enfermería Universitaria*. 2010;7. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632010000500005](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632010000500005)
  22. Torres-Galán J, Sanfilippo y Borrás J. El nacimiento de la Escuela de Enfermería en la Ciudad de México (1888-1911). *Tzintzun. Rev. Estud. Históricas*; 2016; 64. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-719X2016000200139](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-719X2016000200139)
  23. Carrillo AM. Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México. *DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus*. 1999; 17: 167-90. Disponible en: <https://www.ugr.es/~dynamis/completo19/PDF/09.%20Nacimiento%20y%20muerte%20de%20una%20profesion.pdf>
  24. Archivo Histórico de la Facultad de Medicina. Fondo Escuela de Medicina y Alumnos (FEMyA). Leg. 167, exp. 8, fo. 1-66. México: Facultad de Medicina de la UNAM; 1934-36.
  25. Archivo Histórico de la Facultad de Medicina. Fondo Escuela de Medicina y Alumnos (FEMyA). Leg. 164, exp. 5. México; Facultad de Medicina de la UNAM; 1932-39.
  26. Archivo de la Secretaría de Salud. Fondo de Salubridad Pública, secc. Higiene infantil, exp. 11, caja 7, foja 4. México; Secretaría de Salud; 1930.
  27. Carrillo AM. Surgimiento y desarrollo de la participación federal en los servicios de salud. En: Carrillo AM, Neri R y Fajardo G, editores. *Perspectiva histórica de atención a la salud en México 1902-2002*. México: UNAM; 2002.
  28. Sosenski S. Sobre María Rosa Gudiño Cejudo, educación higiénica y cine de salud en México, 1925-1960. *Hist. Mex*. 2018;67(4): 1907-13. doi: 10.24201/hm.v67i4.3578
  29. Archivo Municipal de Miahuatlán Oaxaca. Fondo presidencia, exp. 06, caja 70, foja 3. México: Archivo Municipal de Miahuatlán; 1939-40.
  30. Foucault M. *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: FCE; 2008.
  31. Stern AM. Responsible mothers and normal children: Eugenics, nationalism and welfare in post-revolutionary Mexico, 1920-1940. *Journal of Historical Sociology*. 1999;12(4):369-97. doi: 10.1111/1467-6443.00097
  32. Stepan NL. *The Hour of Eugenics: Race, Gender, and Nation in Latin America*. Ithaca: Cornell University Press; 1991.
  33. Diario de información "El Oaxaqueño", No. 6,601, hoja3. México: Hemeroteca Pública de Oaxaca "Néstor Sánchez Hernández"; 19 de enero de 1937.
  34. Castro-Villagrana J. *La educación de la enfermera a través del hospital Juárez. Apuntes de Anestesia*. Ediciones de la Sociedad de Cirugía; 1954.
  35. Carrillo AM. Profesiones sanitarias y lucha de poderes en el México del siglo XIX. *Asclepio*. 1998;2:149-68. Disponible en: <https://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/340>

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

Mijangos-Fuentes KI. Formación de enfermeras sanitarias: para comprender su papel en la construcción de la salud pública en México (1922-1940). *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2026;34(2):e1585. doi: 10.5281/zenodo.18715622

Eduardo Daniel Anica-Malagón<sup>1a</sup>

<sup>1</sup>Secretaría de Salud, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Servicio de Geriatria. Ciudad de México, México

Doi: 10.5281/zenodo.18715636

### ORCID

0000-0002-2850-9445<sup>a</sup>

### Palabras clave (DeCS):

Enfermería  
Hemorragia Posparto  
Fibrinógeno  
Hemostasia  
Salud Materna

### Keywords (DeCS):

Nursing  
Postpartum Hemorrhage  
Fibrinogen  
Hemostasis  
Maternal Health

### Correspondencia:

Eduardo Daniel Anica Malagón

### Correo electrónico:

anicamalagon@gmail.com

### Fecha de recepción:

20/10/2025

### Fecha de aceptación:

05/02/2026

## Resumen

**Introducción:** la hemorragia obstétrica es la principal causa de muerte materna prevenible y un desafío cotidiano en atención obstétrica. El rol del profesional de enfermería es fundamental en la gestión y coordinación del equipo de colaboración interprofesional.

**Objetivo:** analizar el rol integrador y de liderazgo del profesional de enfermería en el protocolo de atención de la paciente con hemorragia obstétrica posparto.

**Metodología:** se presenta el *Checklist Anica-Malagón* como una propuesta integrada en 4 fases que dan continuidad al proceso de atención. Inicia con la evaluación prenatal del riesgo, se consolida durante el parto y se activa plenamente ante la sospecha o confirmación de hemorragia obstétrica.

**Resultados:** se propone el *Checklist Anica-Malagón*, organizado por etapa del proceso de atención (0-3) en 4 listas y 50 acciones para el personal de enfermería. Este instrumento fortalece la toma de decisiones, estandariza la práctica y mejora el pronóstico materno-fetal. Se enfatiza en el registro cuantitativo de la pérdida sanguínea y la vigilancia hemodinámica continua.

**Conclusión:** en conjunto, la integración de la estratificación prenatal del riesgo, la respuesta protocolizada mediante el *checklist* y su proyección como herramienta de mejora continua posicionan a la enfermería obstétrica como un pilar esencial en la prevención y el manejo integral de la hemorragia obstétrica.

## Abstract

**Introduction:** Obstetric hemorrhage is the leading cause of preventable maternal death and a daily challenge in obstetric care. The role of the nursing professional is fundamental in the management and coordination of the interprofessional team.

**Objective:** To analyze the integrative and leadership role of the nursing professional in the care protocol for patients with postpartum obstetric hemorrhage.

**Methodology:** The *Anica-Malagón Checklist* is presented as an integrated proposal in 4 phases that provide continuity to the care process. It begins with prenatal risk assessment, it is consolidated during delivery, and it is fully activated upon suspicion or confirmation of obstetric hemorrhage.

**Results:** The *Anica-Malagón Checklist* is proposed, organized by stage of the care process (0-3) into 4 lists and 50 actions for the nursing staff. This set of tools strengthens decision-making, standardizes practice, and improves maternal-fetal prognosis. Emphasis is placed on the quantitative recording of blood loss and continuous hemodynamic monitoring.

**Conclusion:** Overall, the integration of prenatal risk stratification, the protocolized response using the checklist, and its projection as a continuous improvement tool position obstetric nursing as an essential pillar in the prevention and comprehensive management of obstetric hemorrhage.

## Introducción

La *hemorragia posparto* se define como la pérdida de más de 500 mL de sangre tras un parto vaginal o más de 1000 mL después de una cesárea, por lo cual constituye la principal causa de mortalidad materna prevenible a nivel mundial.<sup>1,2</sup> De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), este evento ocurre en aproximadamente el 6% de todos los partos y representa alrededor del 27% de las muertes maternas globales.<sup>3</sup> En América Latina y el Caribe, la incidencia y letalidad de la hemorragia posparto continúan siendo elevadas, reflejo de desigualdades en el acceso a servicios obstétricos seguros y en la implementación de protocolos basados en evidencia.

Aunque la hemorragia posparto suele manifestarse clínicamente como una urgencia obstétrica de inicio súbito, desde una perspectiva epidemiológica una proporción significativa de los casos puede anticiparse mediante una evaluación adecuada del riesgo durante el embarazo. En el contexto nacional, la hemorragia obstétrica continúa ocupando un lugar prioritario entre las causas de mortalidad materna, lo que resalta la importancia de fortalecer las estrategias preventivas desde el control prenatal y no limitar la respuesta únicamente al momento del evento hemorrágico.<sup>4</sup> Este enfoque preventivo resulta fundamental para reducir la morbilidad y la mortalidad materna asociadas a retrasos en la identificación del riesgo y en la activación de medidas oportunas.

La identificación temprana y el registro sistemático de factores predisponentes permiten anticipar escenarios de mayor probabilidad de sangrado obstétrico y planificar intervenciones preventivas individualizadas. Desde el primer trimestre del embarazo, pueden detectarse condiciones como la amenaza de aborto y el aborto, eventos que ocurren hasta en el 15% de los embarazos y que constituyen indicadores tempranos de vulnerabilidad obstétrica. Asimismo, el empleo sistemático del ultrasonido obstétrico ha optimizado la detección de alteraciones en la implantación placentaria, malformaciones fetales y embarazos ectópicos, elementos que aportan información clave para la estratificación del riesgo hemorrágico desde etapas tempranas de la gestación.<sup>5</sup>

La evaluación estructural del útero y la placenta durante el embarazo adquiere especial relevancia para la identificación de condiciones anatómicas asociadas a hemorragia obstétrica. Es por ello que la detección prenatal de malformaciones uterinas, anomalías congénitas y localización anómala de la placenta permite anticipar dificultades en el

alumbramiento y un mayor riesgo de sangrado. Lo anterior implica planificar acciones esenciales como el sitio de atención, la preparación del equipo de salud y la disponibilidad de recursos críticos<sup>6</sup> para reducir la probabilidad de complicaciones graves en el periodo periparto.

Durante el segundo trimestre, la estratificación del riesgo hemorrágico debe incorporar antecedentes obstétricos y quirúrgicos relevantes, tales como la multiparidad, la historia de cesárea, miomectomía o corrección quirúrgica de malformaciones uterinas, así como la presencia de miomatosis uterina. Estos factores se asocian con un incremento en la probabilidad de hemorragia y requieren ser documentados de manera sistemática dentro del control prenatal, con el fin de establecer planes de vigilancia diferenciados y estrategias preventivas específicas.<sup>7</sup>

De igual forma, el periodo intraparto representa una etapa crítica en la que determinadas condiciones aumentan de forma significativa el riesgo de sangrado obstétrico. El parto precipitado, el trabajo de parto prolongado y las anomalías de situación, presentación y actitud fetal demandan una vigilancia estrecha y continua por parte del equipo de salud, ya que su presencia puede condicionar una evolución desfavorable y una mayor probabilidad de hemorragia posparto. La identificación oportuna de estos factores permite anticipar la necesidad de intervención y reducir retrasos en la respuesta asistencial.<sup>7</sup>

En este sentido, fortalecer las competencias profesionales del equipo multidisciplinario (en particular para los programas de seguridad materna y calidad asistencial) con la práctica del profesional de enfermería obstétrica es una prioridad, dado su papel fundamental en la detección temprana, el manejo inicial y la coordinación del equipo interdisciplinario durante una hemorragia posparto, así como por su capacidad para identificar factores de riesgo, cuantificar de manera objetiva la pérdida sanguínea y ejecutar intervenciones inmediatas, por lo cual su intervención resulta decisiva para evitar desenlaces fatales.<sup>8</sup>

El abordaje contemporáneo de la hemorragia posparto exige que el personal de enfermería integre conocimientos técnicos con habilidades de liderazgo, comunicación efectiva y toma de decisiones en entornos de alta presión. La formación continua, la simulación clínica y la capacitación en terapias hemostáticas avanzadas —como la reposición temprana de fibrinógeno y el uso racional de agentes antifibrinolíticos— son elementos clave para optimizar la respuesta clínica.<sup>9</sup> Su intervención favorece la preparación institucional, la asignación oportuna de recursos y la activación temprana de protocolos de respuesta.

Con la finalidad de dar una respuesta integral para la intervención del profesional de enfermería en la hemorragia obstétrica, se presenta el *Checklist Amica-Malagón* como una propuesta integrada en fases que dan continuidad al proceso de atención, dado que inicia con la evaluación prenatal del riesgo, se consolida durante el parto y se activa plenamente ante la sospecha o confirmación de hemorragia obstétrica, con lo que fortalece la seguridad materna y la calidad asistencial.

## Metodología

### Fase 1 Detección temprana y evaluación del riesgo

Esta fase representa un componente estratégico de la seguridad materna. Su adecuada ejecución depende de la vigilancia continua, la capacitación constante y la integración del profesional de enfermería en los sistemas institucionales de alerta temprana.

La detección precoz de los factores predisponentes constituye la primera línea de defensa frente a la hemorragia posparto. Desde el ingreso hospitalario se debe hacer la valoración sistemática del riesgo, integrar antecedentes obstétricos, condiciones médicas preexistentes y características del parto actual. Se destaca la evaluación de factores como la multiparidad, el trabajo de parto prolongado, la inducción o la estimulación excesiva con oxitocina, la macrosomía fetal, los antecedentes personales de hemorragia posparto y la presencia de anemia materna.<sup>10</sup>

Durante el proceso de admisión, el personal de enfermería verifica el grupo sanguíneo y el factor Rh, asegura el cruce serológico y documenta el nivel de riesgo obstétrico conforme a los protocolos institucionales vigentes. Para garantizar la trazabilidad del registro, el personal de enfermería comunica los hallazgos de manera inmediata y documenta la respuesta clínica ante variaciones significativas; este registro permite la activación temprana de acciones preventivas, como la disponibilidad de hemoderivados o el refuerzo del personal asistencial durante el parto.

Un elemento clave de la práctica moderna es el que sustituye a la estimación visual subjetiva, históricamente asociada a subestimaciones de hasta el 30%. El uso de técnicas objetivas —como la medición del volumen recolectado o el pesaje de compresas— ha demostrado que mejora la precisión diagnóstica y reduce la demora en la implementación de terapias hemostáticas.<sup>11</sup>

### Fase 2 Respuesta estructurada por etapas

El manejo de la hemorragia posparto se organiza mediante protocolos secuenciales que delimitan responsabilidades específicas por etapas (0 a 3). Este enfoque estandarizado permite coordinar acciones de colaboración interdisciplinaria, reducir el error humano y garantizar una atención continua centrada en la paciente (cuadro I).<sup>12,13,14,15</sup>

### Fase 3 Rol de enfermería en la terapia hemostática con fibrinógeno

El fibrinógeno es el primer factor de coagulación que desciende durante una hemorragia masiva, y su concentración plasmática se correlaciona directamente con la capacidad de formar un coágulo estable. Niveles menores de 2 g/L se asocian con mayor mortalidad y necesidad de transfusión masiva.<sup>16,17</sup>

En esta fase, el personal de enfermería desempeña un papel decisivo en la preparación, administración y monitoreo del concentrado de fibrinógeno; el procedimiento incluye la reconstitución aséptica del polvo liofilizado, la verificación de identidad y compatibilidad del paciente, la infusión controlada (1.5-3 g en 15-30 min) y la vigilancia de posibles reacciones adversas.

El seguimiento terapéutico requiere la coordinación estrecha con el personal de laboratorio para la obtención de pruebas viscoelásticas (ROTEM FIBTEM) o determinaciones funcionales de fibrinógeno mediante el método de Clauss.<sup>18,19</sup> Cabe señalar que en los casos de hemorragia obstétrica catastrófica, la intervención del personal de enfermería es crucial en la reposición secuencial de los componentes (eritrocitos, plasma y plaquetas) para el logro de los objetivos de reanimación hemostática integral.<sup>20</sup> En esta lógica, es relevante documentar la hora, dosis, lote y respuesta clínica inmediata.

El conocimiento de los lineamientos internacionales —como la *European Guideline on Management of Major Bleeding and Coagulopathy following Trauma* (2023) y la Guía de Práctica Clínica CENETEC México (2020)— es indispensable. Ambas instancias recomiendan mantener niveles de fibrinógeno > 2 g/L durante la hemorragia aguda y promueven el uso temprano del concentrado como parte del manejo integral.<sup>21,22</sup> La inclusión de esta recomendación en los programas de capacitación de enfermería obstétrica fortalece la seguridad transfusional y optimiza la supervivencia materna.

**Cuadro I Acciones de colaboración interdisciplinaria para el manejo de la hemorragia posparto**

Etapas	Propósito	Acciones de enfermería
Etapa 0 Alerta temprana y control inicial	Optimizar la perfusión tisular y detectar de manera oportuna la progresión del choque hipovolémico <sup>12</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica los signos iniciales de sangrado anormal</li> <li>• Activa el Código de respuesta rápida obstétrica</li> <li>• Ejecuta las primeras maniobras terapéuticas: masaje uterino bimanual, administra oxígeno a 10 L/min con mascarilla no reinhalante</li> <li>• Monitoreo de signos vitales cada 5 minutos</li> </ul>
Etapa 1 Reposición de volumen y uterotónicos	Cuando la pérdida sanguínea supera los 500-1000 mL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicia la infusión de soluciones cristaloides isotónicas (Hartmann o solución salina al 0.9 %) de acuerdo con las metas</li> <li>• Incrementa la velocidad de infusión de oxitocina (hasta 40 U en 500 mL)</li> <li>• Colabora en la administración de uterotónicos de segunda línea, como misoprostol o metilergonovina, según prescripción médica</li> <li>• Paralelamente, se instala una segunda vía venosa periférica de calibre <math>\geq 18</math> G</li> <li>• Se notifica a los servicios de Obstetricia, Anestesiología y Supervisión</li> <li>• Se obtienen muestras para biometría hemática, tiempos de coagulación y fibrinógeno</li> <li>• Se integra la evaluación para el uso oportuno de concentrado de fibrinógeno o ácido tranexámico de acuerdo con la evolución clínica de la paciente<sup>13</sup></li> </ul>
Etapa 2 Respuesta avanzada	Ante pérdidas mayores de 1500 mL o evidencia de inestabilidad hemodinámica (taquicardia, hipotensión, disminución del gasto urinario) Se activa la respuesta avanzada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordina la transfusión de concentrados eritrocitarios en caso de indicación clínica</li> <li>• Verifica la compatibilidad sanguínea</li> <li>• Evalúa la situación clínica para el uso oportuno de concentrado de fibrinógeno o ácido tranexámico de acuerdo con la evolución clínica de la paciente<sup>13</sup></li> <li>• Prepara el equipo para intervenciones mecánicas de control, como la colocación de un balón de Bakri</li> <li>• Administra uterotónicos adicionales</li> <li>• Controla la temperatura corporal mediante sistemas de aire caliente y documenta el tiempo de respuesta</li> <li>• La supervisora solicita el traslado a quirófano y coordina la disponibilidad del equipo interdisciplinario<sup>14</sup></li> </ul>
Etapa 3 Manejo crítico	En casos de hemorragia refractaria o colapso circulatorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colabora en la instalación de línea central, monitoreo invasivo y toma de gasometría arterial</li> <li>• Analiza la respuesta a terapéuticas realizadas previamente</li> <li>• Analiza la necesidad de nuevos estudios de sangre o el requerimiento de reanimación farmacológica de la coagulación ante persistencia de hemorragia</li> <li>• Colabora con el personal de trabajo social para la contención y acompañamiento familiar</li> <li>• El liderazgo de enfermería en esta etapa es esencial para mantener la continuidad asistencial, garantizar una documentación precisa y coordinar los tiempos críticos de la respuesta hospitalaria<sup>15</sup></li> </ul>

Fuente: elaboración propia

#### Fase 4 Educación, comunicación y liderazgo

El manejo exitoso de la hemorragia posparto depende de un trabajo en equipo eficaz, sustentado en la comunicación clara, la coordinación interdisciplinaria y el liderazgo clínico del personal de enfermería, porque articula la comunicación efectiva entre los servicios de Obstetricia, Anestesia, Banco de Sangre y Laboratorio.

La enfermera principal funge como coordinadora funcional. Este rol requiere de habilidades para priorizar tareas, delegar de forma efectiva y gestionar los recursos humanos y materiales en tiempo real.<sup>23,24</sup> Para fortalecer

dichas competencias, se requiere de programas de educación continua y de simulación obstétrica interdisciplinaria, mediante los cuales se representan escenarios de emergencia realistas que suscitan la toma de decisiones bajo presión. Estas estrategias avaladas por la OMS en el marco de la *Safe Motherhood Initiative* contribuyen a reducir errores clínicos y a mejorar los indicadores de seguridad materna.<sup>23</sup>

El liderazgo del personal de enfermería no solo comprende la ejecución técnica de procedimientos, sino que también implica la promoción de una cultura de seguridad, el acompañamiento emocional del equipo y la evaluación

sistemática de resultados clínicos.<sup>24</sup> De este modo, la enfermería obstétrica se consolida como un pilar indispensable en la prevención y el manejo integral de la hemorragia posparto.<sup>24,25</sup>

## Resultados

### *Checklist Anica-Malagón ante hemorragia obstétrica posparto*

#### 1. Objetivo y estructura

Los *checklists* clínicos se han consolidado como herramientas fundamentales para mejorar la seguridad del paciente, reducir la variabilidad en la práctica asistencial y minimizar errores en contextos de alta complejidad. Su valor radica en la capacidad de traducir guías y protocolos extensos en acciones concretas, secuenciales y verificables, especialmente en situaciones de urgencia donde la carga cognitiva, el estrés y la presión temporal incrementan el riesgo de omisiones. En la práctica de enfermería, los *checklists* no solo facilitan la estandarización de cuidados, sino que fortalecen la autonomía profesional, la comunicación efectiva y la toma de decisiones oportunas, por lo que se convierten en un soporte clave para la atención segura y basada en procesos.

Con el objetivo de aplicar estos principios en una de las emergencias obstétricas más críticas, se desarrolló el *Checklist Anica-Malagón* (ver el instrumento en el [Anexo](#)), un modelo de actuación de enfermería que integra respuesta inmediata y da continuidad al cuidado en la hemorragia obstétrica.

El *checklist* se organiza en 4 etapas progresivas (0-3) que reflejan la evolución clínica del evento hemorrágico y permiten guiar la toma de decisiones desde la prevención y preparación hasta la atención avanzada y el cierre del evento ([figura 1](#)).

De manera transversal a estas etapas, el acrónimo ANICA funciona como un *marco cognitivo de acción inmediata*, diseñado para operar bajo condiciones de alta presión y evitar omisiones en los primeros minutos del evento. ANICA resume 5 acciones esenciales para guiar la actuación de enfermería desde el primer contacto con la paciente: *Activar* la ruta crítica institucional, *Notificar* de forma escalonada y efectiva al equipo clave, *Iniciar* intervenciones de rescate ya establecidas por protocolo, *Cuantificar* el san-

grado mediante métodos objetivos y *Aprender* a entender que incluso en la fase inicial existen elementos que deben ser registrados para la retroalimentación clínica y organizacional.

Una vez superada la fase de respuesta inmediata, el modelo se complementa con MALAGÓN, que representa la *continuidad del cuidado y la gestión avanzada de enfermería* a lo largo del evento hemorrágico. MALAGÓN estructura las competencias de mayor nivel cognitivo orientadas a *Monitorizar* las tendencias clínicas, *Analizar* la respuesta de las intervenciones iniciales, *Liderar* la coordinación operativa del cuidado, *Anticipar* las posibles complicaciones y necesidades futuras, *Gestionar* los recursos y los tiempos con enfoque de seguridad, *Optimizar* las intervenciones con base en los resultados observados y *Notificar* el desenlace a fin de asegurar una documentación completa y útil para la mejora del proceso.

En conjunto, ANICA y MALAGÓN no se superponen, sino que se complementan: ANICA guía la acción inmediata y estandariza la respuesta inicial, mientras que MALAGÓN consolida la continuidad del cuidado, la toma de decisiones avanzada y la mejora del sistema. Esta integración permite que el *Checklist Anica-Malagón* funcione no solo como una herramienta operativa, sino como un *modelo enfermero alineado con la calidad y la mejora continua*, coherente con el ciclo de planificación, ejecución, verificación y aprendizaje. Con este enfoque, el *checklist* se propone como un instrumento práctico para fortalecer la seguridad materna, optimizar la coordinación interprofesional del equipo y asegurar que en cada evento hemorrágico se contribuya con una atención más eficaz, segura y evaluable.

#### 2. Alcances

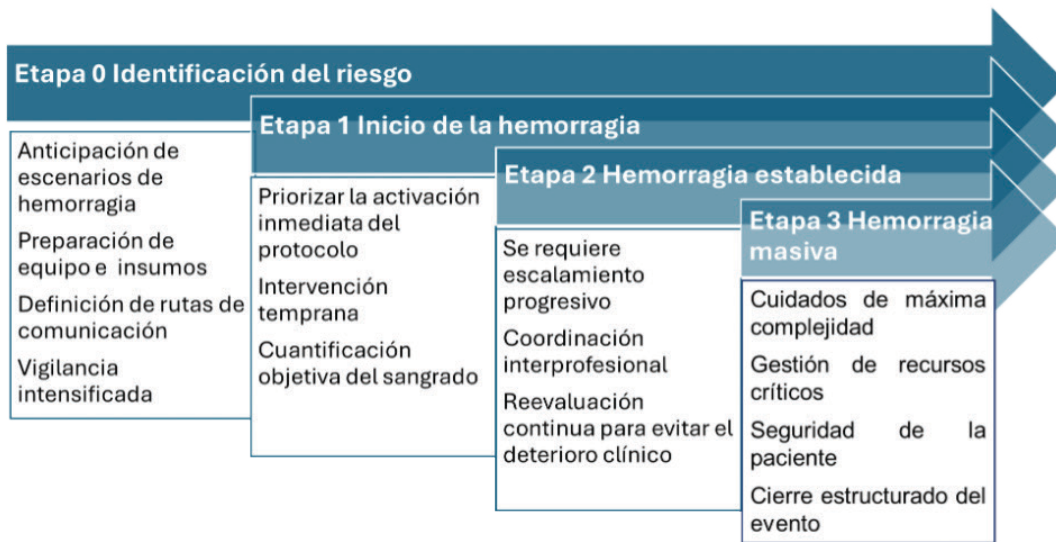
En cuanto a su aplicación, el *checklist* está dirigido al personal de enfermería que participa en la atención del parto, puerperio o procedimientos obstétricos en hospitales, clínicas y unidades de primer contacto.

En relación con la cobertura, incluye todas las etapas de respuesta (detección, intervención inicial, preparación para transfusión y crisis hemorrágica).

Entre sus limitaciones están que:

- No reemplaza la valoración médica, el diagnóstico etiológico ni las decisiones terapéuticas especializadas.
- Se emplea como apoyo operativo mientras se activa el protocolo institucional y se recibe atención médica avanzada.

Figura 1 Integración de las etapas del *Checklist Anica-Malagón*



Fuente: elaboración propia

- Puede ser utilizado con fines asistenciales, docentes y de simulación clínica.

### 3. Responsabilidades

En cuanto a las responsabilidades del personal de enfermería están:

- Aplicar el *Checklist Anica-Malagón* para la respuesta integral de enfermería en eventos de hemorragia obstétrica, desde el momento en que se detecte una hemorragia obstétrica o exista sospecha fundada.
- Asegurar la ejecución inmediata de las acciones que sean de su competencia y documentarlas oportunamente.
- Mantener comunicación constante con el equipo médico y reportar cualquier cambio en el estado de la paciente.
- Garantizar la seguridad del entorno (temperatura, oxigenación, materiales disponibles).
- Proporcionar apoyo emocional a la paciente y a sus familiares.
- Participar en las sesiones de capacitación y simulación sobre hemorragia obstétrica.

En relación con la supervisión de enfermería, habrá que:

- Verificar la correcta aplicación del *checklist* y su registro completo.

- Asegurar la disponibilidad de insumos, equipos y fármacos uterotónicos.
- Coordinar el enlace con el servicio médico y el banco de sangre.
- Evaluar el desempeño del personal y promover la mejora continua.

En cuanto al comité o coordinación de calidad y seguridad del paciente, se deberá:

- Incorporar el uso de este *checklist* dentro de los protocolos institucionales de emergencia obstétrica.
- Supervisar los indicadores de cumplimiento y retroalimentar al personal.
- Fomentar la educación continua en atención obstétrica segura.

### Discusión

La hemorragia obstétrica representa uno de los principales retos en la seguridad materna, tanto por su elevada carga epidemiológica como por la rapidez con la que puede evolucionar hacia desenlaces fatales si no se identifica y maneja de manera oportuna. En este contexto, la práctica de la enfermería obstétrica se posiciona como un actor central en la prevención, detección temprana y manejo inicial de esta emergencia, al integrar vigilancia clínica continua, toma de decisiones oportunas y coordinación efectiva del equipo multidisciplinario, tal como ha sido

documentado en modelos de manejo liderados por enfermería con impacto positivo en los resultados maternos.<sup>26</sup>

Los hallazgos analizados en esta revisión confirman que una proporción significativa de los eventos hemorrágicos puede anticiparse mediante una adecuada estratificación del riesgo desde el embarazo, lo cual refuerza la importancia del control prenatal y del registro sistemático de factores predisponentes. La participación activa de enfermería en este proceso permite no solo identificar escenarios de mayor vulnerabilidad, sino también favorecer la preparación institucional, la asignación oportuna de recursos y la activación temprana de protocolos de respuesta ante una eventual hemorragia, en concordancia con las recomendaciones contemporáneas sobre evaluación del riesgo y planificación anticipada del manejo de la hemorragia obstétrica.<sup>27</sup>

La propuesta del *Checklist Anica-Malagón* constituye una herramienta clave para estandarizar la respuesta clínica ante la hemorragia obstétrica, al organizar de manera secuencial y verificable las acciones que el personal de enfermería puede ejecutar en cada etapa del evento. Su aplicación contribuye a reducir omisiones, disminuir la variabilidad asistencial y mejorar la coordinación del equipo de salud durante escenarios de alta presión, aspectos que han demostrado ser determinantes en los modelos de manejo de hemorragia posparto dirigidos por enfermería.

Más allá de su utilidad operativa inmediata, el *checklist* adquiere un valor estratégico al concebirse como un instrumento susceptible para integrarse en iniciativas de mejora continua de la calidad. Su estructura permite alinearlos con modelos contemporáneos de gestión, como el ciclo PDCA (Planificar, Hacer, Verificar, Actuar), con lo que facilita la identificación de áreas de oportunidad, la evaluación sistemática de los procesos asistenciales y la actualización periódica de las prácticas clínicas con base en evidencia, en consonancia con las tendencias actuales en seguridad del paciente y gestión del riesgo obstétrico.<sup>26</sup>

## Referencias

1. Say L, Chou D, Gemmill A, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014;2(6):e323-33.
2. Knight M, Bunch K, Tuffnell D, et al. *Saving Lives, Improving Mothers' Care 2023*. Oxford: University of Oxford; 2023.
3. Rossaint R, Afshari A, Bouillon B, et al. The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: sixth edition. *Crit Care*. 2023;27:80.
4. Briones Garduño JC. Progresos en el control de la hemorragia post Parto: una revisión semisistemática. *Ginecól Obstet Méx*. 2025;93(4);152-63. doi: 10.24245/gom.v93i4.156
5. Grosso JM. Consulta pre concepcional. *Obstetricia y Medicina Perinatal temas selectos*. México: Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y obstetricia A.C., 2006. TOMO 1. pp. 81-6.
6. Käser O, Hirsch HA, Iklé FA. Cirugía de malformaciones uterinas. En: Käser O, Hirsch HA, Iklé FA. *Atlas de Cirugía Ginecológica*. Quinta Edición. New York: Marban, 2003. pp. 158-63
7. Tonda RP. Concepto de alto riesgo en reproducción. *Obstetricia y Medicina perinatal temas selectos*, México: Colegio Mexicano de

Asimismo, el fortalecimiento de las competencias del personal de enfermería —particularmente en la medición cuantitativa de la pérdida sanguínea, el reconocimiento temprano de signos de choque, la vigilancia hemodinámica y la aplicación oportuna de intervenciones hemostáticas— resulta fundamental para consolidar una práctica clínica segura, estructurada y centrada en la paciente, como se enfatiza en los modelos contemporáneos de manejo de la hemorragia obstétrica basados en el liderazgo de enfermería y la evaluación sistemática del riesgo.<sup>27</sup>

## Conclusiones

En conjunto, la integración de la estratificación prenatal del riesgo, la respuesta protocolizada mediante el *checklist* y su proyección como herramienta de mejora continua posicionan a la enfermería obstétrica como un pilar esencial en la prevención y el manejo integral de la hemorragia obstétrica. Este enfoque no solo contribuye a mejorar los resultados maternos inmediatos, sino que también fortalece los sistemas de atención obstétrica al promover una cultura de seguridad, calidad y responsabilidad compartida, alineada con la evidencia actual sobre el manejo, la evaluación del riesgo y el liderazgo clínico de enfermería en la hemorragia obstétrica. La consolidación de estas estrategias representa una oportunidad tangible para avanzar hacia una atención obstétrica más segura, eficiente y sustentada en evidencia, con impacto directo en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna.

“Cuidar la vida materna implica anticipar el riesgo, actuar con precisión y aprender de cada experiencia” (Eduardo Daniel Anica Malagón)

## Agradecimientos

A Jessica Hernández Cervantes por empoderar a la enfermería del centro y sur de México.

- Especialistas en Ginecología y Obstetricia A.C., Tomo 1. pp. 87-95.
8. Secretaría de Salud. Guía de Práctica Clínica: Manejo Hemático del Paciente. México: Secretaría de Salud (CENETEC); 2020.
  9. Hensley MK, Bienstock JL. Hemorrhage risk assessment and prevention in obstetric care. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2021;48(2):345-60.
  10. Sheldon WR, Blum J, Vogel JP, et al. Postpartum haemorrhage management, risks, and maternal outcomes: WHO multicountry survey. *PLoS Med.* 2014;11(7):e1001630.
  11. Zhang WH, Deneux-Tharoux C, Brocklehurst P, et al. Effect of a collector bag for measurement of postpartum blood loss after vaginal delivery: cluster randomised trial in 13 European countries. *BMJ.* 2010;340:c293
  12. Katz D, Beilin Y, Prielipp RC, et al. The association between the introduction of quantitative blood loss and postpartum hemorrhage detection. *Am J Perinatol.* 2020;37(4):360-5.
  13. Llau JV, Basora M, Colomina MJ, et al. Medicina transfusional perioperatoria. Segunda ed. Barcelona: Elsevier; 2019. pp. 203-20.
  14. Butwick AJ, Goodnough LT, Spahn DR, et al. Transfusion and coagulation management in major obstetric hemorrhage. *Anesth Analg.* 2015;121(2):442-52.
  15. Berghella V, ed. *Obstetric Evidence-Based Guidelines.* 4th ed. CRC Press; 2021.
  16. Levy JH, Szlam F, Tanaka KA, et al. Fibrinogen and hemostasis: a primary hemostatic target for the management of acquired bleeding. *Anesth Analg.* 2012;114(2):261-74.
  17. Matsunaga S, Takai Y, Nakamura E, et al. Fibrinogen for the management of critical obstetric hemorrhage. *J Obstet Gynaecol Res.* 2019;45(5):905-14.
  18. Clauss A. Rapid physiological coagulation method in determination of fibrinogen. *Acta Haematol.* 1957;17(4):237-46.
  19. Görlinger K, Dirkmann D, Hanke AA. ROTEM for hemostasis management in trauma and obstetrics. *Semin Thromb Hemost.* 2010;36(7):723-37.
  20. Callum JL, Rizoli S, Jansen JO, et al. Cryoprecipitate versus fibrinogen concentrate for bleeding post-cardiac surgery (FIBERS). *JAMA.* 2023;330(5):407-18.
  21. Nii M, Oda T, Morikawa M, et al. Changes in use and outcomes after fibrinogen concentrate insurance coverage for critical obstetrical hemorrhage. *Sci Rep.* 2024;14(1):6711.
  22. Guise JM, Segel S, Clark SL, et al. Teamwork in obstetric critical care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2008;22(5):937-51.
  23. World Health Organization. WHO recommendations: uterotonics for the prevention of postpartum haemorrhage. Geneva: WHO; 2020.
  24. Marchione E, Pruitt J. Standardizing Obstetric Hemorrhage Management Using a Checklist. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2022;51(5):457-65. doi: 10.1016/j.jogn.2022.05.070
  25. Quist-Nelson J, Desai S, Kelly R, et al. Increasing Postpartum Hemorrhage Checklist Use. *Am J Obstet Gynecol.* 2023;229(4):410-8.
  26. Severi E, Kelley E, Bowman D et al. Nurse-Driven Management of Postpartum Hemorrhage. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2018;47(6):834-44.
  27. Sunoqrot M, Keivan M, Ahmadzia H. Definition, management strategies, and risk assessment of obstetric hemorrhage: a narrative review. *Ann Blood.* 2025;10:19.
- 
- Cómo citar este artículo/To reference this article:**  
 Anica-Malagón ED. Liderazgo integrador de enfermería para la calidad en la atención de la hemorragia obstétrica. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2026;34(2)e1592. doi: 10.5281/zenodo.18715636

## Anexo

### Checklist Anica-Malagón

#### Respuesta integral de enfermería en la hemorragia obstétrica

**Nota:** este *checklist* no sustituye la atención médica ni la toma de decisiones clínicas del médico especialista.

Su aplicación tiene como fin iniciar la atención temprana, reducir retrasos en la respuesta asistencial y fortalecer el trabajo en equipo, destacando la importancia de las acciones del personal de enfermería como eje fundamental en la prevención de la mortalidad materna.

#### Etapa 0 Alerta temprana y sospecha inicial

<i>(Sangrado anormal o pérdida &lt; 500 mL)</i>			
No.	Acción de enfermería	Realizado	Observaciones
1	Cuantificar la pérdida sanguínea en mililitros o por peso de compresas.	<input type="checkbox"/>	
2	Verificar signos vitales y registrar inmediatamente.	<input type="checkbox"/>	
3	Detectar signos de <i>shock</i> compensado (taquicardia, palidez, diaforesis).	<input type="checkbox"/>	
4	Aplicar escala de alerta materna (local).	<input type="checkbox"/>	
5	Activar protocolo o código de emergencia obstétrica.	<input type="checkbox"/>	
6	Confirmar permeabilidad de vía venosa periférica.	<input type="checkbox"/>	
7	Registrar hora de inicio del sangrado.	<input type="checkbox"/>	
8	Colocar posición de Trendelenburg leve.	<input type="checkbox"/>	
9	Administrar oxígeno suplementario (8-10 L/min).	<input type="checkbox"/>	
10	Evaluar nivel de conciencia y respuesta verbal.	<input type="checkbox"/>	

#### Etapa 1 Manejo inicial y contención del sangrado

<i>(Pérdida estimada 500-1000 mL o inestabilidad leve)</i>			
No.	Acción de enfermería	Realizado	Observaciones
11	Solicitar apoyo médico inmediato.	<input type="checkbox"/>	
12	Canalizar segunda vía venosa calibre 14-16 G.	<input type="checkbox"/>	
13	Tomar muestras para BH, TP, TTP, fibrinógeno, grupo y RH.	<input type="checkbox"/>	
14	Iniciar infusión de cristaloides tibios (Ringer lactato o SSN 0.9%). Evitar soluciones hipotónicas o glucosadas.	<input type="checkbox"/>	
15	Evaluar el uso oportuno de la reanimación farmacológica de la coagulación (fibrinógeno, ácido tranexámico, etc) de acuerdo con la evolución clínica y control de sangrado.	<input type="checkbox"/>	
16	Registrar volumen infundido y velocidad de administración.	<input type="checkbox"/>	
17	Administrar oxitocina intravenosa según protocolo institucional.	<input type="checkbox"/>	
18	Realizar masaje uterino bimanual hasta obtener tono firme.	<input type="checkbox"/>	
19	Vigilar contracción uterina y cantidad de sangrado.	<input type="checkbox"/>	
20	Revisar placenta y membranas completas si ya se expulsaron.	<input type="checkbox"/>	
21	Pesar compresas y registrar cuantificación.	<input type="checkbox"/>	
22	Mantener temperatura corporal con medios térmicos.	<input type="checkbox"/>	
23	Controlar signos vitales cada 5 minutos.	<input type="checkbox"/>	
24	Documentar intervenciones y evolución en la hoja de enfermería.	<input type="checkbox"/>	
25	Acompañar emocionalmente y tranquilizar a la paciente.	<input type="checkbox"/>	

**Etapa 2 Respuesta avanzada y preparación para transfusión**

<b>(Pérdida 1000-1500 mL o signos de shock evidente)</b>			
<b>No.</b>	<b>Acción de enfermería</b>	<b>Realizado</b>	<b>Observaciones</b>
26	Monitorear de forma continua frecuencia cardíaca y saturación.	<input type="checkbox"/>	
27	Contactar banco de sangre para disponibilidad inmediata, en caso de contar con indicación clínica de transfusión.	<input type="checkbox"/>	
28	Evaluar el uso oportuno de la reanimación farmacológica de la coagulación (fibrinógeno, ácido tranexámico, etx) de acuerdo con la evolución clínica y control de sangrado.	<input type="checkbox"/>	
29	Repetir laboratorios para control evolutivo.	<input type="checkbox"/>	
30	Continuar masaje uterino y verificar tono.	<input type="checkbox"/>	
31	Aplicar segundo uterotónico (metilergonovina si no hay HTA).	<input type="checkbox"/>	
32	Inspeccionar canal de parto y sospechar desgarro si el útero está firme.	<input type="checkbox"/>	
33	Registrar pérdidas y líquidos administrados en balance hídrico.	<input type="checkbox"/>	
34	Colocar sonda Foley para medir diuresis (meta $\geq$ 30 mL/h).	<input type="checkbox"/>	
35	Evaluar llenado capilar y temperatura periférica.	<input type="checkbox"/>	
36	Mantener comunicación constante con el equipo médico.	<input type="checkbox"/>	
37	Preparar material para compresión uterina o taponamiento.	<input type="checkbox"/>	
38	Acompañar a la paciente durante el traslado a quirófano o UCI.	<input type="checkbox"/>	
39	Anticipar uso de hemoderivados según indicación médica.	<input type="checkbox"/>	
40	Mantener registro minuto a minuto de las acciones realizadas.	<input type="checkbox"/>	

**Etapa 3 Crisis hemorrágica o shock refractario**

<b>(Pérdida &gt; 1500 mL o compromiso hemodinámico grave)</b>			
<b>No.</b>	<b>Acción de enfermería</b>	<b>Realizado</b>	<b>Observaciones</b>
41	Asegurar oxigenación con alto flujo o bolsa-reservorio.	<input type="checkbox"/>	
42	Preparar acceso central o de alto flujo si es requerido.	<input type="checkbox"/>	
43	Aplicar compresión uterina sostenida mientras se controla el sangrado.	<input type="checkbox"/>	
44	Preparar administración de hemoderivados (CE, plasma, plaquetas, crioprecipitado).	<input type="checkbox"/>	
45	Precalentar fluidos y cobijas para evitar hipotermia.	<input type="checkbox"/>	
46	Asistir al médico en maniobras quirúrgicas de control del sangrado.	<input type="checkbox"/>	
47	Evaluar el uso de la reanimación farmacológica de la coagulación (Fibrinógeno, ácido tranexámico, etx) de acuerdo a la evolución clínica y control de sangrado. En caso de no ser usado aún o de contar con indicación clínica de nueva dosis.	<input type="checkbox"/>	
48	Apoyar manejo avanzado de la vía aérea si el médico lo indica.	<input type="checkbox"/>	
49	Documentar minuto a minuto intervenciones, líquidos y signos vitales.	<input type="checkbox"/>	
50	Brindar contención emocional a familiares durante la crisis.	<input type="checkbox"/>	

## Strategic plan for collaboration with nursing staff for the detection and effective conversion of deceased donors

Hugo Francisco Ruiz-Serna<sup>1a</sup>, Karen Sugely Rangel-González<sup>1b</sup>, Ana Sofía Luna-Maya<sup>1c</sup>, Even Santiago Rodarte-Duarte<sup>1d</sup>, Alfonso Miguel Padilla-Robledo<sup>1e</sup>

<sup>1</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital de Especialidades No. 71, Coordinación de Donación de Órganos y Tejidos. Torreón, Coahuila, México

Doi: 10.5281/zenodo.18715642

### ORCID

0009-0000-9700-6334<sup>a</sup>  
0009-0009-9684-7129<sup>b</sup>  
0009-0002-4090-6563<sup>c</sup>  
0009-0007-2323-7675<sup>d</sup>  
0009-0005-3960-1414<sup>e</sup>

### Palabras clave (DeCS):

Donantes de Tejidos  
Trasplante de Órganos  
Obtención de Tejidos y Órganos  
Personal de Enfermería  
Optimización de Procesos  
Estrategias de Salud

### Keywords (DeCS):

Tissue Donors  
Organ Transplantation  
Tissue and Organ Procurement  
Nursing Staff  
Process Optimization  
Health Strategies

### Correspondencia:

Hugo Francisco Ruiz Serna  
**Correo electrónico:**  
hugo.ruize@imss.gob.mx  
**Fecha de recepción:**  
30/06/2025  
**Fecha de aceptación:**  
10/10/2025

## Resumen

**Introducción:** aunque se puede expresar la voluntad de ser donante en vida, la decisión final recae en los familiares. ¿Cómo una persona fallecida puede donar sus órganos o tejidos cuando no haya dejado constancia expresa de oposición que tras su muerte se realice la extracción de estos? El objetivo fue implementar un plan estratégico estructurado de colaboración con personal de enfermería para la detección y conversión efectiva de donantes cadavéricos en una unidad médica de tercer nivel.

**Desarrollo:** con base en las metas operativas para aumentar el número de detecciones, reducir el número de negativas familiares y fortalecer la capacitación y cobertura del departamento de donación de órganos, se diseñó un modelo estratégico operativo centrado en la colaboración con personal de enfermería que incluyó la identificación proactiva de posibles donantes, la capacitación continua, la organización por turnos y el fortalecimiento de la entrevista como relación de ayuda.

**Conclusiones:** el número anual de donaciones concretadas se incrementó de 4 en 2021 a 46 en 2024. El trabajo coordinado entre personal de enfermería y coordinación de donación posicionó a la unidad como líder nacional en procuración cadavérica, lo cual demuestra que la estructura, la comunicación y el compromiso institucional pueden transformar los procesos de donación.

## Abstract

**Introduction:** Although the wish to be an organ donor can be expressed during one's lifetime, the final decision rests with the family. How can a deceased person donate their organs and/or tissues when they have not expressly stated their opposition to organ removal after death? The objective was to implement a structured strategic plan for collaboration with nursing staff for the detection and effective conversion of deceased donors in a tertiary care medical unit.

**Development:** Based on the operational goals of increasing the number of detections, reducing the number of family refusals, and strengthening the training and coverage of the Organ Donation Department, it was designed a strategic operational model focused on collaboration with nursing staff including the proactive identification of potential donors, ongoing training, shift scheduling, and strengthening the interview process as a helping relationship.

**Conclusions:** The annual number of completed donations increased from 4 in 2021 to 46 in 2024. The coordinated work between nursing staff and donation coordination positioned the unit as a national leader in organ or tissue procurement, demonstrating that structure, communication, and institutional commitment can transform donation processes.

## Introducción

La *donación de órganos y tejidos* es un acto altruista vital que ha salvado miles de vidas, con 173,727 trasplantes en 2024 y 47,180 donantes de órganos fallecidos en el mismo año; no obstante, la demanda global supera ampliamente la oferta de órganos.

La donación de órganos en México es un acto altruista, voluntario y gratuito, regulado por la Ley General de Salud y el Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA). El trasplante de órganos y tejidos en seres humanos es una intervención terapéutica que puede ser la única opción para preservar la vida de quienes lo necesitan. Se estima que más de 19,000 personas esperan un trasplante, y los órganos que más comúnmente se transplantan son el riñón y la córnea.

En este sentido, la donación de órganos de origen cadavérico enfrenta diversos desafíos debido a factores como la falta de información, los mitos relacionados con la donación, el limitado tiempo disponible para que las familias tomen decisiones durante el proceso de duelo y la preparación del personal de salud para manejar el proceso de manera efectiva.<sup>1</sup>

Aunque se puede expresar la voluntad de ser donante en vida, la decisión final recae en los familiares, por lo que se enfatiza la necesidad de informarles ¿Cómo una persona fallecida puede donar sus órganos o tejidos cuando no haya dejado constancia expresa de oposición que tras su muerte se realice la extracción de estos?

En la Ley General de Salud se establece lo que se debe efectuar con el consentimiento de los familiares, además de una evaluación médica que determine cuáles órganos son aptos para la donación.<sup>2</sup> De acuerdo con esa ley, todos los casos en los que se solicite a una familia la donación de órganos deben ser registrados en una plataforma en línea llamada Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes (SIRNT), el cual es administrado por el CENATRA.<sup>3</sup>

Actualmente, en México existen 19,262 personas en lista de espera para recibir un trasplante de órgano o tejido, cifra que apenas ha disminuido respecto a los 19,774 registrados al cierre de 2024 (cuadro I). Durante ese mismo año, se realizaron 6331 trasplantes, lo que representa una cobertura inferior al 32% de la demanda nacional. Estas cifras evidencian la necesidad de fortalecer los procesos de detección y conversión de donantes cadavéricos.<sup>4</sup>

Para efectos operativos, un proceso de donación se registra como *donación concretada* cuando se obtuvo por lo

Cuadro I Personas receptoras en espera al finalizar el año 2024

Órgano	Total
Riñón	16675
Córnea	2814
Hígado	239
Corazón	17
Hígado-riñón	7
Paratiroides	7
Riñón-páncreas	7
Páncreas	3
Cara	1
Corazón-pulmón	1
Corazón-riñón	1
Riñón-riñón	1

Fuente: Información de CENATRA

menos un tejido u órgano. Si por alguna razón no se extrajo ningún tejido ni órgano a pesar de que el paciente fuera candidato la donación, se registra como *donación no concretada* y se especifica la razón por la que no se concretó, por ejemplo, negativa del familiar, contraindicación médica o legal.<sup>5</sup>

En el ámbito internacional, diversos trabajos académicos y técnicos han citado el modelo español de coordinación y trasplantes como referencia para integrar a profesionales de enfermería en los procesos de donación cadavérica.<sup>6</sup> Este modelo, desarrollado por la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), se caracteriza por protocolos estandarizados, formación continua y participación del personal de enfermería en la detección de donantes. Aunque no todos los estudios lo abordan directamente, su influencia es evidente en propuestas académicas recientes que destacan el papel de enfermería como vínculo entre el equipo médico y los familiares.<sup>7</sup>

Un referente nacional es el estudio realizado para analizar las principales causas de negativa familiar ante la solicitud de donación de órganos. Los investigadores identificaron entre las razones más frecuentes creencias religiosas, el deseo de mantener el cuerpo íntegro, la falta de consenso entre familiares, el desconocimiento sobre el proceso de donación y la desconfianza hacia las instituciones de salud. Estos hallazgos evidencian la complejidad emocional y cultural que enfrentan los coordinadores de donación y subraya la necesidad de contar con personal capacitado en técnicas de entrevista y relación de ayuda, especialmente durante el duelo. Este tipo de barreras,

si no se abordan oportunamente, limitan la conversión de potenciales donantes en donaciones concretadas.<sup>8</sup>

Acercas de la donación cadavérica y trasplantes en México, Argüero-Sánchez *et al.* identificaron múltiples barreras estructurales y operativas que limitan la conversión de potenciales donantes en donaciones concretadas. Entre los hallazgos destacan la falta de protocolos estandarizados, la escasa capacitación del personal hospitalario en procesos de procuración y la necesidad de fortalecer la coordinación intrahospitalaria, y aunque en el estudio no se aborda directamente el rol de enfermería, sus propuestas estratégicas —como la formación continua, la supervisión activa y la implementación de modelos replicables— coinciden con los principios que sustentan este trabajo.<sup>9</sup>

A pesar de los avances normativos y operativos en materia de donación cadavérica en México, lo anterior evidencia un vacío metodológico en torno a modelos replicables centrados en la participación del personal de enfermería dentro de las unidades médicas de alta especialidad en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

La literatura nacional se ha enfocado principalmente en aspectos clínicos, legales o administrativos y ha dejado en segundo plano el papel operativo del personal de enfermería como agente de detección, acompañamiento y conversión de donantes. Esta ausencia limita la sistematización de buenas prácticas y dificulta la formación de equipos de colaboración interprofesional.

En este contexto, con el presente trabajo se busca atender este vacío mediante la descripción de un plan estratégico de colaboración con personal de enfermería, aplicado en una unidad médica de alta especialidad del norte de México a partir de 2022, con el objetivo de fortalecer la detección y conversión efectiva de donantes cadavéricos, utilizando como desenlace principal el número de donaciones concretadas por año.

## Desarrollo

En la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) Hospital de Especialidades No. 71 del IMSS, desde el año 2018 la cantidad de donaciones concretadas ha sido baja, lo que dio lugar a gestionar acciones para incrementar dicho indicador. Se encontraron múltiples áreas de oportunidad en el proceso de identificación y abordaje de potenciales donantes, y se implementaron estrategias de mejora dirigidas a optimizar el procedimiento y lograr un mayor número de donaciones.

A partir de 2022, después de la pandemia por SARS-CoV-2, se trabajó en la sensibilización del personal respecto a la necesidad de órganos para trasplante y el procedimiento que debería realizarse. Cabe señalar que el personal de enfermería fue el pilar para la identificación de potenciales donantes.

## Metodología

Se hizo un análisis comparativo tipo antes-después, centrado en la implementación de un modelo de colaboración con el personal de enfermería para la detección de donantes cadavéricos. El periodo previo (fase basal) comprendió de enero de 2018 a diciembre de 2021, y la fase de intervención inició en febrero de 2022. El ámbito del estudio fue la ya mencionada UMAE, ubicada en el norte de México.

Las fuentes de información incluyeron registros internos del hospital y datos extraídos del SIRNT. La población de referencia fueron los registros de defunciones hospitalarias ocurridas en el periodo de estudio. La variable por medir fue el número de donaciones concretadas por año. El análisis consistió en comparar el número anual de donaciones concretadas durante el periodo previo (2018-2021) y el posterior (2022-2024) a la implementación del modelo operativo. El análisis interno evidenció una baja conversión histórica, limitada participación de enfermería y ausencia de cobertura por turnos. El análisis externo consideró el impacto de la pandemia por SARS-CoV-2, la necesidad nacional de órganos y los marcos normativos vigentes.

Las metas operativas establecidas fueron: aumentar el número de detecciones, reducir el número de negativas familiares, así como fortalecer la capacitación y la cobertura del Departamento de Donación de Órganos.

La intervención se diseñó como un modelo estratégico mediante la colaboración del personal de enfermería para mejorar los procesos de identificación, entrevista y concreción de donaciones, con base en los manuales de procedimientos de la Coordinación de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células (CDTOTC).

La implementación de la intervención se estructuró en 6 estrategias operativas: 1) participación del personal de enfermería, 2) comunicación entre el personal de enfermería y la coordinación hospitalaria de donación, 3) identificación proactiva de posibles donantes, 4) capacitación del personal de salud, 5) organización del personal sustantivo y 6) la entrevista como relación de ayuda.

Para supervisar su aplicación, se utilizó el tablero de control del plan anual de trabajo de la coordinación hospitalaria de donación, que incluye indicadores sobre personal, infraestructura, capacitación, comités, registro y notificación. La supervisión operativa se realizó mediante reuniones periódicas con la dirección de enfermería, revisión de bitácoras clínicas y seguimiento de indicadores institucionales. La estructura estratégica del modelo operativo se resume en el **cuadro II**.

Antes de la implementación de las estrategias operativas, el número de donaciones concretadas en 2018 fue de 20 y en 2019 fue de 17 donaciones. Las estrategias de trabajo se desarrollan a continuación.

### 1. Participación del personal de enfermería

Se hizo mancuerna con el personal de enfermería de las áreas de Cuidados Críticos para la detección temprana de potenciales donantes. El personal de enfermería jefe de piso desempeñó un papel esencial en la supervisión y la coordinación del personal, además de garantizar el seguimiento correcto de los protocolos y cuidados necesarios para mantener a los potenciales donantes. Cabe señalar que su cercanía con los familiares de los donantes significó una fuente de información valiosa que permitió abordar adecuadamente las necesidades psicosociales de los familiares.

### 2. Comunicación entre enfermería y coordinación de donación

Se establecieron canales sólidos de comunicación entre el personal de enfermería y el equipo médico encargado de realizar las entrevistas. Se aplicó de manera efectiva el manual de procedimientos 2G00-003-001, en cuanto a la notificación del nombre y la ubicación del posible donador, con base en criterios clínicos como escala de coma de Glasgow  $\leq 7$  puntos, daño neurológico severo y estado de salud grave y muy grave.<sup>10</sup>

Se colocaron letreros con el número telefónico del coordinador y de los médicos pasantes en servicio social asignados a la coordinación, y se informó a todo el personal sobre la obligación de reportar defunciones de posibles donantes.

### 3. Identificación proactiva de posibles donantes

Con el propósito de identificar candidatos a donación según el manual de procedimientos 2G00-003-001,<sup>10</sup> se agendaron pases de visita en las unidades críticas como la unidad de cuidados intensivos pediátricos, la unidad de cuidados intensivos de adultos y la unidad de cuidados coronarios.

**Cuadro II Estructura estratégica del modelo operativo**

Componente	Descripción
Objetivo	Incrementar la detección y conversión de donantes cadavéricos mediante la colaboración estructurada del personal de enfermería en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades No. 71 del IMSS
Metas operativas	Aumentar el número de detecciones Reducir negativas familiares Mejorar el número de donaciones concretadas Fortalecer la capacitación y la cobertura del Departamento de Donación de Órganos
Análisis interno	Bajo número de donaciones concretadas, limitada participación de enfermería, falta de cobertura por turnos en la coordinación de donación
Análisis externo	Impacto de la pandemia por SARS-CoV-2, necesidad nacional de órganos, lineamientos del CENATRA y de la CDTOTC
Implementación de 6 estrategias	Participación del personal de enfermería Comunicación entre el personal de enfermería y la coordinación hospitalaria de donación Identificación proactiva de posibles donantes Capacitación del personal de salud Organización del personal sustantivo La entrevista como relación de ayuda
Supervisión y seguimiento	Tablero de control del plan anual de trabajo, reuniones mensuales con la dirección de enfermería, revisión de bitácoras clínicas
Evaluación operativa	Análisis del número de donaciones concretadas con enfoque en mejora continua
Colaboración del personal de enfermería	Supervisión mediante reuniones con la dirección, intervención a través de capacitación y acompañamiento en entrevistas y control mediante revisión de bitácoras y seguimiento por turnos

Fuente: elaboración propia

#### 4. Capacitación de personal de salud

Consistió en realizar sesiones de capacitación para el personal acerca de los siguientes documentos:

- Procedimiento para la detección, diagnóstico, certificación, evaluación y manejo del paciente fallecido por muerte encefálica (82G00-003-001), para la detección y evaluación del paciente fallecido por parada cardíaca, como potenciales donantes de órganos o tejidos.<sup>10</sup>
- Procedimiento para la entrevista familiar, distribución, extracción, resguardo, traslado y registro de órganos y tejidos procedentes de donación cadavérica en unidades médicas hospitalarias de segundo y tercer nivel de atención de salud en el IMSS (2G00-003-002).<sup>11</sup>
- Manual de organización de las UMAE (0500-002-002).<sup>12</sup>

#### 5. Organización de personal sustantivo

La Coordinación de donación de órganos cuenta con médicos pasantes en programa de servicio social, quienes fueron redistribuidos en turnos de trabajo con el propósito de asegurar la disponibilidad, las 24 horas del día, todos los días del año. Lo anterior, con la finalidad de recibir las notificaciones del personal de enfermería y realizar pases de visita según el manual de trabajo.

#### 6. Entrevista como relación de ayuda

Se utilizaron técnicas de comunicación efectiva y de relación de ayuda basadas en el respeto, la empatía y la

autenticidad. La entrevista implicaba evaluar la etapa del duelo y proporcionar información completa para generar la satisfacción de contribuir en la mejora de la salud de quienes esperan un órgano o tejido.

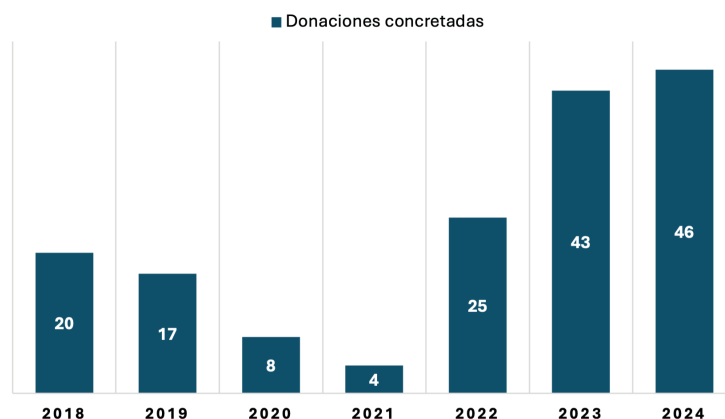
### Resultados

La implementación de las estrategias para optimizar el proceso de donación ha tenido un impacto notable en el número de donaciones concretadas (figura 1). Las 4 donaciones concretadas en 2021 reflejan la incertidumbre ante la pandemia por SARS-CoV-2. El cambio en 2022 fue notable con la consolidación del equipo multidisciplinario capacitado para la detección y abordaje de posibles donantes, con incremento a 25 donaciones concretadas.

La implementación de entrevistas individualizadas y la disponibilidad de personal capacitado en todos los turnos permitió un incremento sustancial en la identificación de candidatos y entrevistas efectivas para lograr 43 donaciones concretadas. Este aumento se atribuye principalmente a la mejora en la comunicación y colaboración entre el personal de enfermería operativo y jefe de piso y personal médico, la notificación oportuna sobre los pacientes graves con criterios clínicos y el pase de visita diario. Esto permitió una respuesta más rápida y efectiva ante los casos de una potencial donación.

Con la implementación de las estrategias operativas (incluida la capacitación continua del personal de enfermería en la identificación de posibles donantes y la optimización del flujo de información hospitalaria) se alcanzaron 46 donaciones efectivas. Este resultado posicionó a la uni-

Figura 1 Donaciones concretadas con la implementación del plan estratégico en 2022 (n = 166)



Fuente: elaboración propia

dad como líder nacional en procuración de órganos y tejidos de origen cadavérico con fines de trasplante, de acuerdo con los datos internos reportados por la CDTOTC. Este logro reafirma la importancia de contar con un sistema estructurado, en el que cada integrante del equipo de salud desempeñe un rol definido dentro del proceso de donación.

## Discusión

### Necesidad de ampliar red de unidades y áreas de oportunidad

Para proporcionar contexto, los establecimientos de salud que deseen extraer órganos deben contar con una licencia expedida por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS).<sup>3</sup> La posibilidad de que cada unidad médica pudiera contribuir activamente a la procuración de órganos y tejidos al contar con licencia les permitiría abordar los casos potenciales de donantes de manera más eficiente.

En un hospital general de zona de Torreón, Coahuila, se realizó un estudio piloto con el objetivo de evaluar la incidencia de posibles donantes cadavéricos. Los hallazgos indicaron que de cada 100 defunciones entre 30 y 45 podrían haber sido candidatos para la donación de algún tipo de tejido. Cabe decir que la ausencia de un programa de procuración de órganos y de la licencia correspondiente resultó en la pérdida de estas oportunidades.

En la [figura 2](#) se muestra el total de defunciones por

mes y al mismo tiempo se evidencia la necesidad de mejorar los procesos de identificación y procuración de órganos en los hospitales generales de zona.

La implementación de estrategias que faciliten la detección temprana de donantes potenciales permitiría reducir la discrepancia entre la oferta y la demanda de tejidos y órganos, lo cual beneficie a los pacientes en lista de espera. Asimismo, el fortalecimiento de la capacitación del personal sanitario y la sensibilización de la población sobre la importancia de la donación podrían contribuir de manera significativa a incrementar el número de donaciones en la región.<sup>9,13</sup>

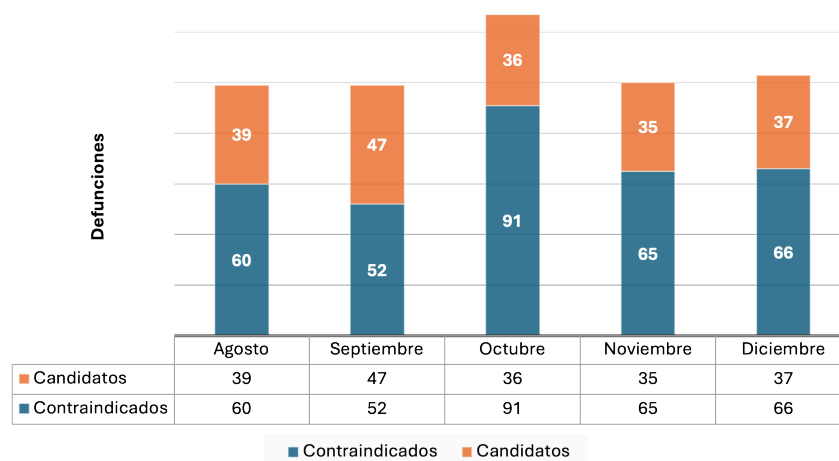
## Conclusiones

La aplicación del modelo estratégico favoreció el incremento en el número anual de donaciones concretadas, al comparar los registros institucionales entre los periodos de 2018-2021 y de 2022-2024.

La experiencia en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades No. 71 sugiere que la mejora en los procesos estratégicos de identificación de potenciales donantes genera oportunidades y beneficios para posibles receptores de trasplante que estén en espera.

El personal de enfermería desempeñó funciones clave durante todo el proceso, respecto a la notificación oportuna de una defunción y el cuidado del estado emocional de los familiares, lo que permitió valorar la viabilidad operativa y ética del abordaje. Además, dieron el aviso oportuno sobre los pacientes graves con posibilidad de evolución a muerte encefálica. En donaciones multiorgá-

Figura 2 Defunciones en el hospital general de zona ocurridas de agosto a diciembre de 2024 (n = 528)



nicas, colaboraron activamente en el mantenimiento de la funcionalidad de los órganos, con seguimiento de la prescripción médica y el registro de forma precisa de los signos vitales, la diuresis y los parámetros críticos.

La donación y recepción de órganos o tejidos involucra a un amplio grupo de profesionales con conocimientos y responsabilidades diversas, entre ellos el personal administrativo, de enfermería, trabajo social, intendencia, laboratorio clínico, médicos en formación y médicos tratantes. Por lo tanto, la definición clara de roles entre los integrantes del equipo permitió una comunicación eficiente y una toma de decisiones ágil, con impacto positivo en el número de donaciones concretadas.

La supervisión de las acciones del personal de enfer-

mería se realizó conforme a los protocolos establecidos en los manuales institucionales.<sup>10,11</sup> Como línea de trabajo futura, se propone reforzar la aplicación sistemática de estos documentos, los cuales definen con claridad las funciones específicas. Además, incluyen flujogramas operativos y criterios técnicos que facilitan la replicación del modelo en otras unidades médicas. Su implementación efectiva, acompañada de auditorías internas y listas de verificación, contribuiría a fortalecer la calidad del proceso y garantizar su sostenibilidad.

Esta experiencia institucional demuestra que con estructura, coordinación y compromiso es posible fortalecer los procesos de donación y avanzar hacia un sistema de salud más justo y eficiente.

## Referencias

1. Vázquez-Gómez M, Moreno-Contreras S. Donación de órganos y tejidos con fines de trasplante: lo que un médico en formación debe conocer. *Rev Mex Traspl.* 2018;7(2):59-64. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/trasplantes/rmt-2018/rmt182d.pdf>
2. Ley General de Salud. México: Diario Oficial de la Federación; 7 de junio de 2024. Disponible en: <https://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/pdf/wo11037.pdf>
3. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de trasplantes. México: Diario Oficial de la Federación; 26 de marzo de 2014. Disponible en: <https://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/pdf/wo93313.pdf>
4. Centro Nacional de Trasplantes. Estadísticas sobre donación y trasplantes. Ciudad de México: Secretaría de Salud; 7 de enero de 2026. Disponible en: <https://www.gob.mx/cenatra/documentos/estadisticas-50060>
5. Centro Nacional de Trasplantes. Guía para los comités internos de trasplantes y responsables sanitarios de establecimientos autorizados para actividades de donación, trasplantes y bancos de tejidos. Ciudad de México: Secretaría de Salud; [sin fecha de publicación]. Disponible en: [https://cenatra.gob.mx/guias.pdf?s\\_acceso=1](https://cenatra.gob.mx/guias.pdf?s_acceso=1)
6. Organización Nacional de Trasplantes. El modelo español de coordinación de trasplantes. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024. Disponible en: <https://www.ont.es/wp-content/uploads/2024/05/El-Modelo-Espanol-de-Coordinacion-de-Trasplantes.pdf>
7. Mazón Mantilla P, García-Moreno A, López Rueda M. El papel de la enfermería en el proceso de donación de órganos. Póster presentado en el VII Congreso de Desarrollo Profesional en el Entorno Sanitario; 12-13 de junio de 2025; Madrid, España. Disponible en: <https://congresosfnn.com/wp-content/uploads/2025/06/vii-congreso-de-desarrollo-profesional-en-el-entorno-sanitario/PaulaMazonMantilla-PosterFNN.pdf>
8. Sánchez-Galeana KR, Barrientos-Núñez ME. Principales causas de negativa familiar para la donación en un hospital de tercer nivel en Puebla. *Rev Mex Traspl.* 2023;12(4):199-204. doi: 10.35366/113804
9. Argüero-Sánchez R, Sánchez-Ramírez O, Olivares-Durán EM. Donación cadavérica y trasplantes de órganos en México: análisis de 12 años y siete propuestas estratégicas. *Cir Cir.* 2020;88(3):254-262. doi: 10.24875/ciru.19001379
10. Instituto Mexicano del Seguro Social. Procedimiento para la detección, diagnóstico, certificación, evaluación y manejo del paciente fallecido por muerte encefálica; para la detección y evaluación del paciente fallecido por parada cardíaca, como potenciales donadores de órganos y/o tejidos. México: IMSS; 2022. Disponible en: <https://repositorio.imss.gob.mx/normatividad/DNMR/Procedimiento/2G00-003-001.pdf>
11. Instituto Mexicano del Seguro Social. Procedimiento para la entrevista familiar, distribución, extracción, resguardo, traslado y registro de órganos y tejidos procedentes de donación cadavérica en unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social. México: IMSS; actualización 9 de diciembre de 2022. Disponible en: <https://repositorio.imss.gob.mx/normatividad/DNMR/Procedimiento/2G00-003-002.pdf>
12. Instituto Mexicano del Seguro Social. Manual de organización de las unidades médicas de alta especialidad (genérico). Clave: 0500-002-002. México: IMSS; 2024. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/manualesynormas/0500-002-002.pdf>
13. Rodríguez-Weber FL, Secín-Diep R, Ramírez-Arias JL. El trabajo en equipo como parte de un sistema de salud. *Acta Médica Grupo Ángeles.* 2021;19(4):477-9. doi: 10.35366/102530

---

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

Ruiz-Serna HF, Rangel-González KS, Luna-Maya AS, *et al.* Plan estratégico de colaboración con personal de enfermería para la detección y conversión efectiva de donantes cadavéricos. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2026;34(2):e1565. doi: 10.5281/zenodo.18715642

María Fernanda Huerta-Martínez<sup>1a</sup>, Gladys Pérez-Vázquez<sup>2b</sup>, Gricelda Rodríguez-Rojas<sup>3c</sup>, Ilse Hidalgo-Arce<sup>3d</sup>, Jorge Quiroz-Williams<sup>2e</sup>, Suemmy Gaytán-Fernández<sup>2f</sup>

<sup>1</sup>Secretaría de Marina, Hospital Naval de Especialidades, Clínica de Heridas. Veracruz, Veracruz, México

<sup>2</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital de Traumatología y Ortopedia, Dirección de Educación e Investigación en Salud. Puebla, Puebla, México

<sup>3</sup>Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, Facultad de Enfermería, Posgrado en Enfermería. Puebla, Puebla, México

Doi: 10.5281/zenodo.18715654

### ORCID

0009-0002-9456-5258<sup>a</sup>

0009-0003-9434-5690<sup>b</sup>

0000-0002-9997-9903<sup>c</sup>

0000-0001-7293-9170<sup>d</sup>

0000-0002-4025-9418<sup>e</sup>

0000-0003-3068-6181<sup>f</sup>

### Palabras clave (DeCS):

Gangrena de Fournier  
Proceso de Enfermería  
Terapia de Presión Negativa  
para Heridas  
Fascitis Necrotizante  
Planificación de Atención al  
Paciente

### Keywords (DeCS):

Fournier Gangrene  
Nursing Process  
Negative-Pressure Wound  
Therapy  
Fascitis, Necrotizing  
Patient Care Planning

### Correspondencia:

Gladys Pérez Vázquez

**Correo electrónico:**

glapeva22@gmail.com

**Fecha de recepción:**

08/07/2025

**Fecha de aceptación:**

07/11/2025

## Resumen

**Introducción:** la gangrena de Fournier (GF) es una fascitis necrotizante que provoca trombosis de los pequeños vasos subcutáneos, la cual se propaga por el área perianal y genital. El diagnóstico oportuno disminuye la morbilidad y mortalidad. El tratamiento incluye desbridamiento quirúrgico del tejido necrótico y antibióticos de amplio espectro. Se buscó mostrar la relevancia de la consultoría privada con base en el proceso de atención de enfermería (PAE) en un paciente con GF.

**Desarrollo:** estudio de caso clínico de un paciente con el PAE. Se hizo valoración con el modelo de 14 necesidades de Virginia Henderson y el Triángulo de las heridas, identificación de diagnósticos y su interrelación con las taxonomías NANDA-NOC-NIC. Se utilizó el formato PLACE para la planificación, ejecución y evaluación de intervenciones y resultados esperados. Se identificaron diagnósticos enfocados en el problema y diagnósticos de riesgo. Por la magnitud del riesgo para la vida, se priorizó el deterioro de la integridad tisular y se logró recuperar la cicatrización con 19 curaciones durante 3 meses.

**Conclusión:** la recuperación de la integridad tisular y cutánea en 92 días es una prueba tangible de que, aplicado de manera rigurosa, el PAE conduce a resultados exitosos; por tanto, se demuestra cómo el profesional de enfermería, por medio de la experiencia y el razonamiento, puede crear soluciones ingeniosas y efectivas que mejoran la calidad y seguridad del paciente.

## Abstract

**Introduction:** Fournier's gangrene is a necrotizing fasciitis that causes thrombosis of small subcutaneous vessels, spreading through the perianal and genital area. Timely diagnosis reduces morbidity and mortality. Treatment includes surgical debridement of necrotic tissue and broad-spectrum antibiotics. The purpose of this clinical case study was to demonstrate the relevance of private consulting based on the nursing care process (NCP) in a patient with Fournier's gangrene.

**Development:** This clinical case study of a male patient was conducted using the NCP methodology. An assessment was performed using Virginia Henderson's 14 Needs model, the Wound Triangle, identification of diagnoses, and their interrelation with the NANDA-NOC-NIC taxonomies. The PLACE format was used for the planning, implementation, and evaluation of interventions and expected outcomes. Problem-focused and risk diagnoses were identified. Due to the magnitude of risk to human life, impaired tissue integrity was prioritized, and wound healing was achieved with 19 dressing changes over 3 months.

**Conclusion:** The recovery of tissue and skin integrity in 92 days is not only a clinical outcome but also tangible proof that the NCP, when rigorously applied, leads to successful results as a practical innovation. This demonstrates how nursing professionals, through experience and reasoning, can create ingenious and effective solutions that improve patient safety and quality of life.

## Introducción

La gangrena de Fournier (GF) es una fascitis necrotizante descrita por primera vez mediante el caso de un niño por Baurienne (1764). Joseph Jones (1871) describió la enfermedad y posteriormente Jean Alfred Fournier (1833) especialista en enfermedades de transmisión sexual reportó un tipo de gangrena fulminante, dada la experiencia de 5 pacientes hombres con lesiones a nivel genital; es así que se nombró como *gangrena de Fournier* y hasta 1952 Wilson la definió como *fascitis necrotizante*, con una descripción más específica de los signos, como es la infección y la necrosis.<sup>1</sup>

La tasa de mortalidad global en Reino Unido se reporta con 18.20% y de ingresos hospitalarios de 0.02%, en Estados Unidos (2009) con 7.5% y Argentina (2005-2007) del 23% y es la causa más frecuente de sepsis.<sup>1</sup> Respecto a la prevalencia e incidencia nacional y estatal no se encontraron datos recientes sobre la GF.

La fascitis necrotizante se considera una emergencia quirúrgica por la forma agresiva en que afecta la zona perineal, genital y perianal, con rápida progresión de 2 a 3 cm; en consecuencia, si no es atendida de forma rápida puede tornarse con una alta mortalidad.<sup>2</sup> Aunque puede presentarse en ambos sexos, la prevalencia es mayor en hombres, con una media de 64 años de edad, y se presenta una mayor mortalidad en el grupo de 70 años o más.<sup>3</sup>

Esta enfermedad tiene un inicio infeccioso polimicrobiano y sinérgico en el que se encuentran bacterias aerobias y anaerobias que causan necrosis e infección en tejidos blandos.<sup>3</sup> Con base en el tipo de agente microbiológico se han descrito 4 grupos:<sup>2</sup> tipo 1 y tipo 2, monomicrobianas; tipo 3, mionecrosis clostridiana, y tipo 4, fúngica. De esta forma, los factores de riesgo que predisponen al desarrollo de la GF son diversos, como diabetes mellitus,<sup>4</sup> desnutrición, alteración del sistema inmunológico, alcoholismo crónico, inmunosupresión por quimioterapia, esteroides o malignidad, infección por virus de inmunodeficiencia humana, obesidad, tabaquismo, síndromes linfoproliferativos. También se han considerado otros factores, como cirugía urológica, infección del tracto urinario, parafimosis, estenosis uretral, cateterización traumática, patologías anorrectales como abscesos (escrotal o vulvar), trauma rectal, infecciones purulentas, reacciones alérgicas, celulitis, hidradenitis, bartolitis y úlceras por presión.<sup>2</sup>

El diagnóstico médico se basa en la valoración clínica del dolor escrotal o vulvar, inflamación, ampollas, lesiones, crepitación, olor fétido y fiebre, con evolución de la

lesión de necrosis en la zona afectada.<sup>2,5,6</sup> Lo anterior con apoyo de estudios como radiografía simple, ultrasonido, tomografía computarizada y resonancia magnética; asimismo, biometría hemática y química sanguínea, proteína C reactiva y procalcitonina, sin omitir cultivo de la lesión con antibiograma. Cabe señalar que con base en la clínica se podría iniciar el tratamiento inmediato con antibiótico de amplio espectro y desbridamiento quirúrgico del tejido necrótico para minimizar las complicaciones y posible mortalidad.<sup>2</sup>

Con base en lo anterior, cobran relevancia las intervenciones de enfermería para el cuidado de la persona con GF, con fundamento en la complejidad y en las consecuencias significativas asociadas con el estado de salud y el entorno familiar y social.

Para identificar las necesidades humanas afectadas se tomó como marco conceptual las 14 necesidades básicas del modelo de Virginia Henderson,<sup>7</sup> las taxonomías de clasificación NANDA I (*North American Nursing Diagnosis Association/2024-2026*), NOC (*Nursing Outcomes Classification*) y NIC (*Nursing Interventions Classification*), guías de práctica clínica y el Triángulo de evaluación de las heridas como un marco holístico diseñado para evaluar y manejar todas las áreas de la herida. Estas taxonomías y herramientas fueron la guía para el análisis y la reflexión durante la toma de decisiones en el proceso de atención de manera oportuna, con calidad y seguridad.<sup>8</sup>

En este estudio, se presenta el caso clínico de una persona del sexo masculino de 71 años con herida de GF. El abordaje se hizo con la herramienta metodológica del proceso de atención de enfermería (PAE), para guiar y ordenar las intervenciones de enfermería durante las etapas de valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. Lo anterior, con el propósito de mostrar la relevancia del estudio de caso clínico de una persona con GF en la consultoría privada de enfermería utilizando la metodología del PAE.

## Metodología

### Valoración

Estudio de caso clínico en el que se aplicaron las 5 etapas del PAE. Se hizo la valoración de la persona con base en las 14 necesidades que describe Virginia Henderson y el Triángulo de evaluación de las heridas (**cuadro I**). Se identificaron las necesidades de riesgo para el estado

de salud y la priorización de diagnósticos de enfermería establecidos por la NANDA, se utilizó el formato del Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE) y para organizar la planeación de los cuidados individualizados, la ejecución de intervenciones con los NIC (cuadro II) y la evaluación de resultados con los NOC (cuadro III). Lo anterior permitió la atención integral personalizada para recuperar el estado de salud de la persona. La atención integral no solo es la gestión de las complicaciones físicas, sino también el abordaje de las necesidades emocionales y psicológicas del paciente y el respeto a su dignidad humana.

Se aplicaron criterios de investigación en humanos, conforme al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.<sup>9</sup> Se solicitó la autorización del participante mediante su consentimiento informado para la toma y publicación de fotografías con respeto en todo momento de la dignidad humana del participante.

### Presentación del caso clínico

Hombre de 71 años, residente del puerto de Veracruz, con estado civil casado, cuya religión es la católica, con

**Cuadro I Valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson**

Necesidad de...	Descripción
1. Respirar normalmente	Datos subjetivos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Refiere no tener dificultad respiratoria ni fatiga</li> <li>• Ventila de forma espontánea con adecuada entrada y salida de aire, sin presencia de sibilancias ni estertores</li> <li>• Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad</li> <li>• Adecuada coloración de tegumentos, llenado capilar 2 segundos</li> </ul> Datos objetivos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Signos vitales: FR 20/minuto, FC 84/minuto, TA 130/70 mm/hg</li> <li>• Saturación de oxígeno 96%</li> </ul>
2. Comer y beber adecuadamente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso: 80 kg / talla: 1.70 metros / IMC: 26.1</li> <li>• Dieta específica para paciente diabético, hipertenso y nefrópata, realiza 3 comidas al día, consume menos cantidad en la cena</li> <li>• Horario de desayuno 6:00 am, comida 14:00 pm y cena 20:30 pm</li> <li>• Alimentos acordes al tipo de dieta, restricción de líquidos a 1 litro, incluidas sopas, baja ingesta de proteína y sodio</li> <li>• Mucosas orales semihidratadas, cabello seco, uñas de las manos porosas, hace uso de placa dental, por lo que requiere de alimentos blandos</li> <li>• Xerosis cutánea visible en miembros torácicos y pélvicos, hiperpigmentación en miembros pélvicos, múltiples lesiones cutáneas y huellas de rascado</li> </ul> Medicamentos: calcio vía oral 2 tabletas cada 12 horas, insulina glargina 30 unidades (UI) pre-desayuno y 15 UI pre-cena           Datos subjetivos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Refiere sensación de indigestión o inapetencia cuando se le realiza diálisis peritoneal, por lo que en ocasiones se ven alterados sus horarios de comida</li> <li>• Manifiesta que depende de su esposa para la preparación de sus alimentos, pero no refiere dificultad para alimentarse por sí mismo</li> </ul>
3. Eliminar por todas las vías corporales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TC 36.6 °C</li> <li>• Paciente con enfermedad renal crónica (ERC) etapa 5, colocación de catéter Tenckoff desde hace 3 años, actualmente con terapia de reemplazo renal con diálisis peritoneal en domicilio, 3 recambios cada 3 horas de 2000 mL cada uno</li> <li>• Antecedente de colocación de una talla vesical suprapúbica (cistotomía) el 15 de abril de 2023 por hiperplasia prostática, tratamiento con finasterida 1 tableta vía oral cada 12 horas, furosemida 40 mg cada 12 horas</li> <li>• Refiere que incluye alimentos altos en fibra para mejorar tránsito intestinal, de 1 a 2 evacuaciones al día, heces de coloración y consistencia adecuadas</li> </ul> Laboratorio: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen general de orina (EGO) volumen de 170, urea 87, albumina 1.3, urocultivo por sonda de cistostomía: <i>Candida</i> positivo (+)</li> </ul>
4. Moverse y mantener posturas adecuadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No realiza actividad física por indicación médica; presenta debilidad y mareo</li> <li>• Presenta úlceras arteriales en ambos pies</li> <li>• Refiere inicio de síntomas de neuropatía diabética en miembros pélvicos en 2022</li> <li>• Dificultad para mantener el equilibrio y para iniciar la marcha relacionada con amputación del primer y segundo orjeo del pie derecho y primer orjeo del pie izquierdo</li> <li>• Utiliza silla de ruedas para trasladarse de un lado a otro con apoyo de algún familiar; requiere ayuda de su esposa para poder movilizarse</li> <li>• Manifiesta que hay una mayor dificultad en la movilización debido a dispositivos como sonda de cistostomía, catéter Tenckoff y sistema de presión negativa en herida suprapúbica de reciente colocación</li> </ul>

Continúa en la página: 4

Continúa de la página: 3

<p>5. Dormir y descansar</p>	<p>Patrón del sueño alterado relacionado con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor abdominal y constantes visitas al hospital</li> <li>• Sesiones de oxigenoterapia hiperbárica (OHB) 2 veces al día, a las 7:30 y 9:30 horas (esquema de 30 sesiones continuas, de lunes a viernes, con descanso los días sábado y domingo)</li> <li>• Curaciones avanzadas y consulta médica de diferentes especialidades</li> <li>• Inicio de terapia de reemplazo renal con diálisis peritoneal hace 3 años, inicia tratamiento de hemodiálisis a mediados del mes de octubre 2023 por disfunción de catéter y balances hídricos positivos</li> <li>• Refiere dormir aproximadamente 7 horas con interrupción del sueño por la madrugada, debido a que le preocupa que su herida suprapúbica no cicatrice adecuadamente</li> <li>• Refiere dificultad para los cambios posturales por la incomodidad con el sistema de presión negativa</li> </ul>
<p>6. Usar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Requiere ayuda de su esposa para vestirse y desvestirse por los diferentes dispositivos médicos y heridas</li> <li>• Viste ropa holgada para facilitar su movilidad y mayor comodidad</li> <li>• No puede usar calzado debido a las úlceras arteriales en fase de epitelización en miembro pélvico izquierdo</li> <li>• El cuidado de sus heridas lo lleva a cabo con apoyo de su esposa, para realizar el cambio de gasas, de acuerdo con las necesidades de la herida y ambos tratan de tomar medidas adecuadas de higiene para evitar que se infecten</li> </ul>
<p>7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refiere escalofríos con temperatura corporal de 36.6 °C</li> <li>• Refiere sensación de frío la mayoría del tiempo; en su hogar refiere sensación térmica elevada, pero cuenta con ventiladores y aire acondicionado en su habitación</li> <li>• Refiere alteración de temperatura cuando acude al hospital debido al aire acondicionado, por lo que se apoya con el uso de una frazada o chamarra para sentir confort</li> </ul>
<p>8. Mantener higiene corporal y la integridad de la piel</p>	<p>Se observa que el paciente tiene xerosis cutánea e hiperpigmentación en miembros pélvicos; en miembro pélvico derecho dorsolateral con úlceras arteriales en fase de epitelización</p> <p>Se observa cabello seco, mucosa oral semihidratada, uñas porosas, prurito en extremidades superiores e inferiores, en ocasiones por la resequeidad</p> <p>Herida por fascitis necrosante (gangrena de Fournier) en fase inflamatoria, localizada a nivel genital y suprapúbica que involucra escroto izquierdo, base del pene, zona suprapúbica, hipo y mesogastrio, clasificada como herida crónica dado que presenta más de un mes de evolución (figura 1)</p> <p>Valoración completa de la herida con base en el Triángulo de las heridas en 3 partes: lecho de la herida, bordes y piel perilesional</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lecho de la herida con dimensiones aproximadas de 23 cm de largo x 5 cm de ancho x 5.5 cm de profundidad, 632.5 en volumen de cm<sup>3</sup>. En cuanto al tipo de tejido, se observa 55% de tejido granular, 20% de tejido esfacelar, 20% de fibrina, 5% de tejido necrótico, lo cual hace un total del 100% de la herida; exudado seropurulento de cantidad moderada. Se recaba imagen fotográfica previo consentimiento por escrito del paciente y familiar</li> <li>• En los bordes de la herida se palpa socavamiento que a través de las manecillas del reloj va de 1 a 3 horas-7 cm, de 8 a 11 horas-5 cm. En piel perilesional se observa y palpa edema (++)</li> </ul> <p>Respecto a la higiene personal, la realiza una vez a la semana, cubre catéter de diálisis peritoneal para evitar entrada de agua y cubre con bolsa de plástico las heridas arteriales en fase de epitelización de miembros pélvicos. Realiza aseo por partes con lienzos húmedos, jícara con agua y jabón neutro. Para evitar caídas, se baña sentado en silla de plástico y siempre en compañía y ayuda de su esposa. Cepillado de dientes de 3 a 4 veces al día. Para humectar la piel utiliza crema de aceite de almendras dulces 2 veces al día</p> <p>Realiza cambio de gasas diario y a necesidad de la herida, sin retirar apósito avanzado en miembros pélvicos</p> <p>Valoración con la escala de Braden: riesgo moderado de úlceras por presión en zona sacro-coxígea y región calcánea</p>
<p>9. Evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartilla de vacunación completa</li> <li>• Apoyo de su familia para la movilización y adaptación de la infraestructura de su hogar a sus necesidades y prevención de accidentes</li> <li>• Valoración médica con servicio de nefrología cada 2 meses, así como para la curación avanzada, dependiendo del estado del apósito y las condiciones de la herida</li> <li>• Realiza exploración de sus pies con apoyo de su esposa para verificar la presencia de nuevas lesiones, ya que por la neuropatía ha perdido sensibilidad</li> <li>• Manifiesta sensación de ansiedad durante las sesiones de diálisis peritoneal debido a que interrumpe sus actividades de recreación para realizar su recambio</li> <li>• En ocasiones presenta dificultad para memorizar y recordar cosas, pero se apoya en su esposa</li> </ul>
<p>10. Comunicarse con los demás expresando sus emociones</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refiere tener un adecuado núcleo familiar y red de apoyo; con ellos puede expresar libremente sus preocupaciones y sus emociones</li> <li>• En ocasiones se le dificulta solicitar ayuda a personas externas a su familia (vecinos) debido a la pena, por lo que en caso de necesitar algo se espera hasta que lleguen sus familiares</li> <li>• Su sexualidad se encuentra alterada dado que se observa herida de gangrena de Fournier, situación que afecta su autoestima y expresar esto con su esposa</li> </ul>

Continúa en la página: 5

Continúa de la página: 4

<p>11. Vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesa la religión cristiana, pero expresa no poder acudir a misa por su padecimiento actual</li> <li>• Afronta su enfermedad con fe, con la creencia de un ser supremo, lo que le ayuda a sentirse mejor, con buen ánimo, con ganas de vivir y seguir adelante. Recurre a las alabanzas, en ocasiones, leer la biblia para sentirse mejor en situaciones de estrés o desesperanza</li> <li>• Su actitud ante la muerte es positiva, acepta la decisión de Dios, que para él es el que tiene la última palabra. No le teme a la muerte, pues considera que ha gozado de una vida plena y feliz</li> </ul>
<p>12. Ocuparse en algo para realizarse</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Su estatus es pensionado; antes de su padecimiento ayudaba en las labores del hogar para sentirse útil, como lavar trastes, sacar la basura, barrer, trapear, entre otras cosas, pero debido a sus enfermedades ha dejado de hacerlo</li> <li>• Refiere que toma decisiones por sí mismo, siempre tomando en cuenta los puntos de vista y consejos de su familia</li> <li>• En ocasiones siente frustración debido a que a veces requiere ayuda y como percibe el cansancio de su esposa e hijos, se limita a solicitarla</li> </ul> <p>Valoración funcional Índice de Barthel: dependencia moderada, 50 puntos Escala de depresión geriátrica de Yesavage: depresión leve, 8 puntos</p>
<p>13. Participar en actividades recreativas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disfruta ver películas de su gusto o televisión</li> <li>• Convive en reuniones familiares cada fin de semana, lo cual le permite no pensar tanto en su enfermedad y le ayuda emocionalmente, aunque para los recambios de diálisis interrumpe la reunión</li> <li>• No presenta dificultad para el manejo de su celular o el televisor</li> </ul>
<p>14. Aprender, descubrir, satisfacer la curiosidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se involucra en el cuidado y tratamiento de sus heridas, adopta hábitos de higiene para evitar infecciones. No tiene dificultad para seguir indicaciones respecto al cuidado y mantenimiento del catéter y sonda de cistostomía</li> <li>• Cuando le surge alguna duda respecto a su tratamiento, lo manifiesta con el personal médico y de enfermería</li> </ul>

nivel máximo de escolaridad secundaria y estatus laboral pensionado.

En cuanto a su historia clínica, el paciente negó la presencia de alergias. En cuanto a toxicomanías, hubo alcoholismo positivo que inició a los 20 años y dejó hace 10 años; no incurrió en tabaquismo ni consumía otras drogas. En relación con antecedentes crónico-degenerativos, el paciente padecía diabetes mellitus tipo 2, diagnosticada hace 25 años, con tratamiento de insulina glargina 30 IU pre-desayuno y 15 IU pre-cena; hipertensión arterial sistémica diagnosticada hace 25 años, con tratamiento de ibersartán 150 mg cada 12 horas y amlodipino 5 mg cada 12 horas; enfermedad renal crónica de 2 años de evolución, actualmente en terapia de reemplazo renal con diálisis peritoneal en domicilio, 3 recambios de 2000 mL cada 3 horas. En cuanto a otros antecedentes, tuvo colocación de talla suprapúbica el 15 de abril del 2023 sin complicaciones y tratamiento con cámara hiperbárica por presencia de úlcera arterial en miembro pélvico izquierdo en fase de epitelización.

En relación con su entorno, el paciente habita en una casa de concreto, cuenta con todos los servicios de saneamiento (agua, drenaje y luz eléctrica). Refiere vivir en cercanía de un desagüe de drenaje; zoonosis negativa.

### Diagnósticos de enfermería

Se identificaron 8 diagnósticos con enfoque en el problema: cansancio del rol del cuidador, deterioro de la integridad tisular, deterioro de la integridad cutánea, dete-

rioro de la eliminación urinaria, deterioro de la movilidad física, disminución de la capacidad de bañarse, deterioro de la función sexual y dolor crónico. Asimismo, se identificaron 5 diagnósticos de riesgo: riesgo de patrón de sueño ineficaz, riesgo de infección, riesgo de lesión por presión en adultos, riesgo de caídas en adultos y riesgo de hipertermia.

De lo anterior se priorizaron 2 diagnósticos de enfermería relevantes por la magnitud del riesgo para la vida y el estado de salud fisiológica.

---

La gangrena de Fournier (GF) es una fascitis necrotizante que es considerada una emergencia quirúrgica por la manera agresiva en que afecta la zona perineal, genital y perianal, pues tiene una rápida progresión de 2 a 3 cm. Por lo tanto, si no se atiende de manera oportuna, puede tener una alta mortalidad. Aunque se puede presentar en ambos sexos, la prevalencia es mayor en hombres, con una media de 64 años de edad, y se presenta una mayor mortalidad en el grupo de 70 años o más. La GF tiene un inicio infeccioso polimicrobiano y sinérgico en el que coinciden bacterias aerobias y anaerobias que causan necrosis e infección en tejidos blandos

---

Plan de Cuidados de Enfermería

Cuadro II Primer diagnóstico prioritario con metodología PAE e interrelación de las taxonomías NANDA-NIC-NOC

NANDA I	NOC Paciente					NIC Enfermera	
Diagnóstico	Resultado esperado					Intervenciones de enfermería	
<b>DOMINIO 11 Seguridad/ protección</b> <b>CLASE: 2 Lesión física</b> <b>CÓDIGO: 00044</b>	<b>DOMINIO II Salud fisiológica</b> <b>CLASE: L- Integridad tisular</b> <b>CÓDIGO: 1103</b>					<b>CAMPO: 2 Fisiológico Complejo</b> <b>CLASE: L control de la piel/heridas</b> <b>CÓDIGO: 3660</b>	
<b>P</b> Deterioro de la integridad tisular <b>R/C</b>	<b>Curación de la herida: por segunda intención</b>					<b>Cuidados de las heridas</b>	
	<b>Indicadores</b>	<b>1</b> Ninguno	<b>2</b> Escaso	<b>3</b> Moderado	<b>4</b> Sustancial	<b>5</b> Extenso	<b>Actividades de enfermería</b>
<b>E</b> Secreciones, disminución de la actividad física, desequilibrio de fluidos, deterioro de la movilidad física, conocimiento inadecuado del régimen terapéutico de la incontinencia, conocimiento inadecuado acerca del restablecimiento de la integridad tisular, cuidado inadecuado de la ostomía <b>C/D</b>	[110301] Granulación [110320] Formación de cicatriz [110321] Disminución del tamaño de la herida		X			X	Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor Medir el lecho de la herida Mantener una técnica de vendaje estéril y cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de drenaje Enseñar al paciente y a la familia a almacenar y desechar los apósitos y el material Enseñar al paciente y familiares los procedimientos de cuidado de la herida y signos y síntomas de infección
<b>S</b> Deformidad localizada, exudado excesivo, área localizada caliente, edema localizado, tejido no viable, exposición del tejido debajo de la epidermis (capa membranosa de la fascia superficial y ligamento suspensorio del pene)		<b>1</b> Extenso	<b>2</b> Sustancial	<b>3</b> Moderado	<b>4</b> Escaso	<b>5</b> Ninguno	Comparar y registrar cualquier cambio producido en la herida Documentar la localización, el tamaño y el aspecto de la herida
Población en riesgo: personas en extremos de la edad	[110303] Secreción purulenta [110304] Secreción serosa [110322] Inflamación de la herida [110308] Edema perilesional [110312] Necrosis	X					<b>Actividades de la GPC</b> <b>Diagnóstico y tratamiento de fascitis necrosante</b> Las heridas deben estar cubiertas con apósitos no adherentes del tipo de gasas con petrolato o gasas humedecidas con solución salina. Para evitar infecciones agregadas, se debe cerrar o cubrir la herida en forma temprana, previa demostración con cultivo negativo de la zona afectada Durante la curación, las heridas deben ser lavadas preferentemente con solución salina, irrigación copiosa y debridación superficial El uso de otras soluciones antisépticas o con antibióticos puede causar lesión tisular
Condiciones asociadas: Infección por <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , enfermedad crítica (gangrena de Fournier), inmovilización, dispositivos médicos, enfermedades metabólicas, procedimientos quirúrgicos	[110315] Excavación [110316] Formación del tracto sinusal [110317] Mal olor de la herida	X				X	
Puntuación diana Mantener a: extensamente comprometido Aumentar a: levemente comprometido							

**EVALUACIÓN:** se logró mejorar el resultado esperado post intervención, dado que el paciente recuperó la cicatrización de las capas de la piel, la puntuación diana que se encontraba comprometido se logró el cierre de la herida en 19 curaciones, durante 3 meses (figuras 2, 3, 4) del 1 de junio al 5 de septiembre del 2023, lo cual dejó un espacio de curaciones cada tercer día para el recambio de apósitos. Se capacitó al familiar para el apoyo durante las intervenciones

Fuente de formato: Secretaría de Salud, Modelo de Cuidado de Enfermería, 2023<sup>8</sup>

Cuadro III Segundo diagnóstico prioritario con metodología PAE e interrelación con las taxonomías NANDA-NIC-NOC

NANDA I	NOC Paciente					NIC Enfermera
Diagnóstico enfermero	Resultado esperado					Intervenciones de enfermería
<b>DOMINIO 11 seguridad/ protección</b> <b>CLASE 2 Lesión física</b> <b>CÓDIGO: 00046</b>	<b>DOMINIO: II Salud fisiológica</b> <b>CLASE: L- Integridad tisular</b> <b>CÓDIGO: 1101</b>					<b>CAMPO: 2. Fisiológico complejo</b> <b>CLASE: L control de la piel/heridas</b> <b>CÓDIGO: 3584</b>
<b>P</b> Deterioro de la integridad cutánea <b>R/C</b>	<b>Integridad tisular: piel y membranas mucosas</b>					<b>Cuidados de la piel: tratamiento tópico</b>
	<b>Indicadores</b>	<b>1 GC</b>	<b>2 SC</b>	<b>3 MC</b>	<b>4 LC</b>	<b>5 NC</b>
<b>E</b> Nivel inadecuado de humedad de la piel, secreciones, disminución de la actividad física, deterioro de la movilidad física, conocimiento inadecuado acerca del mantenimiento de la integridad tisular, conocimiento inadecuado acerca de la protección de la integridad tisular, conocimiento inadecuado del uso de materiales adhesivos <b>C/D</b>	[110101] Temperatura de la piel [110104] Hidratación [110108] Textura [110109] Grosor [110111] Perfusión tisular [110112] Crecimiento del vello cutáneo	X X	X X X			
<b>S</b> Piel escoriada, dolor agudo, alteración en el color de la piel, descamación, superficie alterada de la piel, piel seca, excoriación, área localizada caliente al tacto, prurito	[110105] Pigmentación anormal [110115] Lesiones cutáneas [110117] Tejido cicatrizar	X X X				
Población en riesgo: Personas en extremos de edad, personas que reciben atención domiciliaria	Puntuación diana: Mantener a: Sustancialmente comprometido					
Condiciones asociadas: diabetes mellitus tipo II, inmovilización, metabolismo deteriorado, infecciones, dispositivos médicos, heridas y lesiones	Aumentar a: Levemente comprometido					
		<b>1 Grave</b>	<b>2 Sustancial</b>	<b>3 Moderado</b>	<b>4 Leve</b>	<b>5 Ninguno</b>
						<p>Campo:2. Fisiológico: complejo Clase: L control de la piel/heridas Intervención: 3660 cuidados de las heridas Aplicar una crema adecuada en la piel/ lesión. Enseñar al paciente o a los familiares los procedimientos del cuidado de la herida.</p> <p>Campo:2. Fisiológico: complejo Clase: L control de la piel/heridas Intervención: 3590 vigilancia de la piel Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas. Observar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de continuidad de la piel y las mucosas. Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel. Observar si hay zonas de presión o fricción. Instruir al familiar/cuidador acerca de los signos de pérdida de continuidad de la piel.</p> <p><b>Actividades de la GPC Consenso sobre Úlceras Vasculares y Pie Diabético de la Asociación Española de Enfermería Vasculares y Heridas<sup>10</sup></b></p> <p>Valorar el estado general del individuo (estado de la piel, nutrición, movilidad y estado neurológico), la patología base o proceso que originó la lesión (insuficiencia venosa, diabetes, enfermedad isquémica, hipertensión, otras), antecedentes personales, factores de riesgo, alergias, hábitos, tabaquismo.</p> <p>Valorar la extremidad: color y relleno capilar, exploración o palpación de pulsos (femoral, poplíteo, tibial posterior y pie). Valorar presencia de edema. Examen de la piel: sequedad, descamación, eczema, enrojecimiento, excoriación.</p> <p>Descripción de la lesión: antigüedad, tamaño, profundidad, localización, tipo de tejido que se observa en el lecho, características de los bordes, exudado, estado de la piel perilesional, dolor, presencia de signos de infección (eritema, edema, cambio en las características del exudado, aumento del dolor, bordes inflamados, ausencia de evolución en la cicatrización, olor patológico, celulitis, fiebre).</p> <p><b>GPC Diagnóstico y Manejo de la Dermatitis Atópica desde el nacimiento hasta 16 años en el Primer Nivel de Atención Médica<sup>11</sup></b></p> <p>Los emolientes actúan como una barrera protectora que impide la pérdida de agua, manteniendo la hidratación de la piel</p>

**EVALUACIÓN:**

Se logró mejorar el resultado esperado post intervención, dado que el paciente tenía una puntuación diana que se encontraba comprometida, por lo que después de la ejecución se pudo disminuir la sequedad de las zonas con el deterioro del 1 de junio al 1 de agosto de 2023

Fuente de formato: Secretaría de Salud, Modelo de Cuidado de Enfermería, 2023<sup>8</sup>

Figura 1 Herida de gangrena de Fournier en fase inflamatoria



Fuente: imagen tomada por Huerta-Martínez

**Intervenciones:** desbridamiento de tipo cortante con hoja de bisturí y desbridamiento mecánico con gasa.

No se recomienda el uso de yodopovidona, soluciones hiperoxigenadas o soluciones que contengan antibióticos y las debridaciones profundas deberán llevarse a cabo en quirófano,<sup>6</sup> por lo que se limpia con solución antiséptica (agua purificada, 0.1 % Undecilenamidopropil betaína, 0.1 % Polihexanida), se cubre el lecho de la herida (apósito primario) con espuma de poliuretano/poliéster, se aplica protector cutáneo libre de alcohol de silicona, y después se afronta la herida con tiras de venda blanca no tejida de poliéster.

Finalmente se cubre con gasas convencionales, mismas que serán cambiadas por el familiar las veces que sean necesarias sin cambiar el apósito primario.

Se le enseña al familiar el cambio de apósitos, la importancia de cuidar la herida, movilización, cuidados de la sonda de cistostomía.<sup>8,12</sup>

**Fundamentación:** la atención del paciente deberá ser sistémica con medicamentos de amplio espectro,<sup>1</sup> así como apósitos locales que disminuyan la carga bacteriana en la herida como el apósito primario (espuma de poliuretano/poliéster), el cual contiene una matriz con violeta de genciana (0.25 mg/g), azul de metileno (0.25 mg/g) e iones de plata (7 mg/g) (RTD), por lo que controla la carga bacteriana

Figura 2 Herida de gangrena de Fournier en fase proliferativa



Fuente: imagen tomada por Huerta-Martínez, 2023

**Intervenciones:** uso de barreras máximas de seguridad, desbridamiento cortante y mecánico, limpieza con solución antiséptica impregnando por 15 minutos.

Colocación de chupón para mamila de material de silicona recortado a la medida de la sonda (para cistostomía).

En el lecho de la herida se colocó como apósito primario una gasa parafina, seguida del apósito secundario de espuma hidrofóbica más película transparente para fijación; después, se conectó a la bomba de succión y se programó a 110 mmHg en modalidad continua

**Figura 3 Herida de gangrena de Fournier en fase proliferativa**



**Fuente:** imagen tomada por Huerta-Martínez, 2023

**Fundamentación:** a fin de evitar la salida espontánea de la sonda para cistostomía, el movimiento y separación mucocutánea,<sup>11</sup> se realiza la colocación del chupón para mamila de material de silicona marca, previamente cortado a medida de la sonda de látex para cistostomía, en este caso, la sonda mide 22 FR, lo cual equivale a 7.26 mm, con el fin de aislar la ostomía (cistostomía), darle estabilidad a la sonda y evitar traumatismos en la mucosa de la vejiga urinaria.

Deben aplicarse apósitos no adherentes del tipo de gasas con petrolato o gasas humedecidas con solución salina,<sup>8</sup> como la gasa parafinada, tejido de hilos entrelazados, calmante y de baja adherencia, el cual permite el paso de exudado a un apósito secundario absorbente (Jelonet) sobre el tejido conjuntivo que recubre el cuerpo cavernoso del pene.

La terapia de presión negativa promueve el control del exudado, la granulación, la contracción de la herida y la angiogénesis<sup>13</sup>

**Figura 4 Herida de Gangrena de Fournier en fase de maduración**



**Fuente:** imagen tomada por Huerta-Martínez, 2023

#### **Intervenciones**

La limpieza de la piel se realizó con gasa impregnada de agua estéril y jabón neutro en consistencia líquida, en pequeños toques, a fin de no lesionar más; posteriormente se secó en forma suave, para continuar con la aplicación de crema transparente en un 5% de dimeticona cada 4 horas durante un mes y ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) derivados del aceite de girasol cada 24 horas durante 15 días; se hizo un intercalado de los 2 productos durante el día, sin mezclar, y se cubrió totalmente la piel que se encontraba en dicha fase.

Finalmente se le dieron indicaciones y recomendaciones al familiar y al paciente sobre el cuidado de la piel en la fase de maduración: realizar el baño sin el uso de accesorios agresivos para la piel (estropajos), evitar rascarse e hidratar la piel 3 veces al día.

Se citó al paciente cada 15 días para valorar el cuidado de la piel.

**Fundamentación:** GPC diagnóstico y tratamiento de dermatitis por contacto en adultos: los hidratantes que contengan emolientes como glicerol, urea, ácido láctico, silicona y avena, utilizados al menos 3 veces al día, ayudan a restaurar la barrera cutánea<sup>14</sup>

La importancia de los cuidados durante la fase de maduración es identificar la presencia de los miofibroblastos que generen contracción de la herida y la presencia de colágeno; a su vez, se hace presente la síntesis de la matriz extracelular. Esta fase puede llegar a durar de 1 a 2 años dependiendo de la extensión, características de la lesión, edad del paciente y estado inmunológico<sup>15</sup>

## Discusión

Se han reportado otros casos clínicos similares al caso clínico del paciente del sexo masculino con gangrena de Fournier: en Honduras por Pineda y López,<sup>16</sup> en el País Vasco por Lorenzo-Ruiz,<sup>17</sup> en España por Nieves<sup>18</sup> y en México por Pérez, Cornelio y Quiroz.<sup>19</sup> Estos datos pueden deberse a que la frecuencia es menor en mujeres por el drenaje venoso y linfático del periné, que se da por vía vaginal.<sup>2</sup>

En referencia al factor alcoholismo en el paciente, también fue identificado por Pineda y López,<sup>16</sup> así como diabetes mellitus tipo 2, encontrada por Lorenzo-Ruiz<sup>17</sup> y por Lacruz-Pérez *et al.* en sus respectivos casos<sup>20</sup> La presencia de hipertensión arterial e insuficiencia renal crónica no se puede contrastar con otros casos clínicos, pero es citada en la descripción de la GF por Flores-Galván *et al.*<sup>2</sup> Estos resultados pueden deberse a que el número de comorbilidades que presentan las personas aumenta con la edad.<sup>21</sup>

Respecto a la localización de la herida, se observó en escroto izquierdo, base del pene, zona suprapúbica, hipo y mesogastrio. Estos datos son similares a lo presentado por Pérez *et al.*,<sup>19</sup> y Lacruz-Pérez *et al.*<sup>20</sup> Estos datos pueden deberse a que la enfermedad es de origen infeccioso bacteriano, localizada en tejidos blandos en zonas genital y perianal.<sup>2</sup>

En el presente caso clínico, en las características del lecho de la herida, bordes y zona perilesional, la afectación fue tejido granular en 55%, esfacelar en 20%, fibrina en 20% y necrótico en 5%. El exudado seropurulento fue de cantidad moderada. En los bordes de la herida hubo socavamiento. La piel perilesional presentó edema. La descripción anterior concuerda con lo puntualizado por Nieves,<sup>18</sup> Pérez *et al.*<sup>19</sup> y Lacruz-Pérez, *et al.*<sup>20</sup> Lo anterior puede deberse a que durante el proceso fisiopatológico aparecen de 3 a 5 ampollas y evolucionan a infección diseminada a 2.5 cm por hora, presentan hipertermia en genitales y desencadenan necrosis del tejido.<sup>2</sup>

Acercas de los diagnósticos prioritarios de enfermería, respecto al deterioro de la integridad tisular y los factores relacionados de secreciones, disminución de la actividad física, desequilibrio de fluidos, deterioro de la movilidad física, conocimiento inadecuado del régimen terapéutico de la incontinencia, conocimiento inadecuado acerca del restablecimiento de la integridad tisular y cuidado inadecuado de la ostomía, dado que se muestra deformidad localizada, exudado excesivo, área localizada caliente, edema localizado, tejido no viable y exposición del tejido

debajo de la epidermis (capa membranosa de la fascia superficial y ligamento suspensorio del pene) nuestro caso fue similar a lo reportado por Pineda y López,<sup>16</sup> en referencia a que los pacientes con este tipo de fascitis necrosante llegan a sufrir daños en capas más profundas, por debajo de la dermis y epidermis, como puede ser tejido celular subcutáneo, capa membranosa de la fascia muscular y fascia profunda, con una velocidad aproximada de 2-3 centímetros por hora, lo que desencadena complicaciones severas que incluso pueden causar el deceso del paciente, por lo que se requiere de un tratamiento oportuno y atención especializada por el profesional de enfermería, y que este cuente con los conocimientos y habilidades para brindar cuidados integrales y específicos con base en la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la fascitis necrosante.<sup>3</sup>

De las intervenciones independientes de mayor relevancia que aportan evidencia para la práctica de enfermería, se colocó chupón para mamila de material de silicona, con el fin de aislar ostomía (cistostomía) y prevenir daños en la fascia muscular y mucosa de la vejiga urinaria, intervenciones que no pueden contrastarse con otro estudio dado el vacío del conocimiento, por lo que el presente trabajo cobra mayor relevancia para enfermería.

## Conclusiones

La relevancia y contribución del presente estudio de caso clínico para la práctica clínica de enfermería refleja el uso del pensamiento crítico en la sistematicidad del cuidado al paciente con GF por medio del PAE y el uso de las taxonomías NANDA, NIC y NOC como herramientas efectivas que facilitan la atención de pacientes en situaciones complejas con enfoque integral para identificar y priorizar problemas de salud que van más allá de la lesión física, como la herida, el dolor, la movilidad reducida y las necesidades psicosociales.

Asimismo, el estudio no solo se limitó en presentar la herida del paciente, sino que demostró un enfoque sistemático basado en la valoración con el modelo de Virginia Henderson y el Triángulo de las heridas, a fin de priorizar diagnósticos de manera lógica, planeada y ejecutada con intervenciones específicas.

La recuperación de la integridad tisular y cutánea en 92 días no es solo un resultado clínico, sino una prueba tangible de que el método de enfermería, aplicado de manera rigurosa, conduce a resultados exitosos como una innovación práctica, por lo que se demuestra cómo el

profesional de enfermería, por medio de la experiencia y el razonamiento, puede crear soluciones ingeniosas y efectivas que mejoran la calidad y seguridad del paciente.

La innovación con el uso de un chupón de látex estéril es un ejemplo del pensamiento original y de la práctica basada en la evidencia. Dicha intervención, aunque no es estándar, se fundamenta en la necesidad de resolver un problema práctico: resultó ser innovadora y de gran utilidad para aislar la sonda de cistostomía de la herida y disminuir o evitar riesgo de complicaciones (tracción, movilización, separación mucocutánea y retraso en el proceso de cicatrización) durante el tratamiento con la terapia de presión negativa.

En este sentido, se recomienda para futuras intervenciones sumergir el chupón en solución antiséptica durante 15 minutos y evitar esterilizar por medio de gas o vapor, dado que altera las propiedades de la silicona. Esta documentación es un ejemplo de cómo la investigación en enfermería puede surgir de la práctica clínica para resolver problemas concretos y generar nuevo conocimiento útil para la práctica.

## Referencias

- Escudero-Sepúlveda A, Cala-Duran J, Bélen-Jurado M, et al. Conceptos para la identificación y abordaje de la Gangrena de Fournier. *Revista Colombiana de Cirugía*. 2022;37(4). Disponible en: <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/930>
- Flores-Galván KP, Aceves-Quintero CA, Valdivia-Gómez GG. Gangrena de Fournier. *Cir Gen*. 2021;43(2):111-2. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-00992021000200107](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992021000200107)
- Díaz-Martínez A, De Los Cobos-Gutiérrez E, Hernandez-Ávila P, et al. Caracterización clínica de pacientes con gangrena de Fournier del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto", 2008-2018. *Revista Información Científica*. 2021;100(4). Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5517/551768187006/html/>
- Vargas T, Mora S, Zeledon A. Gangrena de Fournier, generalidades. *Revista Medica Sinergia*. 2019;4(6):100-7. Disponible en <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/217/554>
- Guerra-Marcial PA, Guerrero-Castillo GS, Cartagena-Samaniego MI, et al. Gangrena de Fournier. Diagnóstico, fisiopatología, manejo conservador y tratamiento quirúrgico, un artículo de revisión. *Polo Con*. 2023;8(6):1384-98. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9152510>
- Diagnóstico y tratamiento de fascitis necrozante. Guía de práctica clínica, evidencias y recomendaciones. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 24 de noviembre de 2009. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/074GER.pdf>
- Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Primera Edición. Jaén, España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; [sin fecha de publicación]. Disponible en: <https://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
- Secretaría de Salud. Modelo del Cuidado de Enfermería. México: Secretaría de Salud; 2023.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México: Diario Oficial de la Federación; última reforma: 2 de abril de 2014. Disponible en: [https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf)
- Guía de Práctica Clínica: Consenso sobre Úlceras Vasculares y Pie Diabético. Tercera edición. España: Asociación Española de Enfermería Vascul y Heridas; 2017. Disponible en <https://aeevh.org/download/guia-de-practica-clinica-consenso-sobre-ulceras-vasculares-y-pie-diabetico/>
- Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Manejo de la Dermatitis Atópica desde el nacimiento hasta 16 años en el Primer Nivel de Atención Médica. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 30 de septiembre de 2009. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/033GER.pdf>
- Mena Granados DA. Guía de colocación y manejo de sonda vesical y cistostomía. Bogotá: Unidad Central del Valle del Cauca; 2022. Disponible en [https://redcol.minciencias.gov.co/Record/Uceva2\\_10b6444be942c8b2d335758ea4296e53](https://redcol.minciencias.gov.co/Record/Uceva2_10b6444be942c8b2d335758ea4296e53)
- Goyo N, Lanzotti S, Torrealba A, et al. Aplicación de terapia de presión negativa en el manejo de pacientes con heridas complejas. *Journal of Negative and No Positive Results*. 2020;5(12). Disponible en [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2529-850X2020001200004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020001200004)
- Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Dermatitis

- por Contacto en adultos. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; actualización 2017. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/560GRR.pdf>
15. Guarín-Corredor C, Quiroga-Santamaría P, Landínez-Parra NS. Proceso de Cicatrización de heridas de piel, campos endógenos y su relación con las heridas crónicas Rev. Fac. Med. 2013; 61(4):441-8. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-00112013000400014](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112013000400014)
  16. Pineda-Padilla KG, López-Rodríguez DJ. Implementación del proceso de atención de enfermería en paciente con Gangrena de Fournier. Rev Científica de la Escuela Universitaria de las Ciencias de la Salud. 2023;10(2):42-50. Disponible en: <https://camjol.info/index.php/RCEUCS/article/view/18058/21819>
  17. Lorenzo-Ruiz I. Plan de cuidados para un paciente con gangrena de Fournier: caso clínico. Enfermería Intensiva. 2023;35:242-9. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113023992400018X>
  18. Nieves-Rodríguez CM. Abordaje de enfermería en el cuidado y tratamiento de la gangrena de Fournier. Rev de la Sociedad Española de Heridas. 2024;14(2):23-30. Disponible en: [https://heridasycicatrizacion.es/images/site/2024/Revista\\_SEHER14.2.pdf](https://heridasycicatrizacion.es/images/site/2024/Revista_SEHER14.2.pdf)
  19. Perez-Ladrón de Guevara P, Cornelio-Rodríguez G, Quiroz-Castro O. Gangrena de Fournier Reporte de Caso. Rev Fac Med (Méx). 2020; 63(5):26-30. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422020000500026](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422020000500026)
  20. Lacruz-Pérez B, García-Montero A, Guinot-Bachero J. Abordaje postquirúrgico de un caso de gangrena de fournier desde atención primaria. Enferm Dermatol. 2019;13(37):52-8. Disponible en: <https://enfermeriadermatologica.org/index.php/anedidic/article/view/13>
  21. Herdman HT, Kamitsuru S, Takáo-Lopes C. Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificación. 2024-2026. Decimotercera edición. Barcelona: Elsevier; 31 de diciembre de 2024.
- 
- .....  
Cómo citar este artículo/To reference this article:
- Huerta-Martínez MF, Pérez-Vázquez G, Rodríguez-Rojas G, *et al.* Consultoría privada de enfermería: proceso de atención en un paciente con gangrena de Fournier. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2026;34(2):e1570. doi: 10.5281/zenodo.18715654



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