

# ENFERMERÍA ACTIVA

REVISTA ENFERMERA DIGITAL DE DIVULGACIÓN CIENTÍFICA

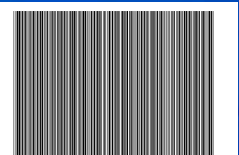
NÚMERO EXTRAORDINARIO  
SEPTIEMBRE 2019

## EDITORIAL



## COMUNICACIONES PREMIADAS

- **Profesionales de Enfermería y turismo médico: Desafíos y situación Actual en la frontera Juárez-El Paso**
- **Fortalecimiento de la atención integral al paciente con riesgo de pie diabético: alto al pie diabético en el Policlínico Fiori - Red desconcentrada Sabogal - ESSALUD Lima Perú**
- **Cultura sobre seguridad del paciente de personal de enfermería en hospital de alta especialidad**
- **Aprendizaje de Estudiantes de Enfermería, en el Cuidado a la Madre y Recién Nacido**



ENF. ACT EXTRA 09/2019



INTERNATIONAL NURSING NETWORK

# ÍNDICE DE CONTENIDOS

---

Consejo de Dirección, Consejo Editorial y Comité Internacional de Evaluadores .....	4
Editorial .....	6
Comunicaciones premiadas .....	7
Profesionales de Enfermería y turismo médico: Desafíos y situación Actual en la frontera Juárez-El Paso .....	7
Fortalecimiento de la atención integral al paciente con riesgo de pie diabético: alto al pie diabético en el Policlí- nico Fiori - Red desconcentrada Sabogal - ESSALUD Lima Perú .....	21
Cultura sobre seguridad del paciente de personal de en- fermería en hospital de alta especialidad .....	29
Aprendizaje de Estudiantes de Enfermería, en el Cuidado a la Madre y Recién Nacido .....	37
Normas para la publicación de artículos en Enfermería Activa (ISSN: 2444-782X) .....	43
Declaración de Intenciones de Enfermería Activa .....	47
Naturaleza, competencias y funcionamiento del Consejo Asesor y de Evaluación de Enfermería Activa .....	49
Reconocimientos.....	51

# CONSEJO DE DIRECCIÓN

---

**PRESIDENTE:** Domingo Muñoz Arteaga (España)

**VICEPRESIDENTE:** Kimm Alegría Castañeda Arellanes (México)

**COORDINACIÓN GENERAL DE PUBLICACIONES:** David Peña Otero (España)

**VOCALES:** Luz Adriana Escobar Mora (Colombia)  
Martín Alberto Toranzo (Argentina)  
Rafael Niñerola Guerra (España)  
Mariana Beatriz Navarro (Argentina)  
Renata Pietro (Brasil)  
Karla Ivonne Mijangos Fuentes (México)  
Luciano Clarizia (Italia)  
Sonia del Pilar Abad Vásquez (Chile)  
Nelson Guerra (Portugal)  
Daniela Alejandra Sepúlveda Leyton (Chile)  
Aida Alvarado Tenorio (Costa Rica)  
M<sup>a</sup> Virginia Cueva Talledo (Perú)  
Nancy Manion Bonalumi (Estados Unidos)  
Jonathan Mora Castro (Costa Rica)  
Luis Alonso Ibarías Uribe (México)  
Luis Arturo Ceballos Ortega (México)  
Alfredo Fuente Garrot (Argentina)  
Fátima Zárate Delvalle (Paraguay)  
M<sup>a</sup> Gorete Pimentel Queriós Ribeiro (Portugal)  
Isabel Cristina Kowal Olm Cunha (Brasil)

# CONSEJO EDITORIAL

---

**PRESIDENTE:** Domingo Muñoz Arteaga (España)

**DIRECTORA:** Kimm Alegría Castañeda Arellanes (México)

**SUBDIRECTOR:** David Peña Otero (España)

**VOCALES:** Mariana Beatriz Navarro (Argentina)  
Nancy Mannion Bonalumi (Estados Unidos)  
Luciano Clarizia (Italia)  
Ángela María Esquinas Jiménez (España)  
Carolina González Hernando (España)  
M<sup>a</sup> Antonia Fernández Caeiro Chora (Portugal)  
María Manuela Martins (Portugal)  
William Genderson Barquero Morales (Nicaragua)  
Ignacio Campos Blanco (España)  
Moraima Cano Valdez (México)  
Rafael Martínez Calero (España)  
Raiza Coromoto Rada Rodríguez (Venezuela)  
Walter Hernán Muñoz Macías (Ecuador)



# COMITÉ INTERNACIONAL DE EVALUADORES

Aida Maris Peres (Brasil)  
Alexandre Pazetto Balsanelli (Brasil)  
Aline Silva do Prado (Brasil)  
Amelia M<sup>a</sup> Brito Gracias (Portugal)  
Ana Valentina Carhuacho Gómez (Perú)  
Ángela María Esquinas Jiménez (España)  
Anier Felipe Borrego (Cuba)  
Blanca Sánchez Baños (España)  
Carmen Elisabeth Kalinowski (Brasil)  
Carolina González Hernando (España)  
Claudio Alberto Ibero (Argentina)  
Domingo Muñoz Arteaga (España)  
Elaine Cristina Carvalho Moura (Brasil)  
Francisco Jesús Antúnez Miranda (España)  
Francisco Nieto Rosa (España)  
Gabriel José Suárez Lima (Cuba)  
Gerardo Jasso Ortega (México)  
Guadalupe Marbel Gómez Estrada (México)  
Hernán Pereira Acosta (Uruguay)  
Ignacio Campos Blanco (España)  
Ilda Lourenço (Portugal)  
Irama Josefina López Urbina (Venezuela)  
Jaime Enrique Castellanos Guevara (Venezuela)  
Jonathan Mora Castro (Costa Rica)  
Jorge Jara (USA)  
José Antonio Ortiz Gómez (España)  
José Daniel Girón (El Salvador)  
José Manuel Lucio Chora (Portugal)

Julia Ortega Limón (España)  
Kimm Allegría Castañeda Arellanes (México)  
Luciano Clarizia (Italia)  
Luis Alonso Ibarias Uribe (México)  
Luis Arturo Ceballos Ortega (México)  
Luz Adriana Escobar Mora (Colombia)  
M<sup>a</sup> Antonia Fernández Caeiro Chora (Portugal)  
Manuel Archilla Jiménez (España)  
María Isabel Morales (Venezuela)  
María Manuela Martins (Portugal)  
Mariana Beatriz Navarro (Argentina)  
Mariot Bermúdez Soto (Venezuela)  
Martín Alberto Toranzo (Argentina)  
Mónica Johana Muñoz Cardona (Colombia)  
Moraima Cano Valdez (México)  
Nancy Mannion Bonalumi (USA)  
Nidia Rosana Aquino (Paraguay)  
Óscar Cabrera Avendaño (México)  
Paula Alexandra Amaral Ramos (Portugal)  
Rafael Martínez Calero (España)  
Rafael Niñerola Guerra (España)  
Raiza Coromoto Rada Rodríguez (Venezuela)  
Sandra Maely Molina (Honduras)  
Silvia Alicia Alamilla Alfonso (México)  
Sulpicia Guadalupe Contreras Jasso (México)  
Tatiana Piva (Brasil)  
Walter Hernán Muñoz Macías (Ecuador)  
William Genderson Barquero Morales (Nicaragua)



INTERNATIONAL NURSING NETWORK

ISSN: 2444-782X  
REVISTA INTERNACIONAL  
DE REVISIÓN POR PARES

[enfermeriaactiva@inursingn.com](mailto:enfermeriaactiva@inursingn.com)

ENFERMERÍA ACTIVA  
NÚMERO EXTRAORDINARIO  
Septiembre 2019

En su compromiso de mantenerse en la vanguardia de la publicación de trabajos científicos y con la voluntad de hacer accesible a todo el colectivo enfermero la posibilidad de ver publicados sus trabajos en una revista de prestigio, International Nursing Network (INN) mantiene siempre sus puertas abiertas a la aceptación de trabajos de diversa índole que ayuden a promocionar nuestra profesión. En ese sentido hemos modificado las normas de publicación en Enfermería Activa (las puedes encontrar en [www.inursingn.com](http://www.inursingn.com)) para hacer que el proceso de elaboración de un artículo no sea complejo, sino que tenga el acompañamiento de nuestros Comités Editor y Científico, así del Centro de Excelencia para la Investigación Enfermera, de reciente creación.

Este número que ves en la pantalla de tu dispositivo es una edición extraordinaria de Enfermería Activa, la revista enfermera digital de divulgación científica de INN. Y es extraordinario en una doble vertiente. En primer lugar alcanza el calificativo de extraordinario porque es un número añadido a los previamente estipulados por la publicación trimestral de la revista y que se publica en una fecha donde no había previsión de hacerlo. Pero, en segundo lugar es extraordinario por el origen de los trabajos publicados, que no son otros que los ganadores de los premios a mejores comunicaciones del I Congreso Mundial de Enfermería que INN organizó en México el pasado mes de junio. Este carácter de excepcionalidad hace que, como podréis ver, los trabajos que publicamos no se adaptan plenamente a nuestras normas de publicación, a que hemos tenido en cuenta que no se pidieron esos requisitos en el momento de la deliberación del Comité Científico del Congreso para determinar los premios.

De lo que no cabe ninguna duda es de la calidad y de la importancia de los temas abordados en estos cuatro artículos que podrás disfrutar en Enfermería Activa, comunicaciones presentadas desde México y Perú que no sólo tuvieron el reconocimiento del Comité Científico sino que también fueron muy alabadas por los asistentes al I Congreso Mundial de Enfermería

Los trabajos premiados que puedes leer a continuación son:

PRIMER PREMIO EN LA CATEGORÍA DE COMUNICACIONES ORALES: PROFESIONALES DE ENFERMERÍA Y EL TURISMO MEDICO: DESAFÍOS Y SITUACIÓN ACTUAL EN LA FRONTERA JUÁREZ-EL PASO, cuyas autoras son: María Teresa Martínez Almanza, Rosalinda Guerra Juárez, María Angélica Esparza Santillana, Martha Aurelia Dena Ornelas y Carlos Jesús González Macías, de México.

PRIMER PREMIO EN LA CATEGORÍA DE PÓSTER: FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE CON RIESGO DE PIE DIABÉTICO: ALTO AL PIE DIABÉTICO EN EL POLICLÍNICO FIORI-RED DESCONCENTRADA SABOGAL –ESSALUD LIMA PERÚ, cuyas autoras son: Rocío Barrios Vidalón, Magali Segovia Masgo y Antonia Bernuy Herrera, de Perú.

SEGUNDO PREMIO EN LA CATEGORÍA DE COMUNICACIONES ORALES: CULTURA SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE PERSONAL DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD, cuyas autoras son; María de los Ángeles Monroy Martínez, Gloria Ángeles Ávila, María Antonieta Cuevas Peña-loza y Alejandra del Carmen Maciel Vilchis, de México.

SEGUNDO PREMIO EN LA CATEGORÍA DE PÓSTER: EXPERIENCIAS DE APRENDIZAJE DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA, EN EL CUIDADO A LA MADRE Y RECIÉN NACIDO, cuyas autoras son: Gisela Janeth Valenzuela Rodríguez Graciela, Hernández, Servanda Zazueta Zazueta, Rosa Arminda Verdugo Quintero y Patricia de Lourdes Retamoza, de México.

Desde aquí queremos agradecer a todos aquellos que presentaron sus comunicaciones en el congreso por el elevado nivel de las mismas y a todos ustedes, lectores de Enfermería Activa os agradecemos la fidelidad y os instamos a compartir con toda la comunidad enfermera vuestra producción científica a través de nuestra revista.

## Profesionales de Enfermería y turismo médico: Desafíos y situación Actual en la frontera Juárez-El Paso

**Martínez Almanza María Teresa, Guerra Juárez Rosalinda, Esparza Santillana María Angélica, Dena Ornelas Martha Aurelia, González Macías Carlos Jesús**

**Autor de correspondencia:**  
tmartine@uacj.mx

### Cómo citar este artículo:

Martínez Almanza MT, Guerra Juárez R, Esparza Santillana MA, Dena Ornelas MA, González Macías CJ. Profesionales de Enfermería y turismo médico: Desafíos y situación Actual en la frontera Juárez-El Paso. *Enfermería Activa* 2019;5S1:7-20.

### Resumen

**Introducción:** Los profesionales de enfermería participan para brindar atención de calidad a usuarios extranjeros, en su mayoría estadou-

nidenses; en la frontera norte de México, Ciudad Juárez, Chihuahua. Estos se enfrentan a múltiples desafíos día a día, ya que la demanda de servicios de salud va en aumento, y son quienes están la mayor parte del tiempo en contacto directo con los usuarios que de acuerdo a su lugar de origen poseen múltiples ideas, costumbres, idioma, expectativas y hábitos, que modifican el quehacer enfermero. **Justificación:** Los profesionales de enfermería, se enfrentan a desafíos que tienen su origen en la multiculturalidad en los servicios que demandan los usuarios extranjeros en hospitales privados de esta frontera. **Objetivos:** Describir y analizar los desafíos que enfrentan los profesionales de Enfermería en la atención a usuarios internacionales. **Material y Métodos:** El presente trabajo es un estudio cualitativo, fenomenológico. Fueron sujetos de estudio, Directivos, profesionales de enfermería y usuarios de los

principales hospitales privados de la localidad, con mayor demanda de usuarios internacionales. Se realizaron entrevistas a profundidad, se conformaron dos grupos focales, previo consentimiento informado. Los datos obtenidos se procesaron en el Software N-VIVO. **Resultados:** Los desafíos identificados y descritos en este estudio se clasificaron en cuatro grupos: Entorno laboral del personal de enfermería, Cultura y Comunicación, Expectativas del usuario internacional y Uso de Tecnología. **Discusión:** La existencia de diferencias en aspectos culturales y el dominio del idioma inglés, el uso de dispositivos móviles para lograr una comunicación efectiva la sobre carga laboral, los bajos salarios, desgaste físico y emocional, se presentan como desafíos para los profesionales de enfermería. **Conclusiones.** Se destaca la participación indispensable de enfermería para la atención de usuarios extranjeros,

por lo que se exhorta a la comunidad científica a profundizar en la problemática que enfrentan.

### Palabras clave

Turismo médico, Competencia cultural, Evaluación en enfermería

### Abstract

**Introduction:** Participating nursing professionals to provide quality care to foreign users, mostly Americans; on the northern border of Mexico, Ciudad Juárez, Chihuahua. These are challenges to multiple day-to-day challenges, since the demand for health services is increasing, and they are the ones who most of the time in direct contact with users who agree in their place of origin multiple ideas, customs, language,

expectations and habits, which modify the nursing work. **Justification:** Nursing professionals face challenges that have their origin in multiculturalism in the services demanded by foreign users in private hospitals in this border. **Objectives:** Describe and analyze the challenges that Nursing professionals face in the care of international users. **Material and Methods:** The present work is a qualitative, phenomenological study. They were subjects of study, executives, nursing professionals and users of the main private hospitals in the town, with greater demand for international users. In-depth interviews were reported, two focus groups were formed, with prior informed consent. The data was processed in the N-VIVO software. **Results:** The challenges identified and challenged in this study

were classified into four groups: Nursing staff work environment, Culture and Communication, International user expectations and Use of Technology. **Discussion:** The existence of differences in cultural aspects and mastery of the English language, the use of mobile devices to achieve effective communication about workload, low wages, physical and emotional wear, present as challenges for nursing professionals. **Conclusions** The indispensable participation of nursing for the attention of foreign users is highlighted, so the scientific community is urged to deepen the problems it faces.

### Key Words

Medical Tourism, Cultural Competency, Nursing Assessment

### Introducción

Las personas han viajado durante mucho tiempo en busca de una mejor salud y bienestar. Algunos viajan al extranjero para visitar lugares conocidos por sus propiedades curativas. En los últimos años, la popularidad de una movilidad de atención de salud global, en particular conocida como turismo médico ha aumentado significativamente. El turismo médico consiste en pacientes independientes que buscan atención médica en el extranjero, y se distingue de la atención transfronteriza organizada, ya que se paga en forma privada (1,2). La industria tiene un alcance global, y se informa que los ingresos crecerán rápidamente (3,4). Los hospitales, las clínicas y los proveedores de servicios de una lista cada vez más amplia de países buscan atraer pacientes internacionales y comercializarlos directamente a través de Internet y de intermediarios como facilitadores (5,6).

Los profesionales de enfermería son el pilar de la atención de pacientes internacionales. Participan para brindar atención de calidad a usuarios extranjeros, en su

mayoría estadounidenses. En la frontera de Ciudad Juárez, Chihuahua y El Paso, Texas se enfrentan múltiples desafíos día a día, ya que la demanda de servicios de salud va en aumento, y son ellos quienes están la mayor parte del tiempo en contacto directo con los usuarios. Estas personas poseen múltiples ideas, así como diferentes costumbres, idioma, expectativas y hábitos que modifican el quehacer enfermero. Los desafíos tienen su origen, entre otras cosas, en la multiculturalidad de los servicios que demandan los usuarios extranjeros en hospitales privados de esta frontera.

Para la realización de esta investigación, se recurrió a la consulta de una vasta fuente de recursos bibliográficos. También se contó con el apoyo de seis investigadores de quienes se recogieron importantes aportaciones para la elaboración y aplicación de entrevistas y organización de grupos focales.

El trabajo que aquí se expone se organiza en seis apartados. El primero se concentra en las aportaciones de la academia sobre la definición del turismo médico y



para la atención de pacientes internacionales. Un segundo aspecto presenta una visión panorámica de los desafíos planteados por los organismos internacionales con relación al tema de estudio donde se incluyen las funciones del personal de enfermería.



Después y como parte de la tercera sección se aborda el proceso de preparación del manuscrito y luego se pasa a la presentación de los resultados para finalmente exponer la discusión de los mismos y presentar las conclusiones.

### **Justificación**

La búsqueda de atención sanitaria en países distintos al de residencia, ha sido identificada como una tendencia que obliga a los países a diseñar estrategias que permitan dar respuesta a la problemática que implica atender a un número cada vez mayor de pacientes que buscan solucionar su problema de salud en el extranjero. Los servicios generalmente son adquiridos a un costo más accesible y en menor tiempo del que podría tomar recibir atención médica en su lugar de origen. Algunos países como Tailandia, Corea y Singapur han apostado al turismo médico para mejorar su desarrollo económico.

El turismo médico requiere de profesionales de enfermería con características que les permitan brindar un servicio de calidad internacional, entre ellas, el dominio del idioma inglés (7). Para lograr esto, muchas enfermeras que atienden pacientes del turismo médico deben enfrentar el desafío adicional de cuidar a pacientes de diferentes culturas. Este artículo avanza más allá de la literatura anterior, que generalmente adopta un enfoque exclusivamente multicultural, y explora los concep-

tos de cultura y valores con conceptos interrelacionados como autoconciencia, choque cultural, habilidades y conocimiento cultural y su relación con la práctica de enfermería ante el turismo médico. Luego se argumenta el caso para mejorar la atención al paciente a través de la aplicación de estos conceptos a la práctica de enfermería.

Los profesionales de enfermería son personas competentes con conocimientos, habilidades, actitudes, destrezas, con espíritu de servicio, éticos, comprometidos con la profesión para atender a través del cuidado enfermero las necesidades de los usuarios, detectando estas necesidades para cubrirlas aplicando el proceso enfermero en la atención que demandan estos usuarios.

El turismo Médico, conocido como turismo de salud, o viajes por motivos de salud, es un término acuñado por las agencias de viaje y los medios masivos de comunicación para describir el creciente fenómeno de las personas que buscan atención médica en países distintos al de origen (8), requiere de profesionales de enfermería con características que les permitan brindar un servicio de calidad internacional, entre ellas, el dominio del idioma inglés(7).

Cabe mencionar que se labora en ambientes de trabajo idóneos pero en ocasiones no es suficiente el personal de profesionales de enfermería según indicadores internacionales y nacionales.

Otro problema es la falta de recursos humanos competentes en el idioma inglés y de alta tecnología con la que cuentan las instituciones de salud privadas, por lo que el personal de enfermería labora en dos instituciones a la vez ya que la remuneración que recibe no es acorde con el trabajo que desempeña o el número de pacientes que se le asignan, por lo tanto, se le presentan serios desafíos sobre el quehacer enfermero en su praxis.

Ante la escasez de literatura e investigaciones relacionadas a este tema de los desafíos que enfrentan los profesionales del gremio ante el turismo médico, se presenta la inquietud y oportunidad de realizar la presente investigación y no solo detectar los desafíos a los que se enfrentan estos profesionales sino continuar investigando e implementar diversas estrategias que coadyuven al desarrollo de los profesionales de enfermería y enfrentar estas nuevas

oportunidades con el turismo médico de la frontera norte de Ciudad Juárez Chihuahua –El Paso Texas.

El programa de las Naciones Unidas Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible(9), nos brinda la oportunidad de hacer frente a los grandes retos para un mundo más saludable, próspero, integrador y menos vulnerable de aquí a 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que la acompañan representan su plan de acción y son pertinentes para todos los países, tanto los pobres como los ricos. La meta específica de no dejar a nadie desatendido; es una llamada de atención para centrarse en las personas que corren más riesgo de quedarse sin los servicios de salud que necesitan y merecen. Los ODS forman un todo indivisible y se basan en el impulso y las enseñanzas adquiridas en el pasado. Todos los sectores deben esforzarse por trabajar conjuntamente a fin de cumplir las promesas que hemos contraído.

Aunque la mejora de salud y el bienestar constituye un objetivo en sí misma (el ODS), es también necesaria para alcanzar la mayoría de los demás objetivos. Por ejemplo, la cobertura sanitaria universal (CSU) puede ayudar a reducir la pobreza (ODS) porque protege frente una causa importante de penurias económicas y la mejora de la salud puede impulsar el aumento del empleo y el crecimiento económico (ODS). Además, los sistemas sanitarios deben ser sólidos para hacer frente a las consecuencias sociales y económicas de los brotes y otras emergencias sanitarias, y la mejora de la salud potencia a su vez los demás objetivos.

Al igual que existe una relación entre los objetivos de desarrollo sostenible, también existe una conexión entre los temas a estudiar sobre los desafíos del personal de enfermería ante el turismo médico, dado que no son la respuesta a un solo factor o situación problemática, sino suele ser, al igual que en los problemas sociales un resultado de múltiples causas que afectan el desarrollo de las personas, como por ejemplo, la situación económica, sus ingresos, el aspecto familiar, social, de salud, emocional, entre otros.

## Objetivos

Describir y analizar los desafíos que enfrentan los pro-

fesionales de Enfermería en la atención a usuarios internacionales.

## Material y Métodos

El presente trabajo es un estudio cualitativo, fenomenológico. Fueron sujetos de estudio, directivos, profesionales de enfermería y usuarios de los principales hospitales privados de la localidad, con mayor demanda de usuarios internacionales. Se realizaron 29 entrevistas a profundidad, se conformaron dos grupos focales, previo consentimiento informado. Los datos obtenidos se procesaron en el Software Atlas Ti.

## Metodología

Gracias a trabajos como los de Glinos, Baeten, y Maarse (10), Snyder et al (11) y Hanefeld et al (3), se eligió la técnica de “bola de nieve”, dado que estos autores han emitido una valoración positiva de su uso para la identificación de los “mejores informantes”. Es así que se solicitó a las personas entrevistadas su recomendación sobre otros actores que estuvieran relacionados y tuvieran experiencia, conocimiento y posibilidad de colaborar en las entrevistas.

Se delimitó como parámetro espacial de la investigación los principales hospitales privados de Ciudad Juárez, cercanos y/o de fácil acceso a los puentes de cruce internacional donde se encuentran los prestadores de servicios de salud que pudiesen aportar datos a esta investigación. Dos de los espacios están caracterizados por tener infraestructura moderna de alto standing, ubicados en zonas turísticas rodeados de áreas residenciales y comerciales y que se encuentran dentro de la llamada “zona dorada” de la Ciudad, en la cual se contempla la planificación del desarrollo socioeconómico de la urbe. Otros dos de los hospitales que reciben un gran número de pacientes, se localizan en zonas conocidas como “corredores comerciales”.

Se realizaron dos grupos focales para la identificación de las necesidades, desafíos y condiciones laborales de los stakeholders participantes.

En ellos se abordaron temas académicos, de habilidades para el desempeño profesional, dificultades para el desarrollo de su profesión, la participación en cuerpos colegiados, el reconocimiento social, entre otros.

El método básico de la investigación fue la teoría fundamentada que según Strauss (14), es una manera de pensar la realidad social y de estudiarla por medio de técnicas para recolectar y analizar los datos, profundizando por medio de la codificación, en el cual se fragmentaron y conceptualizaron los datos para integrarlos nuevamente y con ello formular los resultados de la investigación, se requiere trabajo de campo y descubrir lo que sucede en la realidad, gran parte de esta teoría surgió de la colaboración entre Glaser y Strauss (14).

Además, se toman las particularidades del método analítico inductivo el cual, según Dávila (15), conlleva la acumulación de conocimientos e informaciones particulares, que con el trabajo de campo se busca observar. El estudio no busca generalizaciones en los resultados, sino dejar ver la situación actual, que permita afianzar una propuesta acorde a la realidad.

De las fuentes primarias, las entrevistas a profundidad, de las que se obtuvo información de primera mano. Como fuentes secundarias u obras de referencia que proporcionaron a la investigación consultas relevantes entre las cuales se incluyen fuentes de revistas científicas y de divulgación, libros, informes, tesis de licenciatura, directorios, fuentes geográficas y bases de datos bibliográficas.

La herramienta utilizada en la recopilación de datos fue la entrevista semiestructurada ya que es flexible y dinámica según Díaz, Torruco, Martínez, & Varela (17), tiene una serie de pasos que deben tomarse en cuenta y que se siguen al pie de la letra en la construcción de este estudio. Es así que durante el proceso se fueron aclarando dudas y tomando en cuenta el lenguaje corporal y los significados que el informante le atribuía al tema. Se contó con una guía de entrevista diseñada para cada sección del estudio. Se eligió un espacio cómodo y acorde al lugar. Luego se le explicó al entrevistado los propósitos de la entrevista y se les solicitó autorización para grabarla. Posteriormente se les tomaron los datos y se les pidió autorización para usar sus nombres o no, en la investigación. La información recolectada fue con el

“muestreo con propósito” o llamado también “Purposive sampling” de tipo no probabilístico. Este presenta una variedad de criterios debido al tipo de informantes y en el trascurso de la investigación los datos obtenidos nos dirigieron a otras personas conocedoras del tema.

En este trabajo, la saturación teórica sucedió cuando se presentó repetición de los datos, al realizar un análisis comparativo constante y por ende se decidió cesar el muestreo a cada una de las constantes como lo afirma Patton citado en Martínez (7), no hay reglas para decidir el tamaño de la muestra, ya que ésta depende del propósito del estudio.

Una vez realizadas las entrevistas, fueron transcritas, analizadas y codificadas para identificar los temas relevantes que iban surgiendo. Este proceso no fue sencillo, Tuckett (18), propone categorías de análisis, ya que surgieron una gran cantidad de códigos que a través del proceso de refinamiento y reagrupación propuesto, se logró obtener los resultados que se presentan a continuación.

De los hallazgos de las entrevistas realizadas se generaron 120 códigos que se fueron refinando hasta lograr una reducción de 25, posteriormente se clasificaron por grandes categorías de análisis como se muestra en la tabla de frecuencias. Los códigos fueron separados por aspectos positivos (P+) y negativos (N-) para mayor claridad en los resultados.

## Resultados

Los desafíos identificados y descritos en este estudio se clasificaron en cuatro grupos: Entorno laboral del personal de enfermería, Cultura y Comunicación, Expectativas del usuario internacional y Uso de Tecnología.

En seguida se expone una tabla que permite apreciar los actores que como informantes accedieron a ser entrevistados.

Tabla 1 Actores resultantes

Entrevistados	No. de entrevistas
Médicos especialistas	2
Enfermeras	6
Pacientes	9
Directivos de hospitales	4
Profesoras de Enfermería UACJ	2
Presidentas de Colegio de Enfermería	2
Autoridades de gobierno municipal	1
Estudiantes de enfermería	3
Total de entrevistas	29

Fuente: construcción propia, con base en trabajo empírico.

Tabla 2 Frecuencias en resultados refinados

Positivos +	Negativos -
Servicios complementarios para pacientes	Insuficiencia de personal
Equipo moderno de alta tecnología	Migración a otros países
Servicios complementarios para los pacientes	Bajos salarios
Comportamiento personal /paciente	Sobrecarga de trabajo
Respeto a la individualidad del paciente	Muchos pacientes por enfermera
Opinión positiva del paciente	Tardanza de respuesta
Excelente conexión a internet	Alto nivel de exigencia de prestación del servicio
Dominio del idioma inglés	Fuga del personal al extranjero
Personal humanitario y servicial	Insuficiencia de tabletas y teléfonos inteligentes
Servicios más buscados	Ausencia de controles de fármacos
Consideraciones éticas	Falta de reconocimiento
	Falta de coordinación entre instituciones
	Rotación de personal
	Preferencia de instituciones públicas como opción laboral

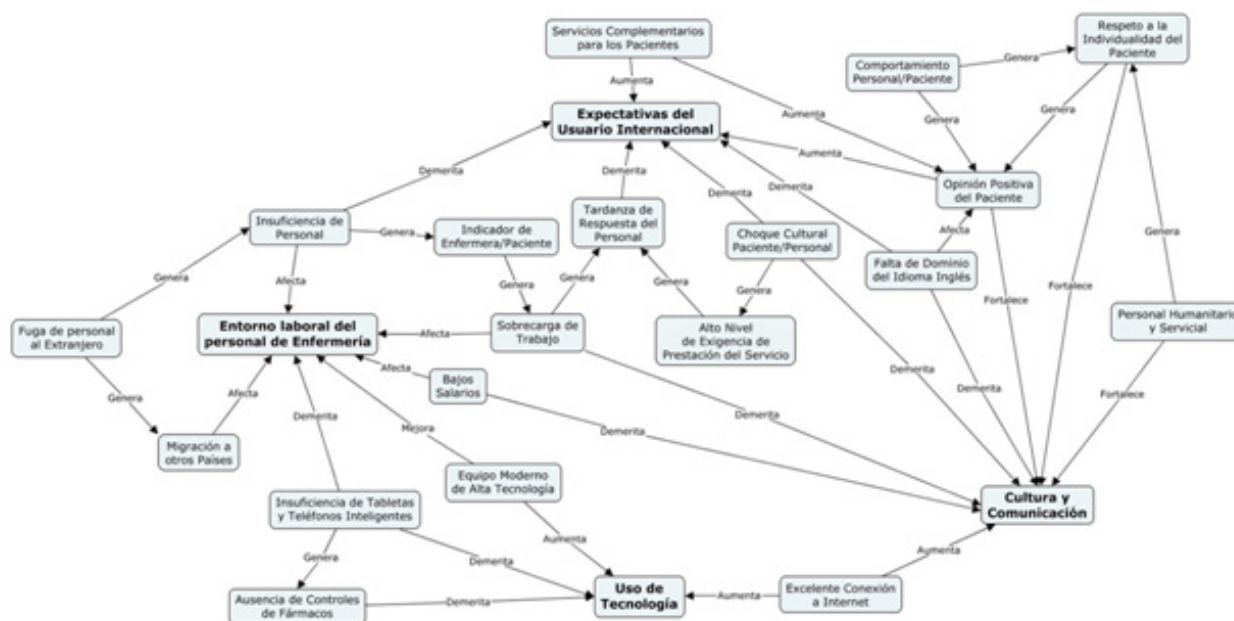
Fuente: Construcción propia con base en trabajo empírico.



A continuación se presentan los resultados del trabajo, a partir de los cuatro grandes temas identificados al agrupar los 25 códigos resultantes de la agrupación global, los cuales son: Expectativas del usuario internacional, entorno laboral del personal de enfermería, cultura y comunicación y uso de tecnología.

Se elaboró una red semántica que muestra las relaciones jerárquicas de los conceptos y las formas de relación entre ellos.

Figura 1. Red Semántica de Desafíos de profesionales de enfermería en la frontera Juárez-El Paso.



En la siguiente sección se presentan los resultados de la investigación los cuales se exponen de acuerdo al orden planteado dentro de la clasificación de los códigos que se integraron a la metodología para la interpretación de los datos y hallazgos obtenidos. Se inicia con los resultados refinados en positivo.

1.- Los resultados positivos en los desafíos encontrados en esta investigación, en **relación a los servicios complementarios** de las instituciones de salud a las que se acudió, el resultado indica que se encontraron a los usuarios satisfechos con la atención brindada por el personal de enfermería en los diversos servicios complementarios, tales como: radiología, anatomía patológica,

laboratorios, admisión hospitalaria, relaciones públicas.

2.- Sobre **el equipo moderno de alta tecnología**. En este punto los hallazgos muestran que los cuidados de la enfermería moderna son una mezcla de alta tecnología y el cuidado humanizado. Para ello es necesario una atención de calidad y supervisión de los servicios de Tecno vigilancia y Farmacovigilancia, así como de los servicios de epidemiología de la institución para verificar esta tecnología. Cabe mencionar que otro de los desafíos positivos es el uso de telefonía celular ya que lo utilizan cuando es necesario y se requiere del Código Mater en urgencias o equipo de respuesta inmediata (ERI).

3.- Otro de los aspectos versa **sobre servicios complementarios para los pacientes del turismo médico y sus acompañantes** que implica contar con acceso alámbrico e inalámbrico, diversos canales de televisión nacionales y extranjeros. Además, cuando se requiere asistencia individual de profesionales de enfermería calificados y bilingües, solo se requiere solicitar a la Dirección de enfermería para que ellos envíen a estos profesionales de acuerdo a las horas, turnos y servicios solicitados.

4.- Respecto al **comportamiento de las relaciones personales de enfermería con los pacientes y sus acompañantes** Pacientes provenientes de Denver Colorado, Las cruces y El Paso,

Texas han expresado sentirse confortables cuando los enfermeros los orienta dándoles la bienvenida, inclusive cuando les ofrecen un apretón de manos les da mayor seguridad y alivio, para disminuir la tensión emocional para su tratamiento o cirugía, por lo que los hallazgos refieren que los profesionales de enfermería fueron empáticos, tratables, serviciales, atentas, amables y sonrientes, basados en las necesidades de cada uno.

5.- El punto sobre **respeto a la individualidad** del paciente, los resultados mostraron que en su mayoría todo el personal de enfermería los trató amablemente, de forma desinteresada al cubrir las necesidades de cada paciente, respetando la individualidad de cada uno, siendo amable y cortés, no hubo discriminación de raza, credo, posición social o económica.

Fue un trato igualitario porque le proporcionaron orientación de enfermería antes de cada procedimiento invasivo o no, que establecieron relaciones amistosas con sus acompañantes o familiares, que respetaron sus gustos, creencias y necesidades, estuvieron al pendiente de sus necesidades fisiológicas, que en todo momento se les protegió de riesgos de caídas, infecciones y fue un personal que les brindó información, técnicas con seguridad, los enfermeros los educaron, guiaron y aconsejaron.

6.-Respecto a **la opinión positiva de los profesionales de enfermería de los usuarios del turismo médico**. Los resultados mostraron que el total de los participantes de esta investigación percibieron un trato digno del personal de enfermería, que son amables, que el personal se presentaba con ellos, les llamaba por su nombre, les orientaba el nombre de la enfermera de cada turno para saber a quién llamar en caso de ser necesario, todo ello englobado en una actitud positiva para atenderlos, solo que en ocasiones no acudían al llamado inmediatamente. Todo esto siempre en una atmósfera de respeto mutuo, que recibieron trato amable, digno y respetuoso, al darles a conocer sus derechos como pacientes lo llevaron a cabo con una sonrisa amable y cortés. Informaron que los profesionales de enfermería fueron eficaces, eficientes y mostraron calidez. En su trato hubo comunicación, convivencia, interacción; cuando les daban sus medicamentos les decían que era y para qué, también revisaban el suero, les solicitaban su dieta indicada, les orientaron sobre los restaurantes y servicios

complementarios y que para todo les pedían su consentimiento o les orientaban sobre los procedimientos que les harían, inclusive las supervisoras los visitaban a haber qué se les ofrecía. Es decir, los pacientes perciben bienestar cuando las enfermeras están capacitadas para atenderlos. Algunos participantes refirieron que se sentían preocupados, angustiados por lo tanto no advirtieron bienestar y un paciente refirió en su apreciación un rasgo de indiferencia en el trato a su situación, resultando el único caso señalado en este sentido.

7.-**Excelente conexión a internet**, la conexión a internet es satisfactoria, se puede conectar a través de WiFi en todos los servicios, pasillos, salas de espera, consultorios y cuartos de los pacientes. Ahí mismo hay conexiones para Tablet o computadoras, en general se encuentra bien el servicio y además con el cable es más rápida la conexión.

8.-**Dominio del idioma inglés**, los resultados en esta investigación son relevantes ya que no todo el personal de enfermería domina el idioma inglés. Cuando hubo necesidad, traducía el personal administrativo y la mayoría de estos pacientes de turismo médico y sus acompañantes, esposos, madres, parejas, refirieron hablar español, por lo que entendían lo que el personal les orientaba o comunicaba, incluso sobre el plan de alta hospitalaria, las indicaciones fueron en español por parte de los profesionales de enfermería aunque demuestra uno de los desafíos de los profesionales de enfermería es superar la barrera del idioma y lograr superar este reto.

9.-**Personal de enfermería humanitario y servicial**, el total de los resultados en esta investigación de corte cualitativo exhibe que los participantes refirieron haber sido atendidos por personal de enfermería capacitado, amable, con conocimientos, sabiduría, competencia, espíritu de servicio, cordialidad, amabilidad. Se trata de un personal sonriente a pesar de que atienden a muchos pacientes en su área, porque señalan que los servicios de quirófano los trataron bien, en recuperación igual y en el cuarto fueron muy amables y eficientes en el momento que les hablaban acudieron para atender su solicitud.

10.- Servicios más buscados, Dentro de los servicios más solicitados los tratamientos de cardiología, cirugías bariátricas, oftalmológicos, tratamientos odontológicos, ginecología laser estética y biorregenerativa remodelado vulvar, tratamiento de MonalisaTouch,

tratamientos de fertilidad, cirugía general, cirugías estéticas y plásticas, algólogos, traumatología y ortopedia, así como tratamientos para alergologías, incluyendo consultas médicas y tratamientos alternativos.

**11.-Consideraciones Éticas,** Para la atención de los participantes del turismo médico en esta frontera se tomaron en cuenta y respetaron los valores, ideología, creencias, religión e identidad cultural, basados en los Códigos de Ética para enfermeros en México, Carta de los Derechos de los pacientes, Derechos de los médicos, de los profesionales de enfermería. Se respetó el consentimiento informado en los participantes el cual fue verbal, como lo indica la Ley General de Salud en materia de investigación en seres humanos donde no hubo ningún riesgo para los participantes en la presente investigación.

## Discusión

La actividad de enfermería refiere un cuidado no solo técnico sino de un aspecto moral o de compartir sensaciones entre paciente y enfermera, implica una labor de cuidado y atención en sentido humanístico porque son copartícipes elementales en la recuperación y cuidado del valor humano de la salud. Entonces, se requiere de un personal confiable, capacitado y con alto nivel de sentido humano. Estas cualidades son referidas por los informantes de este estudio, pero de igual forma se obtiene información de que un o una enfermera tiene a su cuidado muchos pacientes a la vez y esto demerita en la adecuada respuesta que debe dar a las necesidades de atención del paciente.

Los resultados también muestran los desafíos de los profesionales de enfermería relacionados con la alta exigencia en el servicio de enfermería por parte del Paciente Internacional, así lo señala una de las participantes del estudio cuando afirma:

“nosotros aprendemos el inglés que nos enseñan en la escuela, con tono dulce y amable, pero el paciente habla más rápido y no lo entiendo” (comunicación personal, entrevistado 1).

Tales actividades distraen al personal de su quehacer enfermero mientras que otros pacientes manifestaron que

no desean tener contacto con nadie, se aíslan en su habitación y no quieren que entre el personal de enfermería e incluso llegan a pegar notas en la puerta de “no entrar” o “no molestar”. Otros más refieren que de acuerdo a sus costumbres y creencias algunos pacientes no se asean durante su estancia hospitalaria, permanecen con joyas, en el caso de las mujeres no prescinden del maquillaje, joyas o el uso de pelucas, pestañas y uñas postizas; incluso algunos no desean usar la bata de paciente y permanecen con su ropa, algunos caminan por el hospital, acuden a la cafetería o a las salas de espera de otros pisos, sin avisar, incluso solicitan servicio de Uber para ir a hacer algunas compras o a comer en algún restaurant. Es decir, los pacientes mantienen, durante su estancia hospitalaria, un comportamiento de huéspedes, no de pacientes. Este comportamiento pone en riesgo al paciente y disminuye la calidad de la atención de enfermería y todo ello impidiendo cumplir con los Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente Hospitalizado.



El segundo punto relativo a los desafíos de los profesionales de enfermería relacionados con el entorno laboral indica que cada semestre egresan de las distintas escuelas de enfermería de Ciudad Juárez un estimado de 250 nuevos profesionales de enfermería, entre técnicos y licenciados, teniendo como expectativa iniciar su vida laboral como enfermeros y enfermeras en instituciones públicas, principalmente. Otros profesionales de enfermería ingresan a laborar en consultorios privados, farmacias, guarderías, casas de cuidado del adulto mayor, agencias de enfermería de cuidados a domicilio, clínicas de belleza o en la industria maquiladora.

Otros más consiguen trabajar en puestos distintos a enfermería, como en área de ventas, meseras, comercio informal, algunas optan por prepararse para emigrar a otros lugares, principalmente a Estados Unidos de Norteamérica en busca de mejores oportunidades de desarrollo profesional y económico.

Algunos de los profesionales de enfermería que laboran en los hospitales privados de Ciudad Juárez mencionaron que el número de pacientes que atienden por turno supera los indicadores enfermera-paciente nacional e internacional, que están sujetas a disposición de los hospitales como son jornadas dobles de trabajo por alta demanda de pacientes las cuales aceptan, pues el incentivo es que recibirá un ingreso extra ya que los bajos salarios que percibe regularmente son insuficientes para solventar las necesidades básicas como alimentación, vivienda, transporte, comunicación de telefonía celular, educación para los hijos, atención médica, esparcimiento y ahorro para caso de imprevistos.

De lo anterior se infiere que existe falta de reconocimiento al trabajo que realizan los profesionales de enfermería y esto se observa en numerosas situaciones relativas a las condiciones de trabajo estresantes, escasez de personal, limitaciones de gestión de los espacios de enfermería en los hospitales, freno al desarrollo académico, bajos salarios, incomprensión y celo profesional entre compañeros. Además, existen casos de enfermeras y enfermeros que sienten que los cuidados que prestan son eficientes y poco reconocidos, es decir, vulnerables y subestimados.

Contreras, Reynaldos y Cardona (22) afirman que las condiciones del ambiente de trabajo, tienen una incidencia directa en la calidad del cuidado de enfermería que se brinda, mientras que Arandojo (23) refiere que la percepción que tienen los pacientes internacionales sobre el trato que brinda el personal de enfermería en los hospitales de Ciudad Juárez, les genera confianza, es ejemplar, dicen recibir un cuidado de calidad, de lo mejor, distinguen la capacidad y calidad del conocimiento que poseen al proporcionarles atención profesional, resaltando el sentido humano que distingue a los profesionales de enfermería mexicanos. Sin embargo, el paciente logra identificar que la enfermera atiende muchos pacientes a la vez y que debido a esa

situación la espera para dar respuesta a necesidades de atención es prolongada y esta condición favorece que se presenten errores en la atención como la duplicidad o falta de administración de medicamentos no tomándose en cuenta. Los diez pasos correctos para administración de medicamentos, directrices emitidas por la Organización Mundial de la Salud y adoptadas por los países miembros como es el caso de México (24).

En México el observatorio del desempeño hospitalario 2011 del gobierno federal dio a conocer que, por cada 1,000 habitantes, se cuenta con 1.5 profesionales de enfermería, dato que se encuentra por debajo de la recomendación internacional de 4 enfermeras por cada 1,000 habitantes. De igual forma, el indicador de recursos humanos en salud menciona que la media nacional es de 2 enfermeras por cada médico. El estado de Chihuahua, en donde se encuentra Ciudad Juárez, cuenta con 1.4 enfermeras por cada médico. Lo que hace notar el desabasto y la sobrecarga laboral en el personal de enfermería.

Ciudad Juárez es una zona de vida cara y aunado esto a los bajos salarios que perciben los profesionales de enfermería se ven en la necesidad de ingresos extras por lo que en su mayoría trabajan doble jornada o buscan realizar actividades que les permitan generar más ingresos económicos, por lo que además ofrecen atención de enfermería particular, que le permite al paciente, por un costo extra, recibir una atención más personalizada en el que la enfermera particular podrá realizar su proceso de atención de mayor calidad y estará dedicada a su paciente constantemente, ya sea en el hospital o en su domicilio temporal, durante su estancia en esta ciudad. Los cuidados de enfermería más solicitados son curaciones, toma de signos vitales, aseo corporal, administración de medicamentos y acompañamiento, los estudios revelan que los pacientes valoran más los aspectos del cuidado que tienen relación con la comunicación, el afecto y la atención que se le presta, es decir un cuidado humanizado y transpersonal. Para ello se han creado agencias privadas de enfermería que se dan a conocer principalmente por redes sociales, este servicio ha tenido gran demanda y aceptación por parte del turismo médico, por lo que están dispuestos a contratar los servicios particulares de enfermería.



Por otro lado, algunos pacientes antes de decidir venir a Ciudad Juárez a recibir atención médica solicitan información tanto de los médicos que los atenderán, así como del personal de enfermería, llegando a recibir atención con el antecedente que se encontrará con personal profesional, actualmente en su mayoría licenciados en enfermería, especialistas y enfermeros generales, que proveerán atención altamente calificada. Uno de los desafíos que se presentan es el dominio del idioma inglés ya que solo parte del personal es bilingüe, algunos se comunican por medio de los traductores con teléfonos celulares, con dispositivos electrónicos, con tarjetas con frases en español e inglés, por lo que actualmente las escuelas de enfermería se han dado a la tarea de incluir la enseñanza obligatoria del idioma inglés en su currículo académico y con esto dar respuesta a las necesidades del turismo médico.

Otro hallazgo importante es que para proporcionar una atención de calidad al paciente, los profesionales de enfermería necesitan de una preparación adicional y de un mayor conocimiento acerca de los visitantes internacionales (11) para cumplir con los Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente, como son la identificación correcta del paciente, comunicación efectiva, seguridad de los medicamentos de alto riesgo, procedimientos correctos, reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria, reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas, educación al paciente y detección de eventos adversos, cuasi fallas y eventos centinela. Estas son una serie de acciones específicas que previenen los riesgos y, por lo tanto, la probabilidad de que ocurran eventos adversos y el paciente tenga un alta hospitalaria segura.

Los desafíos que presentan los profesionales de enfermería en los hospitales privados de Ciudad Juárez, Chihuahua, México, tienen características similares a los desafíos que enfrentan las enfermeras japonesas en la atención de pacientes internacionales, donde destaca la preocupación por la falta de comprensión del idioma. Como lo describe el estudio Prácticas Relacionadas con la atención de enfermería para visitantes internacionales a Hiroshima, el cual confirma que para proporcionar una atención de calidad al paciente, los profesionales de enfermería necesitan de una preparación adicional y de un mayor conocimiento acerca de los pacientes

internacionales como afirma Nishikawa&Niiya (25).

Es así que algunos desafíos identificados en este trabajo coinciden con lo que afirma Díaz (20) al medir la satisfacción del paciente a partir de los conceptos expectativas y calidad de la atención percibida. Las expectativas de los usuarios internacionales, de acuerdo al país o la región de donde provenga, tienen sus propias culturas, hábitos, costumbres, tradiciones y comportamiento, por lo que el paciente de turismo médico, aunque no espera que lo traten como en su país, pues entiende que se encontrará en un lugar ajeno para su atención en donde muy probablemente no habrá muchas personas que lo comprendan o que logren cumplir sus expectativas de atención. Los profesionales de enfermería son quienes permanecerán todo el tiempo al lado del paciente, y es de ellos, además de los médicos de quienes esperan recibir respeto y cordialidad, que cuiden su intimidad e integridad al igual que comprensión a sus necesidades de salud. Tienen la confianza de que harán su mejor trabajo, que los tratamientos y procedimientos que se le realicen sean seguros. Los pacientes esperan recibir información antes de realizar algún procedimiento, esperan ser atendidos en un lugar apropiado, higiénico, amplio, cómodo. Aspiran a que cuente con todo el equipo que requieran para su tratamiento, que cuente con wifi, además de encontrar los mejores costos de atención de salud. Los profesionales deben velar por la salud y el bienestar de los pacientes proporcionando un cuidado humanizado ya que éste no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral, como copartícipe en las transacciones de cuidados humanos. Coincidiendo con el trabajo de Poblete<sup>26</sup> Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalario.

Referente al entorno laboral del personal de enfermería, la investigación realizada permite conocer los desafíos que enfrentan los profesionales de enfermería en las instituciones hospitalarias privadas, que atienden pacientes internacionales. La enfermera tiene un don especial, nunca abandona a sus pacientes, tiene un alto sentido de responsabilidad, aunque no se encuentre satisfecha con su entorno laboral al igual que en este estudio de Martínez (7) en el que presenta la satisfacción laboral de las enfermeras que van a trabajar a hospitales ingleses, debido que buscan mejores condiciones laborales.

Otros más consiguen trabajar en puestos distintos a enfermería, como en área de ventas, meseras, comercio informal, algunas optan por prepararse para emigrar a otros lugares, principalmente a Estados Unidos de Norteamérica en busca de mejores oportunidades de desarrollo profesional y económico.

Algunos de los profesionales de enfermería que laboran en los hospitales privados de Ciudad Juárez mencionaron que el número de pacientes que atienden por turno supera los indicadores enfermera-paciente nacional e internacional, que están sujetas a disposición de los hospitales como son jornadas dobles de trabajo por alta demanda de pacientes las cuales aceptan, pues el incentivo es que recibirá un ingreso extra ya que los bajos salarios que percibe regularmente son insuficientes para solventar las necesidades básicas como alimentación, vivienda, transporte, comunicación de telefonía celular, educación para los hijos, atención médica, esparcimiento y ahorro para caso de imprevistos. Sin embargo y a diferencia del sistema de salud británico que incentivó a las enfermeras españolas con un contrato muy prometedor que incluye reducción de la jornada laboral a 37.5 horas semanales y 27 días de vacaciones al año con la intención de controlar y disminuir al máximo el choque cultural en los profesionales de enfermería y pusiera en riesgo su satisfacción laboral, ya que una inadecuada adaptación al nuevo entorno laboral tendría consecuencias negativas, físicas, psicológicas y sociales.



Estudios comparativos que permiten identificar nuevas y exitosas prácticas que abonan en una mejor atención al paciente internacional, condiciones que deberán considerarse para un estudio poste-

rior de seguimiento en relación al turismo médico.

Los grandes hospitales privados, siempre están a la orden del día en cuanto a adquisición de los más novedosos aparatos que salen al mercado con el objetivo de estar a la vanguardia y ofrecer mejores servicios a sus usuarios. Los nuevos profesionales de enfermería que conocen y operan en su mayoría estos aparatos, de nueva generación, además son los que se encargan de entrenar al personal que no conoce el uso de la nueva tecnología. Para ellos no representa un desafío pues desde su práctica como estudiantes se van familiarizando, y adquieren habilidades en su manejo, coincidiendo estos hallazgos con el estudio de Araya, Bianchetti y Torres (27) que realizaron un estudio en el que analizaron las expectativas y experiencias de aprendizaje en la práctica profesional de estudiantes del área de la salud. En dicho estudio se destaca la importancia de la práctica clínica argumentando que el conocimiento que allí se genera es vital y que estos son para toda la vida y además irremplazables.

## Conclusiones

Es posible concluir de forma contundente y con fuerza que se cumple con el objetivo de presentar los desafíos de los profesionales de enfermería y que se producen pocos trabajos de investigación interdisciplinarios, así como la existencia de pocas líneas de investigación y generación del conocimiento, por lo que es de gran relevancia la presente investigación debido a que las enfermeras no realizan investigación clínica, y esto es indispensable para cambiar los paradigmas y aumentar el conocimiento científico que enriquecen el gremio.

Es imprescindible fundamentar teóricamente para impulsar la investigación en enfermería desde las instituciones de salud como elemento fundamental para su progreso, implementando redes de apoyo y colaboración o plataformas para elaborar trabajos colaborativos y de investigación multicéntricos que permitan mejorar la calidad del cuidado de enfermería en usuarios del turismo médico en esta sociedad actual caracterizada por la globalización y la transculturalidad.

De igual forma es indispensable que los desafíos a los que se enfrentan los profesionales de enfermería en la frontera Ciudad Juárez, Chihuahua- El Paso,

Texas, permitan observar que los profesionales de enfermería entregan gran parte de su tiempo y horario a cubrir las necesidades de los usuarios a través de la labor asistencial y gestión del cuidado de los usuarios del turismo médico, esto implica meditar sobre las bases éticas, jurídicas y deontológicas para responder a pacientes de otra cultura, otro idioma, costumbres, hábitos e idiosincrasia, por lo que nos obliga a ejercer una labor asistencial en todas sus dimensiones fundamentando la evidencia de la práctica científica de los profesionales de enfermería.

La investigación de estos profesionales ante y por el turismo médico es necesaria y fundamental aunado a los desafíos a los que se enfrentan los profesionales de enfermería porque es parte estructural y básica para la esencia del cuidado, fundamentado en los derechos humanos y derechos culturales de los usuarios del turismo médico así como a la libre elección de los diversos tratamientos que ofrece esta frontera para los usuarios del turismo médico, se otorga un cuidado de enfermería de calidad fundamentado en principios, normas, derechos, técnicas, conocimientos, procedimientos y comunicación con estos usuarios. Por tanto se requiere el apoyo de los directivos de las instituciones de salud para evitar la rotación frecuente de personal, fomentar la educación continua y apoyar en cursos, becas y estímulos o incentivos para estos profesionales de enfermería y evitar la fuga de profesionales de enfermería y migración hacia otros países que ofrecen mayores incentivos, mejor salario y prestaciones. Todo esto, para mejorar la calidad de atención de enfermería y generar una tendencia para que se disminuyan los desafíos ya señalados.

En la formación de nuevos profesionales de enfermería es necesario transformar los modelos pedagógicos en los currículos escolares a modelos y teorías innovadoras para fomentar el pensamiento crítico, así como desarrollar estrategias que garanticen la innovación de teoría-práctica. También se requiere de la construcción de acciones participativas para el desarrollo de competencias en los nuevos profesionales de enfermería para cumplir con el deber de los Profesionales de Enfermería como lo indica la Organización Mundial de la Salud en la implementación de los objetivos sostenibles confirmando e implementando el NursingNow. Por lo que

se demanda de modelos educativos acordes a la globalización y las tendencias actuales de tipo políticas, sociales, educativas a nivel local, nacional, internacional y mundial para dar respuestas a los usuarios del turismo médico y no sean desafíos para el gremio de enfermería.

Se destaca la participación indispensable de enfermería para la atención de usuarios extranjeros, por lo que se exhorta a la comunidad científica a profundizar en la problemática que enfrentan. Para todo ello este estudio resulta una conveniente fuente de información que permitió extraer los puntos torales sobre los retos que día a día enfrenta el gremio de enfermería en la zona fronteriza de Ciudad Juárez, Chihuahua con El Paso, Texas.

### Referencias bibliográficas

1. Pocock NS, Phua KH. Medical tourism and policy implications for health systems: a conceptual framework from a comparative study of Thailand, Singapore and Malaysia. *Global Health* [Internet]. 2011 [Consultado 13 de Junio 2019];7(1):12. DOI: 10.1186/1744-8603-7-12
2. Whittaker A, Manderson L, Cartwright E. Patients without borders: understanding medical travel. *Med Anthropol* [Internet]. 2010 [Consultado 12 junio de 2019];29(4):336-43. DOI: 10.1080/01459740.2010.501318
3. Hanefeld J, Horsfall D, Lunt N, Smith R. Medical tourism: a cost or benefit to the NHS?. *PLoS One* [Internet]. 2013; 8(10): e70406. DOI: 10.1371/journal.pone.0070406
4. Connell J. Contemporary medical tourism: conceptualization, culture and commodification. *Tour Manage* [Internet]. 2013; 34:1-13. DOI: 10.1016/j.tourman.2012.05.009
5. Lau D, Ogbogu U, Taylor B, Stafinski T, Menon D, Caulfield T. Stem cell clinics online: the direct-to-consumer portrayal of stem cell medicine. *Cell Stem Cell* [Internet]. 2008;3(6):591-4. DOI: 10.1016/j.stem.2008.11.001.
6. Turner L. Beyond "medical tourism": Canadian companies marketing medical travel. *Global Health* [Internet]. 2012;8 Suppl 16. DOI: 10.1186/1744-8603-8-16



7. Martínez Carazo, P. C. El método de estudio de caso Estrategia metodológica de la investigación científica. *Revista científica Pensamiento y Gestión*. 2011; (20).
8. Kumar, S. Designing promotional strategies for medical tourism in India: A case study of an ophthalmic hospital in NCR. *Health and Population* [Internet]. 2009 [Consultado el 12 de Junio de 2019]; 32(2), 86–95.
9. ONU. Asamblea General: Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015 [Internet]. Organización de las Naciones Unidas; 2015 [Consultado el 14 de Junio de 2019]. Disponible en: [https://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares70d1\\_es.pdf](https://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares70d1_es.pdf)
10. Glinos, IA., Baeten, R., Helble, M., y Maarse, H. Una tipología de la movilidad transfronteriza del paciente. *Salud y lugar*. 2010; 16 (6), 1145-1155.
11. Snyder, J., Crooks, V. a., & Johnston, R. Perceptions of the Ethics of Medical Tourism: Comparing Patient and Academic Perspectives. *PublicHealthEthics* [Internet]. 2012; 5(1), 38–46.
12. Plan Estratégico de Juárez, A.C. Así estamos Juárez: Informe 2018 [Internet]. 2018 [Consultado el 10 de Junio de 2019]. Disponible en: [https://planjuarez.org/wp-content/uploads/2018/12/Presentacion\\_Asi\\_estamos\\_Juarez\\_2018.pdf](https://planjuarez.org/wp-content/uploads/2018/12/Presentacion_Asi_estamos_Juarez_2018.pdf)
13. Hernández R., Collado, C. F., Lucio, P. B., & Pérez, M. D. L. L. C. Metodología de la investigación. 1998; (Vol. 6). México: Mcgraw-hill.
14. Glaser, B. G., & Strauss, A. L. The discovery of grounded theory. *International Journal of Qualitative Methods* [Internet]. 1967; 5. Disponible en: [http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/5\\_1/pdf/mills.pdf](http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/5_1/pdf/mills.pdf)
15. Dávila, C. Teorías organizacionales y administración. 2001. McGraw Hill.
16. Breu, F., Guggenbichler, S., & Wollmann, J. La Investigación Cualitativa. *Vasa*. 2008; I, 29.
17. Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*. 2013; 2(7), 162-167.
18. Tuckett, AG. La investigación cualitativa del muestreo: las complejidades muy reales. *Enfermera investigadora*. 2004; 12(1), 47-61.
19. OMS. Temas de salud: Definición de Enfermería [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2019 [Consultado el 11 de Junio de 2019]. Disponible en: [tps://www.who.int/topics/nursing/es/](https://www.who.int/topics/nursing/es/)
20. Watson J. *Nursing: the philosophy and science of caring*. Colorado: Colorado Associated University Press; 1985.
21. Troncoso, M. P., & Suazo, S. V. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm*, 20(4), 499-503.
22. Contreras Ibacache VE, Reynaldos Grandon K, Cardona Alzate LC. Clima, Ambiente y Satisfacción laboral: un desafío para la enfermería. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2015 [citado 14 Jun 2019];31(1):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/478>
23. Arandojo Morales M.<sup>a</sup> Isabel. Nuevas Tecnologías y nuevos retos para el profesional de enfermería. *IndexEnferm* [Internet]. 2016 [citado 2019 Jun 14] ; 25( 1-2 ): 38-41. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962016000100009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000100009&lng=es).
24. Secretaria de Salud. SUBDIRECCIÓN DE Enfermería Procedimiento para el Manejo y Uso de Medicamentos. Disponible en: [http://www.hraeb.salud.gob.mx/contenidos/normas/procedint/18-Sep-2012/MA-NEJO\\_Y\\_USO\\_DE\\_MEDICAMENTOS.pdf](http://www.hraeb.salud.gob.mx/contenidos/normas/procedint/18-Sep-2012/MA-NEJO_Y_USO_DE_MEDICAMENTOS.pdf)
25. Nishikawa, M., Niiya, K., Okayasu, M. Addressing Practical Issues Related To Nursing Care For International Visitors To Hiroshima. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2014 [Consultado el 11 de Junio de 2019]; 48 (2). Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342014000200299](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000200299)
26. Poblete, M. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2007; 20(4)499-503. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf>
27. Araya Leal S, Bianchetti Saavedra A, Torres Hinojosa J, Véliz Rojas L. Expectativas y experiencias de aprendizaje en la práctica profesional de estudiantes del área de la salud. *Educación Médica Superior* [Internet]. 2018 [citado 2019 Jun 14];32(1):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1227>



# COMUNICACIONES PREMIADAS

## Fortalecimiento de la atención integral al paciente con riesgo de pie diabético: alto al pie diabético en el Policlínico Fiori -Red desconcentrada Sabogal- ESSALUD Lima Perú

Strengthening of the integral attention to the patient with risk of diabetic foot: stop to the diabetic foot in the Policlínico Fiori -Red desconcentrada Sabogal- ESSALUD Lima Peru

**Barrios Vidalón, Rocío<sup>1</sup>, Segovia Masgo, Magali<sup>1</sup>, Bernuy Herrera, Antonia<sup>1</sup>**

1.Enfermeras Policlínico Fiori -Red desconcentrada Saboga- ESSALUD Lima Peru

**Autor de correspondencia:**  
rbarriosvidalon@gmail.com

### Cómo citar este artículo:

Barrios Vidalón, R., Segovia Masgo, M., Bernuy Herrera, A. Fortalecimiento de la atención integral al paciente con riesgo de pie diabético: alto al pie diabético en el Policlínico Fiori-Red desconcentrada Sabogal-ESSALUD Lima Perú. *Enfermería Activa* 2019;5S1:21-28.

### Resumen

El policlínico Fiori - Essalud es un Centro de Atención primaria de nivel I-3 de complejidad creciente,

con una población de 80,468 asegurados, y el 2.23% tiene diabetes tipo 2 siendo la prevención del pie diabético una actividad imprescindible en la atención primaria lo cual nos permitió plantear una oportunidad de mejora, el brindar una atención integral por el equipo interdisciplinario. Gestionamos la salud, para cumplir con los estándares mínimos de atención con calidad, calidez y ver en que estamos deficitarios a pesar de contar con escasos recursos. Objetivo: Fortalecer la atención integral del paciente con riesgo de pie diabético, en la cartera del adulto mayor del Policlínico Fiori. Material y métodos: Se reestructuró la atención de enfermería con un enfoque preventivo, evaluando resultados de los procesos, mediante indicadores de control de calidad de atención. Registrándose cada actividad realizada en cuadros de control mensual. Se coordinó con el equipo multidisciplinario para que el paciente desordenado con mal control glucémico reciba la

atención inmediata en un solo día por parte del equipo. Como una atención adicional en la programación. Se realizaron capacitaciones al personal asistencial del Policlínico Fiori en el Tratamiento Integral avanzado de la ulcera del pie diabético. Se aplicaron encuestas a los usuarios internos y externos. Se realizaron reuniones de trabajo para la implementación de un formato de valoración de riesgo de pie diabético, se implementó una guía de procedimientos de enfermería de la cura del pie diabético un flujograma de atención integral al paciente con riesgo de pie diabético. Se elaboró un plan educativo personalizado y grupal en talleres dirigido a los pacientes con riesgo de pie diabético trípticos educativos. Resultados: Para los resultados se utilizaron los indicadores de gestión, que demostraron una mejora en la calidad de atención, tomando en cuenta el monitoreo anual por ciclos desde el 2016 hasta el 2018. Se consideraron cinco indicadores de

Calidad como: Satisfacción, eficiencia, conocimiento adquirido, calidad, costos, lográndose alcanzar las metas propuestas en un 80%.y generando un ahorro de 61.038 soles, en realizar la actividad preventiva, disminuyendo los gastos por complicaciones de la diabetes mal controlada. Conclusión: La implementación del presente trabajo ha demostrado que la atención primaria es la fortaleza de la prevención y detección oportuna de complicaciones por diabetes causando un impacto en la calidad de vida de los pacientes con diabetes y logrando muchas veces su mejoría y satisfacción. Así mismo, la identificación de los factores de riesgo de pie diabético debería ser una prioridad para el profesional de enfermería que trabaje con pacientes con diabetes, la cual es realizable, con métodos exploratorios y sencillos conjuntamente con la educación y participación de la familia, con un costo aceptable. Además, el impacto económico es importante, se generó un ahorro de S/. 61,038 soles disminuyendo el porcentaje de amputaciones de un 5% a un 3% mediante una atención integral por el equipo interdisciplinario. La educación sanitaria debe ser sostenida en el tiempo, con la innovación de procesos de atención y la intervención de todo el equipo interdisciplinario para que el abordaje sea integral con la finalidad de buscar la eficiencia organizacional y el manejo de los escasos recursos que contamos en los establecimientos de salud de Primer Nivel de atención.

#### **Palabras clave**

Modelo de Gestión en Salud, Pie Diabético, Enfermería

#### **Abstract**

The Fiori - Essalud polyclinic is a Primary Care Center of level I-3 of growing complexity, with a population of 80,468 insured, and 2.23% have type 2 diabetes being the prevention of diabetic foot an essential activity in primary care which allowed us to raise an opportunity for improvement, to provide comprehensive care by the interdisciplinary team. We manage health, to meet minimum standards of care with quality, warmth and see that we are deficient despite having few resources.

#### **Objective:**

To strengthen the integral attention of the patient with diabetic foot risk, in the portfolio of the senior adult of the Fiori Polyclinic.

#### **Material and methods:**

Nursing care is restructured with a preventive approach, evaluating the results of the processes, through indicators of quality control of care. Each activity is recorded in monthly control charts. It was coordinated with the multidisciplinary team so that the disordered patient with poor glycemic control receives immediate care in a single day by the team. As an additional attention in the programming. Training was given to Fiori Polyclinic staff in the advanced Integral Treatment of diabetic foot ulcers. Surveys were applied to internal and external users. Working meetings were held for the implementation of a diabetic foot risk assessment format, A nursing procedure guide for the cure of the diabetic foot was implemented a flowchart of comprehensive patient care with diabetic foot irrigation. A personalized and group educational plan was developed in workshops aimed at patients at risk of diabetic foot educational triptychs.

#### **Results**

For the results, management indicators were used, which demonstrated an improvement in the quality of care, taking into account the annual monitoring by cycles from 2016 to 2018. five Quality indicators were considered, such as: Satisfaction, efficiency, acquired knowledge, quality, costs, achieving the proposed goals by 80% and generating a saving of 61,038 soles in carrying out the preventive activity, reducing expenses for complications of poorly controlled diabetes.

#### **Conclusion:**

The implementation of this work has demonstrated that primary care is the strength of prevention and timely detection of diabetes complications causing an impact on the quality of life of patients with diabetes and often achieving their improvement and satisfaction. Likewise, the identification of diabetic foot risk factors should be a priority for the nursing professional working with patients with diabetes, which is achievable, with exploratory and simple methods together with education and family participation, at an acceptable cost. In addition, the economic impact is important, a saving of S/. 61,038 soles was generated, reducing the percentage of amputations from 5% to 3% through comprehensive care by the interdisciplinary team.

Health education must be sustained over time, with the innovation of care processes and the intervention of the entire interdisciplinary team so that the approach is comprehensive with the aim of seeking organizational efficiency and the management of the scarce resources we have in health facilities of the First Level of care.

## Key Word

Health Management Model, Diabetic Foot, Nursing

## Introducción

La Atención primaria como primer nivel de atención es el lugar donde debe gestionarse la salud y, actualmente estamos pasando por muchos cambios epidemiológicos y de transición lo cual nos refleja que las enfermedades crónicas van en aumento por el envejecimiento de la población y ello demanda mayor cuidado y autocuidado.

La diabetes es una de las enfermedades crónicas más prevalentes en las personas, y una de las complicaciones que es más severa y costosa es el Pie Diabético. Según el consenso internacional de Pie Diabético afirma que el 15% de los diabéticos van a sufrir a lo largo de su vida una infección del pie, y en un 14 a 20 % requerirán de una amputación y un 50% sobrevivirán a 5 años de una amputación

El Policlínico Fiori, pertenece a la Red Desconcentrada Sabogal, según la oficina de estadística e informática cuenta con una población adscrita de 80,468 asegurados y una población de 60,762 son adultos mayores (entre 20 y 80 años) una población de 1795 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, y mayores de 60 años son 779 personas con esta enfermedad, y que durante el año 2016 se presentaron 16 casos de pie diabético ,03 amputaciones ,03 fallecidos después de 3 años de una amputación. El tratamiento de las úlceras y las amputaciones, no solo generan altos costos, el más alto costo es para el paciente que ha perdido una pierna, su independencia y en casos extremos la vida, y para la familia la situación nunca volverá a ser como antes. Ocasiona también la incapacidad laboral, acompañados de sentimientos de tristeza, baja autoestima, depresión, melancolía, miedo y dolor y en muchos casos estas personas se convierten en carga para su familia. Se realizó un estudio epi-

demiológico en octubre 2017(anexo4) hallamos como resultado el desconocimiento del cuidado del pie en un 75%, y el calzado no adecuado que usan los pacientes en un 89%, sumado el descontrol de la diabetes por un 52%, por múltiples factores, y pacientes que viven solos un 9%, quienes tenían mayor el riesgo de pie diabético.

El pie diabético es una complicación que nos muestra mayor interés y preocupación, lo cual se ha convertido en formar parte de los indicadores de calidad en el cuidado de enfermería. Y como educadores podemos dar enseñanza clara y oportuna a los pacientes y familiares. Por lo que se planteó una oportunidad de mejora , el cual fue planteado como el siguiente problema: **Inadecuada atención al paciente con riesgo de pie diabético de la cartera del adulto mayor del Policlínico Fiori.**

Ante esta realidad el equipo de mejora planteo una propuesta innovadora de una atención integral al paciente con riesgo de pie diabético basado en el modelo de Gestión Moderna con la elaboración de los macro procesos estratégicos y macro procesos de soporte y los procesos misionales lo cual nos permite facilitar la atención integral del equipo multidisciplinario al paciente con riesgo de pie diabético. Este equipo se esfuerza por que los pacientes logren alcanzar sus metas de control de la glicemia siguiendo regímenes nutricionales y /o cumplir con la adherencia al tratamiento de fármacos hipoglucemiantes y educar a la familia quienes cumplen un rol activo del cuidado en el hogar. Y si en caso ya presentara las complicaciones por pie diabético en el área de tópico de curaciones se realiza la cura de estas lesiones, logrando en un 60 % disminuir los casos de amputación de pie diabético Según estudios a nivel internacional , se han demostrado que el 85% de los casos de pie diabético se pueden detectar a tiempo ,tatar oportunamente ,a través de registros de valoración ,y que la educación es la principal herramienta de la prevención del pie diabético Para ello elaboramos una ficha de valoración de riesgo de pie diabético lo cual nos da el beneficio de estratificar a las personas con riesgo de pie diabético en una clasificación de bajo riesgo. Moderado riesgo y alto riesgo, y una clasificación de pie neuropático.



Isquémico o mixto. Así mismo se evalúa el estado de higiene, como también si el paciente es capaz de demostrar su autocuidado, y citar con urgencia a los familiares responsables para educar en el cuidado al paciente con riesgo de pie diabético.

La capacitación permanente, la socialización de las nuevas guías nos permitieron cumplir con nuestros objetivos, trabajamos bajo un modelo de gestión moderna brindando una atención integral utilizando estrategias de bajo costo en educación y alto impacto, en el tratamiento oportuno del paciente con riesgo de pie diabético, de acuerdo a nuestro nivel resolutivo, garantizando la prevención como también la recuperación, considerando la sistematización y mejora de los procesos en la detección y manejo del pie diabético con un Wagner grado I-II algunos casos de grado III. El manejo de los datos se da a través de un aplicativo informatizado permitiendo optimizar los recursos y bienes estratégicos para el beneficio de mejorar la calidad de vida, de nuestros pacientes

La prevención del pie diabético es una estrategia imprescindible en la Atención Primaria que brinda un beneficio no solo económico para familia y en el centro hospitalario si no también causa un impacto social. Este modelo de atención integral al paciente con diabetes cumple con el objetivo de mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes con diabetes por medio de una intervención estructurada, que busca el empoderamiento del individuo para mejorar sus conductas y creencias de su enfermedad, lo cual es reconocido por el paciente y la familia. Las características de la atención integral al paciente con Riesgo de pie diabético en la atención Primaria son:

- Amplia cobertura de atención de enfermería
- Calidad Técnica
- Monitoreo del manejo de la enfermedad
- Sostenibilidad
- Equipo multidisciplinario educador en Diabetes
- Organización funcional Horarios adecuados
- Coordinación con Hospital de IV Nivel
- Referencias inmediatas
- Brinda atención integral a los pacientes con riesgo de pie diabético con personal especializado educador en diabetes, para responder a sus necesidades y expectativas en el marco de su desarrollo integral el cual comprende:

**Consulta externa** medica de prevención (4 consultas anuales) Control de enfermería. (8 controles anuales) Valoración de riesgo de pie diabético, automonitoreo, educación en la correcta administración de insulinas, Consejería Integral Evaluación en Nutrición, y Psicología, **Consejería individual** tiene como finalidad el fortalecimiento de las capacidades resolutivas del paciente con Diabetes, favorece el cambio y se centra en la experiencia del paciente. En las consejerías se escucha al paciente reconoce y acepta sus preocupaciones opiniones, diferencias, creencias y motivos verbalizados del paciente en relación a su conducta. Es imprescindible que exista una relación de confianza entre el profesional y el paciente. Este a su vez ayudado por el profesional tiene que hacer un trabajo previo al cambio, de toma de conciencia de los motivos por los que cambiara su conducta, debe estar convencido que el resultado del cambio será satisfactorio y debe identificar los posibles obstáculos y los factores favorecedores para el cambio.

El Formato de valoración de riesgo de pie diabético (anexo10) es un instrumento basado en las guías de Práctica clínica, guías NICE, manual de pie diabético, La cual es utilizada en forma física y Virtual en el sistema informático de la atención al paciente con riesgo de pie diabético donde se Estratifica el riesgo de pie diabético y se realiza la valoración del tipo de pie con la finalidad de:

- Fortalecer las capacidades de autocuidado del paciente
- Prevenir las lesiones en el pie
- Favorecer la educación al paciente y la familia.
- Identificar los factores de riesgo
- Promover la toma de conciencia sobre la importancia el cuidado
- Proporciona al servicio una herramienta de investigación
- Contribuye a mejorar la calidad de atención a los pacientes con riesgo de pie diabético.

## OBJETIVOS

### General

Fortalecer la atención integral del paciente con riesgo de pie diabético, en la cartera del adulto mayor del Policlínico Fiori.



## Específicos

- Fortalecer las competencias del equipo interdisciplinario del Policlínico Fiori que brinda la atención integral al paciente con riesgo de pie diabético.
- Gestionar la Implementación o adquisición de un equipo de cómputo para el registro informático para la detección de los factores de riesgo de pie diabético.
- Implementar la atención integral del paciente con riesgo de pie diabético.
- Implementar un flujograma de atención integral al paciente con riesgo de pie diabético.
- Implementar un Instrumento de valoración y estratificación de riesgo de pie diabético.
- Sensibilizar a los pacientes con riesgo de pie diabético sobre la importancia del cuidado de los pies.

## METODOLOGÍA

Se desarrollaron las siguientes actividades en respuesta de los objetivos específicos:

Se realizó un curso de capacitación para el personal asistencial del Policlínico con el tema: “Tratamiento integral avanzado de la ulcera del pie diabético”.

Se facilitó la capacitación de educador en diabetes al equipo multidisciplinario vía virtual organizado por la Asociación de Diabetes del Perú.

Se coordinó con el Hospital Alberto Sabogal Nivel IV para la capacitación de la evaluación de la valoración del riesgo de Pie Diabético.

Se coordinaron reuniones de trabajo para la implementación del formato de valoración del riesgo de pie diabético.

Se gestionó con la administración la instalación de un equipo de cómputo.

Se coordinó con la dirección la instalación de un punto de red y correo institucional para los profesionales encargados de la atención integral al paciente con riesgo de pie diabético.

Se coordinó la instalación de un (software) en el servicio del adulto mayor.

Se seleccionó y formo el equipo multidisciplinario de la atención a la paciente con riesgo de pie diabético.

Se realizaron reuniones mensuales para la atención integral y la implementación del cuaderno de actas.

Se realizaron reuniones con el equipo de trabajo para asignar responsabilidades y estrategias a implementar.

Se coordinó con el equipo multidisciplinario que el paciente desordenado con mal control glucémico reciba la atención inmediata en un solo día.

Se implementa un registro en tópico de cirugía para el seguimiento de las curaciones de los pacientes con diabetes.

Se elabora e implementa una guía práctica de atención de enfermería de la cura del pie diabético.

Se elabora e implementa un flujograma de atención de integral al paciente con riesgo de pie diabético.

Se elabora e implemento un flujograma de la atención de enfermería en pacientes con riesgo de pie diabético.

Se elabora e implemento un instrumento de valoración y estratificación de riesgo de pie diabético.

Se coordinó para la adquisición de material para la evaluación del riesgo de pie diabético.

Se solicitó el fotocopiado de los formatos de valoración de riesgo de pie diabético. Para las historias clínicas.

Se elaboró trípticos educativos que brindan información del cuidado del pie diabético

Se elaboró el plan educativo sobre la prevención del pie diabético , dirigido a los pacientes con Diabetes tipo 2 el cual se desarrolló en dos módulos de 2 horas cada uno a grupos de 15 personas. En el Auditorio del Policlínico

Así mismo se desarrolla un programa de educación personalizada como parte de la atención de enfermería de 10 minutos por sesión educativa con resultados efectivos, logrando sensibilizar al paciente en los cambios

de actitudes y prácticas en el cuidado de los pies.

Se invita a participar a la familia en la educación individual y grupal.

Se gestiona con la administración los materiales para realizar los talleres educativos.

Reestructurar la atención de enfermería con un enfoque preventivo, evaluando los resultados del proceso mediante indicadores de control.

## RESULTADOS

### Resultados de orientación hacia el usuario interno y externo

La satisfacción global del usuario interno involucrado en la atención al paciente con riesgo de pie diabético en el primer ciclo PHEA fue de 63.22% en infraestructura y en equipamiento, en el II Ciclo PHEA fue de 96.55% en procesos de mejora en comparación al ciclo anterior. La satisfacción global del usuario externo involucrado en la atención integral de paciente con riesgo de pie diabético en el I ciclo PHEA fue de 86.72% y en el II ciclo PHEA fue de 94.13 % en los procesos de mejora.

### Resultados Financieros

Los resultados Financieros en función al costo por complicaciones fueron de S/ 85509 como dato basal en el año 2015, S/56,874 en el I ciclo PHEA en el año 2016, S/40,588 como dato en el II ciclo PHEA año 2017 y S/24,290 en el III ciclo PHEA a mayo del 2018. Notándose una disminución de costos por ciclo Generando un ahorro de S/.44,921. Costo por Referencias realizadas a los pacientes con pie diabético fue de S/.720 como dato basal en el año 2015, S/432 en el I ciclo PHEA en el año 2016, S/288 como dato en el II ciclo PHEA del año 2017 y S/240 en el III ciclo PHEA a mayo del 2018 y Costo por Reprogramación a los pacientes que no acudieron a su cita los cuales fueron reprogramados reduciéndose significativamente siendo de S/ 24,118 (26.15% del total de la consultas) como dato basal en el año 2015, S/24,332 (22.11% del total de las consultas) en el I ciclo PHEA en el año 2016, S/20,603 (18.37% del total de las consultas) como dato en el II ciclo PHEA en el año 2017 y S/5,897 (7.88% del total de las consultas) en el III ciclo PHEA el 2018.

### Resultados de Eficiencia Organizacional:

El presente proyecto de mejora continua ha permitido demostrar la necesidad creciente de una atención integral especializada para los pacientes con riesgo de pie diabético demostrado por el incremento continuo de la proporción de pacientes nuevos con diabetes en quienes se tiene que brindar una atención personalizada. La reestructuración de los procesos, el fortalecimiento de las capacidades del personal y la mejora de la coordinación entre las áreas involucradas en la atención y los miembros del equipo de mejora ha permitido disminuir el diferimiento para referencias. El proyecto demuestra que hay un adecuado flujo de atención que permite atender el servicio en forma integral con la participación del equipo multidisciplinario. La implementación de flujo de atención, el establecimiento de los procesos de atención, la capacitación y supervisión del personal sanitario, la sensibilización del paciente y la familia ha logrado mantener un porcentaje bajo de complicaciones por diabetes en especial el del pie diabético esto último aunado a la baja tasa de reingresos a ámbito hospitalario.

### Resultados de Conocimientos Adquirido

Los resultados del conocimiento en los pacientes con riesgo de pie diabético sensibilizados están relacionado al porcentaje de pacientes atendidos que fueron estratificados en el Plan, el cual fue de en el año basal 2015 es (0.72%), en el I ciclo PHEA año 2016 (88.94%) en el II Ciclo PHEA 2017 (94.26%) en el III ciclo PHEA ,2018(78.71%) El porcentaje de los trabajadores sensibilizados fue el (0.82%), trabajadores en el año basal 2015, en el II Ciclo PHEA 2016, (2.50%) en el III ciclo PHEA 2017(9.76%) En el III Ciclo PHEA a 2018. (11.38%)

### Resultados de Calidad

Los resultados de la calidad se reflejan en el porcentaje de pacientes con riesgo de pie diabético atendidos integralmente por el equipo multidisciplinario el cual fue del 14.04% en el año basal 2015 en el I ciclo PHEA 2016 18.67%, en el II Ciclo PHEA 2017 el 31% en el III Ciclo PHEA , 2018 el 15.19%. Se refiere que este indicador mide las atenciones del paciente con riesgo de pie diabético que ha completado íntegramente todos los controles y evaluaciones realizadas en la cartera del adulto mayor. El equipo multidisciplinario



## CONCLUSIÓN

La implementación del presente proyecto ha demostrado que la atención primaria es una fortaleza para la prevención y detección oportuna de complicaciones por diabetes la cual causa un impacto en la calidad de vida de los pacientes con diabetes, muchas veces logrando una mejoría y satisfacción.

Además el impacto económico es importante porque es una alternativa eficiente frente a la saturación del ámbito hospitalario (ocupación de camas por heridas por pie diabético y amputaciones de miembros inferiores) mediante una gestión eficaz de los recursos sanitarios disponibles en la atención Primaria.

El presente proyecto manifiesta la creciente necesidad de que la detección y la identificación de los factores de riesgo asociados al pie diabético debería

ser una prioridad para para el profesional de enfermería que trabaje con los pacientes que tienen diabetes , esta detección es realizable en la cartera del adulto ,adulto mayor de la Atención Primaria con métodos exploratorios sencillos y con un costo aceptable ,así mismo con la participación de la familia y del equipo multidisciplinario ya que de esta forma, el abordaje del pie diabético es completamente integral .

La atención de un paciente con diabetes también tiene un enfoque personalizado y humanizado donde el equipo multidisciplinario debe ser amigable y de acercamiento al paciente, familia y no viceversa. El proyecto ha demostrado la eficacia de romper los paradigmas en relación a la prestación de servicios basados en la oferta del sistema de salud (atención del equipo multidisciplinario el mismo día) por considerarse una atención primaria compleja.

El proyecto también demuestra que los índices de amputación son reducidos, de un 5% a un 3% mediante la estrategia que incluyera la prevención, la educación de pacientes y la formación de profesionales, el tratamiento multidisciplinario de la úlceras del pie, y una supervisión minuciosa.

La planificación de la educación sanitaria brindada es sostenida en el tiempo (talleres grupales y la educación individual) la cual se lleva a cabo mediante diferentes métodos didácticos y se adecua al nivel cultural, costumbres y características individuales del paciente con diabetes y familia, demostrando que los cambios de hábitos negativos se pueden dar con supervisión y monitoreo.

El proyecto nos ha permitido comprender la necesidad de la innovación de procesos con la finalidad de optimizar la calidad de atención a los pacientes con riesgo de pie diabético, buscando la eficiencia organizacional y el manejo de los escasos recursos económicos que en el sistema de atención primaria es lo común. Este proyecto permitió mejorar la atención a los pacientes con diabetes principalmente aquellos que estaban descontrolados con glicemias elevadas y no alcanzaban consultas con Nutrición y control de enfermería, muchos de ellos tenían una mala adherencia al tratamiento, había también quienes desconocían la importancia de cuidar su pie .A ello se

invitaba a participar a la familia quienes son parte fundamental del cuidado al paciente con diabetes

La accesibilidad de los pacientes de acudir a control de enfermería era muy reacia, porque desconocía la importancia del seguimiento a su enfermedad, no eran conscientes de las complicaciones que podían presentar, el profesional médico no estaba sensibilizado, y por su limitación de tiempo en consulta no lograba evaluar el riesgo del pie diabético, se suma a ello las limitaciones de los pacientes para descubrirse los pies y las comorbilidades que también debían ser evaluadas. En el control de enfermería se organizó la atención y dentro de los controles de enfermería el segundo control es exclusivamente para la evaluación del pie y la educación correspondiente. Facilitando al profesional médico en el tratamiento oportuno de esta complicación.

El flujo de la consulta permite ordenar y priorizar el proceso de atención al paciente con riesgo de pie diabético, brindar un tratamiento integral y personalizado con el equipo multidisciplinario en un solo día, identificando oportunamente mal controlado, muchas veces se logró sensibilizar el manejo de su enfermedad, se educó en relación al uso del glucómetro, la importancia del auto-monitoreo, se enseña la correcta administración de la insulina, con un material educativo acorde a la educación. Con el impacto positivo que ello significa la educación es muy importante la disminución de ingresos a hospitalización por pie diabético, disminución de estancia hospitalaria, disminución de amputaciones

El uso de formatos implementados (tanto físicos como virtuales) permite establecer un proceso ordenado de atención lo que se refleja en un mejor servicio a los pacientes, priorizando la evaluación del riesgo de pie diabético. Las actividades realizadas como parte del proceso se traducían en información que nos reportaría el beneficio de nuestra intervención: pacientes con diabetes controlados, y descontrolados, pacientes que recibieron atención integral, pacientes que manejan su enfermedad.

El presente proyecto no ha demandado costo adicional para la institución, ya que se ha ordenado el proceso de atención estableciendo un flujo que permite el seguimiento adecuado, optimizando tiempos y disminuyendo las complicaciones por diabetes.

Así mismo, se asumió un compromiso de parte del personal, coordinación entre los diversos servicios, capacitación continua y oportuna al personal, impacto en la eficiencia organizacional, eficiente cultura de prevención, bajo número de consultas recuperativas, bajo número de referencias por complicaciones, alta cobertura en la atención al paciente con riesgo de pie diabético, evidenciándose en el bajo índice de deserción de citas.

Ha permitido sensibilizar al personal interno sobre la oportunidad para la atención integral al paciente con riesgo de pie diabético con enfoque preventivo incrementando la satisfacción en el usuario externo con diabetes.

La implementación del formato de valoración de riesgo de pie diabético como instrumento para la estratificación de riesgo del pie diabético, ha permitido un adecuado control y seguimiento de las complicaciones por diabetes mal controlada, y la detección oportuna de los factores de riesgo.



## Cultura sobre seguridad del paciente de personal de enfermería

### Culture of patient safety of nursing staff in a specialty hospital

**Monroy Martínez, María de los  
Ángeles 1, Ángeles Ávila, Gloria  
1, Cuevas Peñaloza,  
María Antonieta 1, Maciel Vil-  
chis, Alejandra del Carmen 1.**

1. Enfermera. PTC Facultad de  
Enfermería y Obstetricia de la  
Universidad  
Autónoma del Estado de México

**Autor de correspondencia:**  
mamonroym@uaemex.mx

#### **Cómo citar este artículo:**

Monroy Martínez MA, Ángeles  
Ávila G, Cuevas Peñaloza MA, Ma-  
ciel Vilchis AC. Cultura sobre se-  
guridad del paciente de personal  
de enfermería. *Enfermería Activa*  
2019;5S1:29-36.

#### **Resumen**

Según la Organización Mundial de  
la Salud (OMS), la seguridad del

paciente es la reducción del riesgo  
de daños innecesarios relacionados  
con la atención sanitaria hasta un  
mínimo aceptable, el cual se refie-  
re a las nociones colectivas de los  
conocimientos del momento, los  
recursos disponibles y el contexto  
en el que se presta la atención. La  
seguridad del paciente constituye  
un componente clave de la cali-  
dad asistencial que en los últimos  
años ha alcanzado gran relevancia  
considerándose en la actualidad  
un derecho y un requisito para la  
acreditación y/o certificación de las  
instituciones de salud. Con el pre-  
sente trabajo, se pretende determi-  
nar la cultura sobre seguridad del  
paciente de personal de enfermería  
en un hospital de alta especialidad.  
El estudio tiene un enfoque cuan-  
titativo, de tipo descriptivo y trans-  
versal. Al ser analizadas las doce  
dimensiones con los resultados más  
bajos fueron respuestas no puniti-  
vas a los errores indicando que no  
se notifican los errores que suce-  
den dentro del hospital, ya sea por

temor a que pueda aparecer una  
mala nota en el expediente personal.

#### **Palabras clave**

Cultura, seguridad, enfermería.

#### **Abstract**

According to the World Health Or-  
ganization (WHO), patient safety is  
the reduction of the risk of unneces-  
sary damage related to health care  
to an acceptable minimum, which  
refers to the collective notions of  
current knowledge, available re-  
sources and the context in which  
attention is paid. Patient safety is  
a key component of the quality of  
care that in recent years has reached  
great relevance considering nowa-  
days a right and a requirement for  
the accreditation and / or certifica-  
tion of health institutions. With this  
work, it is intended to determine  
the culture on patient safety of nur-  
sing staff in a high specialty hospital.  
The study has a quantitative,

descriptive and transversal approach. When the twelve dimensions were analyzed, the lowest results were non-punitive responses to errors indicating that errors occurring within the hospital are not notified, either for fear that a bad grade may appear in the personal file.

### Key words

Culture, safety, nursing.

### Introducción

Al determinar la cultura en seguridad en el paciente en personal de enfermería: abrirá una brecha para que las instituciones de salud den prioridad a esta temática de gran trascendencia, ya que este es el punto de partida para moldear la visión del personal de salud sobre prevención de riesgos durante la atención sanitaria.

El marco de referencia consta de tres capítulos: el capítulo primero incluye: seguridad del paciente, antecedentes, concepto, incidentes, cultura, evaluación, acciones, metas internacionales, Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Sanitaria, modelos de seguridad y estudios sobre seguridad del paciente. Asimismo, en el capítulo dos se encuentran temas sobre el personal de enfermería: enfermería, disposiciones para laboral del personal de enfermería. y el capítulo tres incluye definición de un hospital de alta especialidad, funciones, especialidades, personal de enfermería y atención de alta especialidad.

### Justificación:

La seguridad del paciente constituye un componente clave de la calidad asistencial que en los últimos años ha alcanzado gran relevancia considerándose en la actualidad un derecho y un requisito para la acreditación y/o certificación de las instituciones de salud, ante las autoridades correspondientes. Dentro de las evaluaciones para tal reconocimiento a nivel local, nacional e internacional se encuentran las ocho acciones esenciales para la seguridad del paciente, que tienen que ser cubiertos sino no se lograra la aprobación.

El presente estudio permitirá identificar necesidades y

fortalezas sobre cultura de seguridad en el paciente, comenzando por el personal de enfermería, como lo son, parte del equipo multidisciplinario de todas las instituciones.

El hecho de conocer sobre cultura de seguridad en el ámbito hospitalario no solo se ve beneficiado el paciente sino el mismo profesional de salud, debido a que el tener mayor información de cómo reducir riesgos le genera la necesidad de buscar alternativas que le ayuden a lograr un autocuidado. Esto ayudará a la prevención de algún evento adverso, además que evitará demandas, pérdidas económicas y de reconocimiento a médicos, enfermeras, y a la institución hospitalaria.

### Objetivos:

#### General

Determinar la cultura sobre seguridad del paciente en personal de enfermería en un hospital de alta especialidad.

#### Específicos

- Determinar los datos sociodemográficos de personal de enfermería en un hospital de alta especialidad.
- Analizar las doce dimensiones del instrumento aplicada a personal de enfermería.
- Identificar las fortalezas de acuerdo a porcentaje obtenido de los resultados.
- Identificar oportunidades de mejora de acuerdo al porcentaje obtenido de los resultados.
- Resaltar las dimensiones que requieran mayor énfasis de mejora para la seguridad del paciente.

### Antecedentes

La cultura sobre seguridad del paciente en la actualidad es un requisito esencial en la prestación de servicios de salud, porque permite la reducción de incidencias de eventos adversos, eventos centinela y eventos cuasi-falla. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la seguridad del paciente es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al ries-

go de no dispensar tratamiento o de dispensar otro (1).

La Agencia para Investigación y Calidad del Cuidado a la Salud define la Cultura de Seguridad como “el producto individual o colectivo de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamientos que determinan el compromiso, estilo y la competencia de una organización de salud en la promoción de seguridad” (2).

El hecho de conocer sobre cultura de seguridad en el ámbito hospitalario no solo se ve beneficiado el paciente sino el mismo profesional de salud, debido a que el tener mayor información de cómo reducir riesgos le genera la necesidad de buscar alternativas que le ayuden a lograr un autocuidado. Esto conllevará a la prevención de algún evento adverso, además que evitará demandas, pérdidas económicas y de reconocimiento al equipo multidisciplinario.

### Metodología

El estudio tiene un enfoque cuantitativo para determinar predicciones o patrones de comportamiento del fenómeno o problema planteado, tipo de estudio: Transversal, donde se recolectan datos en un solo momento. El presente estudio se realizó en Toluca; Estado de México. De acuerdo a la línea de investigación se encamina a Proceso de Enfermería en el área clínica de la Facultad de Enfermería, con el objetivo de determinar la cultura sobre seguridad del paciente en personal de enfermería en un hospital de alta especialidad.

- Universo: Se constituyó por 174 profesionistas de enfermería.
- Muestreo: No probabilístico a conveniencia del investigador.
- Muestra: Se integró por 70 profesionistas de enfermería Criterios de selección (Inclusión, exclusión)
- El instrumento fue el cuestionario sobre seguridad de los pacientes versión española del Hospital Survey on Patient Safety, creado por la Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ), en el 2004. Para la fiabilidad del instrumento fue sometido a  $\alpha$  de Cronbach, considerando al instrumento excelente para la recolección de información sobre seguridad del paciente.
- Técnica: Encuesta.

### Aspectos éticos

Para los aspectos legales y bioéticos se consideró el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. Dadas las condiciones del estudio se trata de una investigación sin riesgo, por lo tanto y de acuerdo al TÍTULO SEGUNDO de los aspectos éticos de la Investigación en seres humanos, CAPÍTULO I, Artículo 17, exime al investigador del uso del consentimiento informado, situación que se sometió y aprobó el comité de ética de la institución.

### Resultados

Los objetivos fueron alcanzados, puesto que la cultura sobre seguridad del paciente en el personal en formación se determinó, que se encuentra por debajo del porcentaje medio aceptado por lo tanto se considera que hay una oportunidad de mejora para la cultura sobre seguridad del paciente. En cuanto a los datos sociodemográficos el estudio mostró que el 84.7% pertenecen al género femenino, en tanto que el 15.3% corresponde al género masculino. Respecto a la edad, la mínima es de 28 años y la edad máxima de 53 años, con una media de 29.5. En cuanto al estado civil, el mayor porcentaje encontrado se trata de los casados con un 51.0%, seguido de los solteros con un 32.8%, unión libre con el 10.4% y el 5.7% son divorciados. (Cuadro No.3)

Dentro de la primera dimensión; frecuencia de eventos notificados, el 52% del personal de enfermería, notifican los errores que son descubiertos para ser corregidos antes de afectar al paciente, por el contrario, el 12% de ellos no notifica dichos errores. (Cuadro No.4)

Respecto a la segunda dimensión; percepción de seguridad, en el personal de enfermería el 41% nunca aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente siendo sus procedimiento y medios de trabajo buenos para evitar errores en la asistencia, mientras que el 34% considera que hay problemas relacionados con la seguridad del paciente en la unidad o servicio. (Cuadro No.5)

Con base al resultado de la tercera dimensión; expectativas y acciones de la dirección- supervisión de la unidad-servicio que favorece la seguridad, el 63%



del personal de enfermería, expresa que el jefe demuestra su satisfacción cuando intentan evitar riesgos en la seguridad del paciente, además de sugerir estrategias para mejorar la seguridad, en tanto que el 18% considera que su jefe inmediato superior pretende que trabaje más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la integridad del paciente. (Cuadro No.6)

Referente a la cuarta dimensión; aprendizaje organizacional- mejora continua, el 72% del personal de enfermería respondió que cuentan con actividades para la detección de algún fallo en la atención del paciente y con ello lleva a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo, mejorando así la seguridad del paciente, mientras que el 10% no está de acuerdo. (Cuadro No.7)

Respecto a la quinta dimensión; trabajo en equipo en la unidad/servicio el 65%, del personal de enfermería estuvo de acuerdo en que se apoyan mutuamente cuando tienen sobrecarga de trabajo tratándose con respeto para agilizar el término de sus actividades, en tanto el 17% considera que cuando alguien está sobrecargado de trabajo no suele encontrar ayuda en los compañeros. (Cuadro No. 8)

En la sexta dimensión; franqueza de la comunicación el 36% de la muestra estudiada menciona que cuando ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad además de tener el poder de cuestionar sin ninguna represalia las acciones o decisiones de sus supervisores, mientras que el 31% teme a hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta. (Cuadro No.9)

En cuanto a la séptima dimensión; feed-back y comunicación sobre errores, el 49% del personal de enfermería expresa que cuando se notifica algún incidente, se informa sobre qué tipo de actuación se va a llevar a cabo, por otro lado, el 19% no informa los errores que ocurren en su servicio, evitando discutir la manera de prevenirlos. (Cuadro No.10)

En la octava dimensión; respuestas no punitivas a los errores el 47% considera que notificar un error con los superiores podría quedar en su expediente personal, el 33% está de acuerdo que es una oportunidad de mejora. (Cuadro No.11)

Respecto a la novena dimensión; dotación de personal, el 45% del personal de enfermería considera que no hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo y por ende no se presenta la mejor atención al paciente, debido a la presión para realizar demasiadas cosas deprisa, el 37% considera que no es relevante la falta de personal. (Cuadro No.12)



La décima dimensión; apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente, el 49% del personal de enfermería considera que la gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente, siendo su prioridad, el 26% cree solo hay interés cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente. (Cuadro No.13)

Referente a la onceava dimensión: trabajo en equipo entre unidades, el 50% manifestó que hay una buena cooperación entre las unidades y los servicios que tiene que trabajar conjuntamente, para proporcionar la mejor atención posible y el 23% les resulta incómodo tener que trabajar con personal ajeno a su área de trabajo. (Cuadro No.14).

En cuanto a la última dimensión; problemas en cambio de turno y transiciones entre servicios-unidades el 40% considera que la información del paciente, se pierde, en parte, cuando estos se transfieren desde una unidad a otra y en los cambios de turno, además que el intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemáticos y el 39% no está de acuerdo. (Cuadro No. 15)

Dentro de los resultados globales de cultura sobre seguridad del paciente de la muestra estudiada: la media más alta es igual a 49 con una desviación es-



tándar de 22, correspondiendo a respuestas positivas y en cuanto a respuestas negativas la media fue de 26 con una desviación estándar de 16, resaltando que de manera general se encuentra como una oportunidad de mejora dicha cultura. (Cuadro No.16)

## Discusión

De acuerdo al análisis, la valoración positiva es mayor en los profesionales de mayor edad, deduciendo que, se relaciona con la experiencia y la capacidad de resolver los problemas que se presentan, mayor empoderamiento de sus funciones y manejo de relaciones interpersonales, los resultados no son similares a los recabados en este estudio ya que de obtuvieron dimensiones identificadas con fortalezas de mayor edad y experiencia.

De acuerdo a Fajardo (46) el cual muestra en el estudio “Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud”, donde la dimensión más baja fue la apertura en la comunicación y la más alta el aprendizaje organizacional, los resultados son similares a los del estudio, ya que la dimensión más baja fue franqueza de la comunicación junto con respuestas no punitivas a los errores y la más alta de igual manera fue aprendizaje organizacional, lo que deduce que en la mayoría de las instituciones se tiene problemas de comunicación entre el equipo de salud.

Dentro de esta investigación al ser analizadas las doce dimensiones que conforman la encuesta sobre la cultura de seguridad del paciente, las dimensiones con los resultados más bajos fueron respuestas no punitivas a los errores indicando que no se notifican los errores que suceden dentro del hospital, ya sea por temor a que pueda aparecer una mala nota en el expediente personal.

## Conclusiones

- Respecto a determinar la cultura sobre seguridad del paciente en el personal de enfermería en un hospital de alta especialidad, los porcentajes obtenidos de las doce dimensiones revelan que hay una oportunidad de mejora.
- Respecto a los datos sociodemográficos el porcentaje del género femenino es mayor respecto al género masculino, la edad de los estudiados es de 28 a 53 años. Respecto al estado civil el mayor índice corres-

ponde a los casados seguido de los solteros posteriormente unión libre y finalmente los divorciados.

- Referente a las doce dimensiones del instrumento sobre seguridad de los pacientes, aplicado al personal de enfermería, el estudio reveló que es indispensable buscar estrategias para mejorar la calidad de la seguridad del paciente puesto que las respuestas positivas prevalecen por debajo de la media.
- De acuerdo a los resultados obtenidos de la investigación no se detectaron fortalezas en la cultura sobre seguridad del paciente en el personal de enfermería.
- Con base a los resultados las oportunidades de mejora son; notificar los errores o eventos adversos, no trabajo bajo presión, incremento de personal, mejorar el trabajo en equipo entre otros.
- Las dimensiones del instrumento sobre seguridad de los pacientes requieren del trabajo conjunto del equipo multidisciplinario dado que no solo el personal de enfermería tiene acercamiento con los pacientes, compete a todo el equipo de salud la seguridad de los usuarios que demandan atención de salud.

## Recomendaciones

- Implementar programas de cultura sobre seguridad del paciente y líneas de investigación, para el personal de enfermería y de manera general al equipo multidisciplinario del hospital de alta especialidad.
- Capacitar continuamente al equipo multidisciplinario sobre seguridad del paciente, aplicando un instrumento para una evaluación antes durante y después de brindar dicha información, para verificar la eficacia de esta actividad, y dar seguimiento a través de entrevistas tanto para el personal de enfermería como personal adscrito e incluir la opinión de pacientes y familiares.
- Involucrar a todo el equipo de salud en la capacitación, cursos, programas, estrategias que las autoridades del hospital determinen como conducta de mejora para la seguridad del paciente
- Aplicación de programas y actividades que ayuden a la mejora de la integración del personal en grupos de trabajo.
- Proporcionar a los supervisores y jefes de las diferentes áreas de las instituciones de salud estrategias para motivar y dar seguridad al personal a su cargo.

## Referencias bibliográficas

1. Peñas Felizzola O. Parra Esquivel E. Gómez Galindo A. Cultura de seguridad del paciente en la prestación de servicios profesionales de Terapia Ocupacional artículo original Salud Uninorte [Internet]. (Col.) 2017; 33 (3): 383-392. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v33n3/2011-7531-sun-33-03-00383.pdf>.
2. da Penha Pinheiro, M, da Silva Junior, OC. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en una organización hospitalaria de un hospital universitario. Enfermería Global [Internet]. 2017; 16(1):309-324. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365849076012>.
3. Boletín del Centro Colaborador de Calidad y Seguridad en el Paciente CONAMED - OPS [internet] Septiembre - octubre 2015 Recuperado de: [https://www.paho.org/mex/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=technical-documentation&alias=1087-1013-conamed-bol-pdf&Itemid=493](https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=technical-documentation&alias=1087-1013-conamed-bol-pdf&Itemid=493).
4. Estepa del Árbol, M, Moyano Espadero, MC, Pérez Blancas, C, Crespo Montero, R. Eficacia de los programas de seguridad del paciente. Enfermería Nefrológica [Internet]. 2016; 19(1):63-75. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359844748008>.
5. Gómez Ramírez O.J. Soto Gámez A. Arenas Gutiérrez A. Garzón Salamanca J. González Vega A. Mateus Galeano E. Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. Artículo de revisión de tema. [Internet] 2011;(2): 363-374. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v29n2/v29n2a15.pdf>.
6. R. Rodríguez-Cogollo, I.R. Paredes-Alvarado, T. Galicia-Flores, J.I. Barrasa-Villar y S. Castán-Ruiz. Cultura de seguridad del paciente en residentes de medicina familiar y comunitaria de Aragón. Artículo original [internet] 2014. Pages 143-149. Recuperado de: [file:///C:/Users/esclavo/Downloads/S1134282X14000037\\_S300\\_es.pdf](file:///C:/Users/esclavo/Downloads/S1134282X14000037_S300_es.pdf)
7. Kruger de Campos, CE, Bauer Feldman, L, D'Innocenzo, M. Uso de la estructura conceptual de la clasificación internacional sobre seguridad del paciente en los procesos ético-disciplinarios en enfermería. Enfermería Global [Internet]. 2017; 16(4):151-162. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365852824006>.
8. Camargo, T, Quiroz Becerra, AL, Silvestre Brantinho, NC, de Camargo Silva, AEB. Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico. Enfermería Global [Internet]. 2014; 13(1):336-348. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834852017>.
9. Fernández Cantón S.B. Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente BOLETÍN CONAMED-OPS [Internet]. Vol. 1, Núm. 2 (2015) Recuperado de: [www.dgdiconamed.salud.gob.mx/ojsconamed/index.php/BCCCSP/article/view/190/285](http://www.dgdiconamed.salud.gob.mx/ojsconamed/index.php/BCCCSP/article/view/190/285).
10. Hernández Sampieri R., Fernández Collado C., Baptista Lucio P. Metodología de la investigación 5ta edición, McGraw-Hill. México, D.F., 2014 [internet], Recuperado de: [https://www.esup.edu.pe/descargas/dep\\_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigacion%20de%20la%20Edici%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf](https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigacion%20de%20la%20Edici%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf)
11. Zárate-Grajales, R, Olvera-Arreola, S, Hernández-Cantoral, A, Hernández Corral, S, Sánchez-Ángeles, S, Valdez Labastida, R, Pérez-López, M, Zapién-Vázquez, M. Factores relacionados con eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidados intensivos. Proyecto multicéntrico Enfermería Universitaria [internet]. 2015; 12(2):63-72. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v12n2/1665-7063-eu-12-02-00063.pdf>.
12. World Health Organization. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Informe Técnico Definitivo Versión 1.1 [Internet] 2009; 1-160. Recuperado de: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf).
13. Martín Delgado, MC, Cabré Pericas, L. Aspectos éticos y legales sobre la seguridad del paciente. Revista de Bioética y Derecho [Internet]. 2015; 146-159. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78343122016>.
14. Molano L., OL. Identidad cultural un concepto que evoluciona. Revista Opera [Internet]. 2007;(7):69-84. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67500705>.
15. Góngora, NH, Nóbile, CI, Soledad Reija, I. Estudio comparativo de la cultura organizacional. Ciencias Administrativas [Internet]. 2014;(4):51-65. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=511651380006>

16. Páramo Morales, D. Cultura y análisis organizacional. *Pensamiento & Gestión* [Internet]. 2014;(37): VII-X. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64632634001>
17. Serrate-Alfonso, A, Portuondo-Vélez, ÁL, Sánchez-Puigbert, N, Suárez-Ojeda, R. Evaluación de la cultura organizacional y su incidencia en la efectividad grupal. *Ingeniería Industrial* [Internet]. 2014; XXXV (1):2-12. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=360433596002>
18. Loyo de Falcón, RE. La cultura organizacional desde la perspectiva del docente UNEFA. *Omnia* [Internet]. 2015; 21(2):53-70. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73743366004>
19. Valdez-Rodríguez, B.E; Rodríguez-Olivas. Percepción de la Cultura Organizacional y el Liderazgo en una Institución de Educación superior, Conciencia. *Tecnológica Instituto Tecnológico de Aguascalientes*, [Internet] núm. 53, 2017, Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=94453640006>.
20. Sánchez Izquierdo, FL, López Tendero, J. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en unidades extrahospitalarias de hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica* [Internet]. 2015; 18(1):40. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359843732025>.
21. Hamui-Sutton A, Pérez-Castro J.A, Durán-Pérez V.D, García-Téllez S.E, Fernández-Cantón S.B, Lezana-Fernández M.A, Carrasco-Rojas J.A, Percepción de los médicos residentes sobre la cultura de seguridad del paciente en México. *CONAMED. Artículo Original* [Internet]. Vol. 20, Núm. 2. Recuperado de: <file:///C:/Users/hp/Downloads/136-694-1-PB.pdf>
22. Arrieta-Herrera, A, Suárez-Chumacero, G, Pérez-Zárate, C, Cárdenas-Gamarra, G, Figueroa-Apéstegui, A, Cuentas-Jara, M, Neves-Catter, C. Encuesta Health Care Advancement Conference 2016 de Cultura de Seguridad del Paciente en Lima y Calao. *Acta Médica Peruana* [Internet]. 2016;33(4):344-345. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96650072018>.
23. World Health Organization. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Informe Técnico Definitivo Versión 1.1 [Internet] 2009; 1-160. Recuperado de: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf).
24. Acciones esenciales para la seguridad del paciente. SiNaCEAM, Consejo de Salubridad General. [Internet]. 2017. Recuperado de: [http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacionestablecimientos/modelo\\_de\\_seguridad/acciones\\_ModeloCSG/AESP-ModeloSP-CSG-15.09.17.pdf](http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacionestablecimientos/modelo_de_seguridad/acciones_ModeloCSG/AESP-ModeloSP-CSG-15.09.17.pdf)
25. Meneses I. Metas Internacionales sobre Seguridad del Paciente, Secretaria de Salud, [Internet] 2016. Recuperado de: [http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/dsp-sp\\_03.html](http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/dsp-sp_03.html)
26. Villarroel, X, Febré, N. Características de documentos utilizados para estructurar las políticas internas relacionadas a las metas internacionales de seguridad de pacientes. *Ciencia y Enfermería* [Internet]. 2016; XXII (2):91-102. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370449353007>.
27. González de Jesús. Implementación de metas internacionales de seguridad del paciente en atención ambulatoria. *Revista CONAMED* [Internet] Vol. 20, Núm. 2 (2015). Recuperado de: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/169/255>.
28. Secretaria de Gobernación. Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. *Diario Oficial de la Federación* [Internet]. Recuperado de: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5496728&fecha=08/09/2017](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5496728&fecha=08/09/2017)
29. Consejo de Salubridad General. Actualización el proceso de certificación marzo 2018 Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica [Internet]. 2018. Recuperado de: <http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/proceso/ElProcesodeCertificacion-2018.pdf>.
30. *Diario Oficial de la Federación*. Manual para la acreditación de establecimientos y servicios de atención médica. Secretaria de Gobernación. [Internet] 2016 Recuperado de: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5464192&fecha=06/12/2016](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5464192&fecha=06/12/2016)
31. Consejo de Salubridad General. Estándares para implementar el Modelo en Hospitales Edición 2018 [Internet] 2015 Recuperado de: [http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacionestablecimientos/modelo\\_de\\_seguridad/hospitales/Estandares-Hospitales-Edicion2018.pdf](http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacionestablecimientos/modelo_de_seguridad/hospitales/Estandares-Hospitales-Edicion2018.pdf).

32. Camacho Rodríguez DE, Jaimes Carvajal NE. Cultura de seguridad del paciente en enfermeros de atención primaria. *Revista Cubana de Enfermería* [revista en Internet]. 2018 [citado 2018 Mayo 25]; 34(1): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1245>.
33. Rocco, C, Garrido, A. Seguridad del Paciente y Cultura de Seguridad Patient Safety And Safety Culture. *Revista Médica Clínica Las Condes* 2017; 28:785-95 - DOI: 10.1016/j.rmcl.2017.08.006 [Internet] 2017. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-seguridad-del-paciente-y-cultura-S0716864017301268>
34. Santamaría-Benhumea, N.H, Garduño-Alanís, A, Aspectos legales del error médico en México Artículo de Revisión, *Revista CONAMED*, vol. 19, núm1, [internet] enero-marzo 2014, págs. 32-36. Recuperado de: <file:///C:/Users/ser/Downloads/Dialnet-AspectosLegalesDelErrorMedicoEnMexico-4730769.pdf>
35. Machado Duarte, S, Acevedo Queiroz, A.B, Büscher, A, ConceiçãoStipp, M.A. El error humano en el cotidiano de la atención de enfermería en terapia intensiva, *Rev. Latino- AmEnfermagem*. [Internet] nov.-dic. 2015; 23(6):1074-81. Recuperado de:[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/es\\_0104-1169-rlae-23-06-01074.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/es_0104-1169-rlae-23-06-01074.pdf)
36. Llerena Cortez, N. Prevención de Cuasi Eventos, Eventos Adversos y Eventos Centinela. Mi8nisterio de Salud Pública. Ecuador [Internet] 2015. Recuperado de: <http://hvcm.gob.ec/wp-content/uploads/2015/03/PREVENCI%C3%93N-DE-CUASI-EVENTOS-EVENTOS-ADVERSOS-Y-EVENTOS-CENTINELA.pdf>
37. Pórtela Romero, M, Bugarín González, R, Rodríguez Calvoc, M. Error humano, seguridad del paciente y formación en medicina Human error, patient safety and medical training. *Educación Médica*, Elsevier España. [Internet] 2017. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181317301651#!>.
38. Diario Oficial de la Federación, Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM- 010-SSA3-2012, Educación en salud. Utilización de campos clínicos para las prácticas clínicas y el servicio social de enfermería. [Internet] 2012. Recuperado de: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5262831&fecha=08/08/2012](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5262831&fecha=08/08/2012).
39. Diario Oficial de la Federación, NORMA Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas. [Internet] 2013. Recuperado de: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5284147&fecha=04/01/2013](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284147&fecha=04/01/2013).
40. Zamudio-Villarreal Juan Fernando. La función de los médicos residentes según las leyes mexicanas. *Revista de Evidencia e Investigación Clínica* [Internet]. 2011; 4 (1): 5-6. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/evidencia/eo-2011/eo111c.pdf>.
41. García Lourenção L., Camacho Moscardini A., Sperli Gerald Soler Z.A. Salud y calidad de vida de los residentes médicos, Artículo Original [Internet] 2010; 56(1): 81-91. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n1/21.pdf>.
42. Instituto de Salud del Estado de México. Secretaría de Salud. [Internet], 2018. Recuperado de: <http://salud.edomex.gob.mx/cmalmateos/>.
43. Secretaria de Salud. Mejores Hospitales de la Secretaría de Salud Federal y los Servicios Estatales de Salud. *Revista de la Dirección General de Evaluación del Desempeño*. Internet] ,2015. Recuperado de: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/58338/MH\\_2015.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/58338/MH_2015.pdf)
44. Secretaria de Salud. Programa de acción específico/ Medicina de alta especialidad México 2014. Secretaria de salud. [Internet], 2014. Recuperado de:[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/69660/PAE\\_Medicina\\_de\\_Alta\\_Especialidad.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/69660/PAE_Medicina_de_Alta_Especialidad.pdf).
45. Fajardo-Dolci, G, Rodríguez-Suárez, J, Arboleya-Casanova, H, Rojano-Fernández, C, Hernández-Torres, F, Santacruz-Varela, J. Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. *Cirugía y Cirujanos* [Internet]. 2015;78(6):527-532. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66220323010>
46. Agency for Health Care Research and Quality. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes Versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Universidad de Murcia. [Internet], 2005. Recuperado de: [https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2007/Cuestionario\\_SeguridadPacientes.pdf](https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2007/Cuestionario_SeguridadPacientes.pdf)





## Aprendizaje de Estudiantes de Enfermería, en el Cuidado a la Madre y Recién Nacido

Nursing Student Learning, in Mother and Newborn Care

**Valenzuela Rodríguez Gisela Janeth<sup>1</sup>, Retamoza Patricia de Lourdes<sup>1</sup>, Hernández Graciela<sup>1</sup>, Verdugo Quintero Rosa Armida<sup>1</sup>, Zazueta Zazueta Servanda<sup>1</sup>**

1. Cuerpo Académico en consolidación: Cuidado de Enfermería y estilos de vida saludable. Docentes de la Escuela Superior de Enfermería de Culiacán. Universidad Autónoma de Sinaloa, México.

**Autor de correspondencia:**  
maestragraciela84@gmail.com

### Cómo citar este artículo:

Valenzuela Rodríguez GJ, Retamoza PdL, Hernández G, Verdugo Quintero RA, Zazueta Zazueta S. Aprendizaje de Estudiantes de Enfermería, en el Cuidado a la Madre y Recién Nacido. *Enfermería Activa* 2019;5S1:37-42.

### Resumen

Desde el punto de vista pedagógico el aprendizaje situado, planteado por Díaz Barriga, concibe que el conocimiento se genera y recrea en determinada situación, en el escenario de prácticas se experimenta el vínculo de la teoría con la práctica. Se realizó un estudio con estudiantes del cuarto semestre de licenciatura en enfermería. Objetivo: Comprender las experiencias de estudiantes de enfermería en el aprendizaje del cuidado a la madre y recién nacido, durante sus prácticas clínicas, en un hospital público de Culiacán, Sinaloa (México). Metodología: cualitativa, enfoque fenomenológico. Resultados: se identificaron cuatro categorías rectoras: **Madre y Recién Nacido como sujetos de cuidado y la Interrelación para el cuidado humanizado**; en el campo de la pedagogía del cuidado; las categorías rectoras: **Aprendizaje en la vinculación teoría-práctica y El tiempo en el aprendizaje del cuidado**. Subcategorías: Ser enfermero y el cuidado a una mujer, Capa-

cidad de asombro ante respuestas humanas. Conclusiones: Las experiencias de aprendizaje de los estudiantes implican competencias inherentes al cuidado humanizado, su efecto gratificante y comunicación. En la práctica docente el diseño de estrategias de enseñanza aprendizaje que favorezcan del cuidado a la madre, el recién nacido.

### Palabras clave

Conducta materna, cuidado del niño, aprendizaje basado en problemas, estudiantes de enfermería

### Abstract

From the pedagogical point of view, situated learning, proposed by Díaz Barriga, conceives that knowledge is generated and recreated in a certain situation, in the practice setting the theory is linked to practice. A study was conducted with students of the fourth semester of nursing degree. Objective: To understand the experiences of nursing students in learning care for the

mother and newborn, during their clinical practices, in a public hospital in Culiacán, Sinaloa (Mexico). Methodology: qualitative, phenomenological approach. Results: four guiding categories were identified: Mother and Newborn as subjects of care and the Interrelation for humanized care; in the field of care pedagogy; the governing categories: Learning in the linking theory-practice and Time in the learning of care. Subcategories: Being a nurse and caring for a woman, Ability to be amazed by human responses. Conclusions: The students' learning experiences imply competences inherent to humanized care, its rewarding effect and communication. In teaching practice the design of teaching-learning strategies that favor the care of the mother, the newborn.

### Key Words

Maternal Behavior, Child Care, Problem-Based Learning, Students Nursing

### Introducción

La Universidad Autónoma de Sinaloa (UAS), como institución pública de educación superior, a través de la Escuela Superior de Enfermería Culiacán, tiene entre su oferta educativa la formación de profesionales de enfermería, por lo cual desarrolla el Programa Educativo de Licenciatura en Enfermería por competencias; cuya malla curricular está estructurada por unidades de aprendizaje teórico prácticas, entre las que se encuentra la unidad de Enfermería de la Madre y el Recién nacido. La presente investigación se ubica en esta unidad, durante el desarrollo de las prácticas en un Hospital de Culiacán Sinaloa.

La Escuela Superior de Enfermería de la UAS, congruente con el modelo educativo institucional, impulsa el programa de licenciatura en enfermería por competencias y centrado en el aprendizaje; de esta forma se corresponde con los esfuerzos en la formación de profesionales de enfermería a nivel nacional e internacional.

Es importante considerar, que la característica principal de la profesión está en el eje disciplinar que requiere de la referida vinculación entre la teoría y la práctica; fundamentalmente por su enfoque humanista y social; por ello es importante considerar los desafíos actuales y fu-

turos como los avances tecnológicos, la globalización, el progreso en el campo de la genética; cambios en los patrones de enfermedades y oportunidades de trabajo que influyen significativamente en el sistema de salud y en la educación. Al respecto Benner precisa que las exigencias de la práctica son tales que el/la profesional debe aprender constantemente a integrar conocimientos especializados y desarrollar un comportamiento ético (1).

Por lo anteriormente expuesto, se exponen a continuación diversos conceptos y aportes que permitieron el sustento de la investigación para el desarrollo de tesis de grado y que por su intencionalidad, recupera antecedentes de estudiosas de la enfermería que han contribuido a la profesionalización.

### Justificación

La Escuela Superior de Enfermería Culiacán es una de las unidades académicas de mayor antigüedad con que cuenta la Universidad Autónoma de Sinaloa en el estado de Sinaloa; por ello ha aportado un alto porcentaje de enfermeras y enfermeros a las instituciones de salud y por ende al cuidado de la salud de la población, lo que le confiere tradición y experiencia en la formación.

El Programa educativo de licenciatura en enfermería pretende que los principios filosóficos, pedagógicos, científicos y principalmente el modelo de autocuidado de enfermería provean una orientación sobre la interpretación del fenómeno de interés de la disciplina, desde su base conceptual a fin de construir conocimiento. Con la intención de fortalecer en los estudiantes el desarrollo de competencias cuyo significado de valores y principios promuevan el rescate de la dignidad humana, no solo para el grupo de personas sujeto de cuidado, sino del mismo profesional.

El interés por esta investigación surgió, ante la importancia de la etapa formativa de pregrado en enfermería. Es en el momento que el estudiantado viva el proceso de aprendizaje del cuidado y adquiera nuevas experiencias que, si son potenciadas por los docentes, contribuyan a ser mejores profesionales, con un pensamiento más crítico y humanizado hacia las personas.

Es así que se planteó la siguiente pregunta de

investigación: ¿cuáles son las experiencias de estudiantes de enfermería en el aprendizaje del cuidado a la madre y el recién nacido, durante sus prácticas clínicas en un hospital público de Culiacán, Sinaloa?

## OBJETIVOS

General:

- Comprender las experiencias de estudiantes de enfermería en el aprendizaje del cuidado a la madre y el recién nacido, durante sus prácticas clínicas.

Específicos:

- Situar las experiencias de estudiantes de enfermería en el aprendizaje del cuidado a la madre y el recién nacido.
- Describir cómo experimenta el estudiante de enfermería el aprendizaje del cuidado a la madre y el recién nacido.

## Antecedentes

Se indagaron estudios relacionados, con el problema estudiado que fueron abordados por los autores respectivos, con la metodología cualitativa, con la intención de comparar resultados sobre las experiencias de estudiantes de enfermería en el aprendizaje del cuidado a la madre y el recién nacido, al igual que la relación que existe con los patrones de conocimiento de Bárbara Carper(2) y otras aportaciones teóricas sobre la experiencia y el aprendizaje.

Experiencia de la práctica de enfermería de un estudiante estadounidense en el sistema sanitario colombiano, es el título de la investigación a cargo de James R. (3); referente a una narrativa de un estudiante de enfermería estadounidense trabajando en el sistema sanitario colombiano, comparando algunos aspectos de este sistema y del sistema educativo de enfermería de una universidad colombiana y de una estadounidense. En sus resultados destacó que, la reflexión del estudiante demostró que, aunque las dos universidades tienen programas de pregrado de enfermería semejantes, existen diferencias en el terreno de la práctica de enfermería en cuanto a la privacidad y la conservación de la dignidad de los pacientes a causa de las diferentes leyes de los dos países. Concluyendo que: los enfermeros de ambos

países, los Estados Unidos y Colombia, reciben una educación similar en cuanto a la didáctica, con algunas diferencias en las experiencias clínicas. El sistema sanitario y las leyes de Colombia no son tan exigentes en el asunto de la protección de la privacidad y dignidad de los pacientes como las de los Estados Unidos, lo cual puede tener un impacto negativo para ellos. Con esto los enfermeros de los dos países todavía tienen los mismos deberes y los cumplen según las leyes de sus países.

Alfonso Hernández,Rodríguez (4) compartió resultados de la investigación referente a: Trabajo y cuerpo: El caso de los hombres enfermeros; mediante la metodología cualitativa.La información se obtuvo mediante entrevistas semiestructuradas a profundidad, con 11 enfermeros que se desempeñaban en el sector Salud de un gran hospital público de tercer nivel del occidente de México. Entre sus principales resultados encontró que de acuerdo a las experiencias, hay enfermeros que buscan la movilidad laboral para alejarse del enfermo y acercarse al saber, del médico, como un deseo de ser mejores y no quedarse en la categoría de auxiliar o de enfermero general; se interpretó también que la separación cultural de roles y espacios lleva a las mujeres, y a los propios varones, a limitar y a imponer cargas que no siempre son elegidas ni conscientes (violencia simbólica), hecho que se agudiza al sobrevalorar los roles y espacios que conforman lo masculino y que confinan a un lugar secundario a lo femenino, equiparado con la pasividad, la dependencia y el silencio; mientras que lo masculino tiene que ver con una menor disposición a recibir órdenes, mayor iniciativa, mayor inclinación al logro, mayor disposición a realizar tareas que requieren fuerza física y mayor resistencia a realizar tareas monótonas.





La Relación entre teoría y praxis en la formación de profesionales de enfermería, fue reportada en un artículo de revisión integradora de literatura(5), concluyendo que la complejidad de la relación entre la teoría y la práctica es evidente, demostrando que no existe una transferencia del conocimiento teórico de las aulas, a la realidad de la práctica asistencial.

### Aspectos teórico conceptuales

Diversos pensadores se han referido a la experiencia desde diferentes ángulos: para Kant, la experiencia aparece como el resultado, como el producto de la actividad cognoscitiva, en la que necesariamente intervienen como soporte todo el conjunto de condiciones interpuestas por la subjetividad humana(6).

Hegel por su parte apunta a que la experiencia se convierte en algo formador y transformador de la conciencia, en la medida en que la conciencia hace experiencia, se va formando y transformando, tomando nuevas figuras(7).

Uno de los principales sustentos de la experiencia de aprendizaje, es el aprendizaje significativo y al que Díaz Barriga(8) se refiere concretamente como Cognición situada; donde destaca la importancia de la actividad y el contexto para el aprendizaje. Reconoce, además que el aprendizaje escolar es, ante todo, un proceso de enculturación en el cual los estudiantes se integran gradualmente a una comunidad o cultura de prácticas sociales. En esta misma dirección, se comparte la idea de que la teoría y la práctica son inseparables, y en consecuencia, un principio nodal de este enfoque plantea que los alumnos (aprendices o novicios) deben aprender en el contexto pertinente.

### Metodología

Estudio de diseño cualitativo, que trata de identificar básicamente, la naturaleza de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones(9). Con un enfoque fenomenológico que favorece la comprensión de la experiencia vivida por los sujetos (10) y que describen de forma espontánea, ya que puede decirse que un fenómeno es una experiencia de vida. Es así que permitió el análisis de la narrativa de experiencias, de 12 estudiantes de enfer-

mería, en el escenario de prácticas, ante el aprendizaje del cuidado de enfermería a la madre y el recién nacido.

Muestra intencional de acuerdo a la propuesta de Martínez(9), considerando que no se buscó la generalización de los resultados, más bien se enfatizó el carácter comprensivo del fenómeno en estudio: experiencias de aprendizaje, de estudiantes, desde su ser individual y en proceso de formación; situados durante la realización de sus prácticas clínicas de la unidad de aprendizaje de la madre y el recién nacido de ambos turnos (matutino y vespertino) en un hospital público de Culiacán Sinaloa, durante el IV semestre.

### Aspectos éticos.

Se consideraron los lineamientos del Comité de ética e investigación de esta unidad académica; fundamentalmente los principios éticos que guían el cuidado y la investigación siguientes:

- El principio de autonomía
- El principio de beneficencia
- El principio de no maleficencia
- El principio de justicia

Cada uno de estos principios fueron cuidadosamente observados en su aplicación, desde el consentimiento informado, hasta la garantía a las personas de que los datos que proporcionaron en las entrevistas no afectarían en su persona ni en su trayectoria escolar; y que los resultados al ser compartidos y aplicados, omitieron la identidad de los (las) personas y no afectaron en modo alguno su calificación.

### Resultados

De acuerdo a la información y reducción de los códigos vivos surgidos de las entrevistas, Se identificaron las siguientes categorías y subcategorías. Que se presentan en el siguiente cuadro.

Experiencias de aprendizaje en el cuidado a la madre y en recién nacido

Categorías y subcategorías



Categorías	Subcategorías
Madre y Recién Nacido como sujetos de cuidado.	Efecto gratificante en el aprendizaje del cuidado
Aprendizaje en la vinculación teoría-práctica.	La capacidad de asombro ante las respuestas humanas.
Interrelación en el cuidado humanizado.	Comunicación y expresión corporal
El tiempo en el aprendizaje del cuidado.	Ser enfermero y el cuidado a una mujer
	Fuente: Códigos vivos entrevistas/GVR

## Discusión y conclusiones

De acuerdo al análisis en perspectiva cualitativa, la comprensión de un fenómeno se puede realizar desde diferentes ángulos, uno de ellos es el pedagógico. Las experiencias de los estudiantes en el escenario de prácticas, se ubicaron en la perspectiva del aprendizaje situado, en este sentido, lo expresado en las entrevistas refleja lo planteado por Díaz Barriga (8) sobre la importancia de la actividad y el contexto; como un proceso multidimensional.

Las categorías como constructos emanados de la narrativa de experiencias, guardan correspondencia con lo expresado por De Villalobos C. (11) en donde se pondera al patrón de conocimiento personal. Al entender a enfermería como un proceso interpersonal que requiere interacciones, relaciones y transacciones entre el paciente y la enfermera. Para que la enfermera se conciba como un ser terapéutico, debe conocerse interiormente. De esta forma la categoría emanada de los códigos vivos de entrevistas a los estudiantes: Interrelación en el cuidado humanizado y la subcategoría asombro ante las respuestas humanas. Es así que el conocimiento personal es un proceso dinámico de llegar a convertirse en un ser total y asimismo poder valorar al otro como un todo. Es la base de las expresiones de autenticidad, de ser genuino, lo que a su vez es esencial para una relación de cuidado con una meta de bienestar en mente.

La comprensión de los fenómenos en la disciplina de enfermería como en otros campos es un proceso inacabado. En esta investigación esa comprensión se sitúa en dos planos: desde el campo disciplinar y en el ámbito pedagógico, en la idea de profundizar en otros estudios específicos a cada categoría y subcategoría.

La categoría: **Madre y Recién Nacido como sujetos de cuidado**, al considerarse rectora, indica que más allá de la importancia procedimental de los cuidados, mostró su componente ético, estético y de conocimiento personal. Las expresiones de los estudiantes en cuanto a sus experiencias hablan de la importancia de reconocer la dimensión humana vinculada a los requisitos de desarrollo de acuerdo al ciclo vital.

Desde el campo disciplinar, se consideraron dos categorías rectoras: **Madre y Recién Nacido como sujetos de cuidado y la Interrelación para el cuidado humanizado**, puesto que se sitúan en un nivel formativo que requiere de aprendizajes comprendidos en los cuatro patrones de conocimiento del cuidado: empírico, ético, estético y de conocimiento personal, lo mismo que las subcategorías referentes a: **Asombro ante las respuestas humanas, Comunicación y expresión corporal, Efecto gratificante en el aprendizaje del cuidado así como , Ser enfermero y el cuidado a una mujer.**



En el campo de la pedagogía del cuidado; las categorías rectoras, resultado de este estudio fueron: **Aprendizaje en la vinculación teoría-práctica** y **El tiempo en el aprendizaje del cuidado**; que se sitúan en el interés por la práctica reflexiva de Schön pero también con la práctica docente y su orientación a la integración de la teoría con la práctica; así como estrategias innovadoras del aprendizaje situado. Se trata pues de que, en un medio asistencial, el alumnado integre los conocimientos teóricos y teórico-prácticos que se han impartido en aulas y laboratorio. Quedan dos principales retos: que el alumnado hubiera recibido la información y formación teórica necesaria para la realización de las prácticas y el desempeño docente que facilite la integración de los conocimientos.

Por los resultados obtenidos y ante el carácter de la investigación cualitativa, se recomienda retomar las categorías rectoras y subcategorías; para profundizar su estudio, en otras unidades de aprendizaje, del programa educativo de licenciatura en enfermería.

La categoría rectora: Madre y Recién Nacido como sujetos de cuidado, en su carácter rector, demanda de una revisión de las estrategias de enseñanza y aprendizaje. Desde la integralidad del cuidado: los procedimientos sustentados en evidencias científicas, hasta la conducta humana y sus respuestas antes las respuestas de las personas ante eventos como el parto, el puerperio y el nacimiento. Esto contribuirá a eliminar el peso que la rutina laboral en enfermería tiene en la formación de pregrado en enfermería.

### Referencias bibliográficas

1. Raile Alligood M. Unidad II. Filosofías enfermeras. Jean Watson: filosofía y teoría del cuidado transpersonal. Modelos y teorías en enfermería Barcelona.

España: Elsevier; 2014. p. 8.

2. Carper B. Fundamental patterns of Knowing in nursing. 1978; Disponible en: [http://samples.jbpub.com/9780763765705/65705\\_CH03\\_V1xx.pdf](http://samples.jbpub.com/9780763765705/65705_CH03_V1xx.pdf). Visualizado el 20 de agosto de 2019 VIII/20, 2019.

3. Leeflang R. Experiencia de la práctica de enfermería de un estudiante Estadounidense en el sistema sanitario Colombiano. Revista de Investigación CUIDARTE 2011;2(1):236-239.

4. Hernández Rodríguez A. Trabajo y cuerpo. El caso de los hombres enfermeros. Revista de Estudios de Género La ventana 2011;IV(33):210-241.

5. Piedrahita Sandoval LE, Rosero Prado AL. Relación entre teoría y praxis en la formación de profesionales de enfermería: revisión integradora de literatura. Enferm. glob. 2017;16(47): 679-706.

6. Vázquez Lobeiras, MJ. Immanuel Kant: el giro copernicano como ontología de la experiencia. ÉNDOXA: Series Filosóficas 2004;14:69-93.

7. Amengual, G. El concepto de experiencia: de Kant a Hegel. Tópicos 2007;15:5-30.

8. Díaz Barriga Arceo, F. Cognición situada y estrategias para el aprendizaje significativo. REDIE 2003;5(2). Disponible en: <http://redie.ens.uabc.mx/vol-5no2/contenido-arceo.html> Visualizado el 20 de agosto de 2019 VIII/20, 2019.

9. Martínez Miguez M. Ciencia y arte de la metodología cualitativa. Méjico: Trillas; 2014. p.69-69.

10. Do Prado, M. Investigación cualitativa en enfermería: Contexto y bases conceptuales. Serie PALTEX y Sociedad 2000. Organización Panamericana de la Salud; 2008. p.101-106.

11. Durán de Villalobos, MM. Marco epistemológico de la enfermería. Aquichán 2002; 2(1):7-18.

# NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS EN ENFERMERÍA ACTIVA (ISSN: 2444-782X)

---

La Revista ENFERMERÍA ACTIVA, tiene una periodicidad trimestral y publicará artículos originales e inéditos en los idiomas español, portugués e inglés. Anualmente se publicarán las ediciones extraordinarias que el interés o las necesidades del Comité Editorial demanden.

Esta publicación está abierta a la acogida de temas de interés sanitario y sociales relacionados de cualquier ámbito de la Enfermería. Incluirá, además de trabajos científicos, otros artículos de interés, entrevistas y cualquiera otras secciones sean consideradas de interés por su Consejo Editorial.

La Revista ENFERMERÍA ACTIVA tiene el ISSN 2444-782X, que certifica los trabajos en ellas publicados, y concede validez para su autores/as a los efectos profesionales que puedan serles oportunos (carrera profesional, acreditación de competencias profesionales, baremos de méritos, etc.) y realiza una revisión por pares de la calidad de los originales enviados para verificar la calidad e idoneidad de los mismos de cara a su publicación.

La revisión por pares de los manuscritos se realizará por expertos internacionales, manejando los mismos de manera anónima y confidencial. Los revisores asignados no pueden tener conflicto de intereses con la obra a revisar, la cual no puede estar previamente publicada.

Los/as autores que remitan trabajos para su publicación tendrán acuse de recibo del mismo, sin que esto suponga el compromiso de su publicación, la cual quedará supeditado a la revisión del Comité Internacional de Evaluadores, que, como se ha indicado, a doble ciego valorarán la pertinencia de los originales para ser publicados.

Los trabajos y colaboraciones podrán remitirse por correo electrónico a la Dirección de la Revista, en la dirección electrónica [enfermeriaactiva@inursingn.com](mailto:enfermeriaactiva@inursingn.com)

## Normas generales:

1. Los trabajos presentados para su publicación en la revista "Enfermería Activa" deben ser originales e inéditos, por lo que no deben haber sido publicados ni enviados simultáneamente para su valoración a otras revistas.

2. En caso de que el trabajo haya sido presentado en algún evento científico con anterioridad (jornadas, congresos, etc.), los autores deben indicarlo, reflejando el nombre completo del evento, la fecha y lugar de celebración, la forma de presentación (póster, comunicación oral, etc.) y si fue publicado en el libro oficial de comunicaciones del evento. Los trabajos que hubieran sido publicados en su totalidad, no sólo un

resumen, en el libro oficial no se podrán considerar como inéditos.

3. En caso de los trabajos que hayan tenido financiación o subvención, debe ser indicado por si pudiera existir un conflicto de intereses.

4. Las figuras (gráficos y tablas) además de estar insertadas conjuntamente con el texto del trabajo, se enviarán de manera independiente en el programa original en el que fueron creadas, de cara a conseguir la calidad deseada en su publicación en la revista.

5. Las/los autoras/es que envíen un trabajo para su publicación asumen la plena y propia responsabilidad sobre la disponibilidad de todos sus contenidos



(texto, ilustraciones, tablas, fotografías, figuras, etc.) para su publicación. La persona de contacto debe figurar entre las/los autoras/es del trabajo.

6. El Consejo editorial y la institución que la edita no se responsabilizan de los contenidos y las opiniones vertidas en los trabajos publicados. Los autores son los únicos responsables de la veracidad de los mismos.

7. A fin de evitar sesgos de género, desde el Consejo Editorial de Enfermería Activa se promueve el uso de términos que engloben ambos sexos.

8. Para garantizar la protección de personas y animales, en los estudios que se hayan realizado con personas, en el apartado de Método se deberá mencionar que estas han dado su consentimiento informado y que se ha respetado su anonimato y la confidencialidad de los datos, así como que se han realizado conforme a las normas oficiales vigentes y la Declaración de Helsinki (<https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>). En caso de experimentos con animales se deberá constatar la conformidad de su realización con los procedimientos descritos por las autoridades competentes. En ambos supuestos, se indicará también si los estudios han sido aprobados por un Comité de Ética en Investigación.

9. El Consejo Editorial establecerá contacto con el/la autor/a de correspondencia a fin de realizar los cambios pertinentes de las sugerencias emitidas por las/los revisoras/res, tantas veces como sea necesario emitiendo criterio de “no aceptado”, “aceptado con cambios” o “galeradas”. En caso de no recibir respuesta en el plazo de 10 días se considerará descartado para publicación el artículo.

10. Antes de la publicación del artículo se procederá al envío de las galeradas para la aprobación final por parte de la autoría del texto.

#### **Normas de estilo:**

- Fuente: Arial.
- Tamaño: 11 pts.
- Alineamiento: Justificado.
- Interlineado: 1,5

#### **Márgenes:**

Superior e inferior: 2,5 cm  
Izquierdo y derecho: 3 cm

• Se aconseja seguir las indicaciones de publicación sobre normas de estilo y autoría publicado en la revista *Enfermería Activa* y disponible en: Peña Otero D. Normas de estilo y autoría para publicación. *Enfermería Activa* 2019;5(12):50-52

• La bibliografía utilizada en la elaboración del manuscrito tendrá que aparecer acotada a lo largo del texto, de forma consecutiva, usando numeración arábica, entre paréntesis, con el mismo tipo y tamaño de letra que la fuente utilizada para el texto -cita-. Deberá, asimismo, estar referenciada en su apartado correspondiente -Referencias bibliográficas-, según las Normas de Vancouver: [https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

#### **Tipos de trabajo publicables:**

##### Cartas al editor

Reflexiones breves en las que se reflejen opiniones, consideraciones o comentarios fundamentados y comunicaciones breves de estudios, relacionados con artículos, documentos o investigaciones publicadas que aborden temáticas o aspectos de interés para la enfermería y los cuidados de salud.

El desarrollo del contenido de estos trabajos dispondrá de una extensión máxima de 3 páginas en la que se reflejará de manera estructurada el proceso reflexivo. La estructura de este tipo de trabajos, será la siguiente:

##### Portada

- Título. El título del trabajo, en mayúsculas y negrita. No debe contener más de 100 caracteres en total.
- Se incluirá traducción del título al inglés y al portugués.
- Filiación de las/los autoras/es. Nombre y dos apellidos. N° ORCID (se puede generar automáticamente y de manera gratuita en (<https://orcid.org/register>)). Titulación académica. Institución o centro de trabajo. Créditos profesionales.
- Autor/a de correspondencia: Correo electrónico.



## Primera página

- Resumen del trabajo de un tamaño inferior a 150 palabras. Debe permitir la comprensión del trabajo sin necesidad de leer su contenido.
- Debe desarrollarse de manera que permita conocer los objetivos del trabajo, la metodología utilizada y los resultados y conclusiones más importantes.
- Se incluirá traducción al inglés y al portugués del resumen.

## Segunda página

- Desarrollo del trabajo. Extensión máxima de tres páginas, incluyendo referencias bibliográficas.

### Estudios originales

Este apartado incluye tanto trabajos conceptuales como de investigación, completos e inéditos. Se aceptan para la valoración revisiones bibliográficas narrativas y descripción de series de casos.

Los trabajos conceptuales incluyen desarrollos reflexivos inéditos realizados siguiendo una metodología lógica de desarrollo y estudios relacionados con el marco teórico en el que se desarrolla la atención de enfermería en sus diferentes ámbitos de actuación.

Los trabajos de investigación incluyen artículos inéditos realizados desde cualquiera de las diferentes perspectivas metodológicas de investigación existentes, relacionados con cualquiera de los diferentes ámbitos en los que la enfermería desarrolla su labor asistencial, docente, investigadora, de gestión, cooperación, etc., y en los que en el momento de ser enviados a la revista no hayan transcurrido más de 36 meses desde la obtención de datos.

El desarrollo de los contenidos de este tipo de trabajos no será superior a las 20 páginas. La estructura de este tipo de trabajos, será la siguiente:

## Portada

- Título. El título del trabajo, en mayúsculas y negrita. No debe contener más de 150 caracteres en total.

Puede figurar también un subtítulo, en minúscula y negrita, con una extensión máxima de diez palabras.

- Se incluirá traducción del título al inglés y al portugués.

- Filiación de las/los autoras/es. Nombre y dos apellidos. N° ORCID (se puede generar automáticamente y de manera gratuita en (<https://orcid.org/register>)). Titulación académica. Institución o centro de trabajo. Créditos profesionales.

- Autor/a de correspondencia: Correo electrónico.

## Primera página

- Resumen del trabajo de un tamaño inferior a 250 palabras. Debe permitir la comprensión del trabajo sin necesidad de leer su contenido. Debe desarrollarse de manera que permita conocer los objetivos del trabajo, la metodología utilizada y los resultados y conclusiones más importantes.

- Se incluirá traducción al inglés y al portugués del resumen

- Palabras clave: entre 3 y 6 palabras clave del lenguaje estandarizado de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), que se pueden consultar en: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

- Se incluirá la traducción al inglés y al portugués de las palabras clave

## Segunda página

- Desarrollo del trabajo. Extensión máxima de 20 páginas, incluyendo figuras -imágenes y tablas-.

- Descripción ordenada y estructurada del contenido del trabajo (texto e ilustraciones):

Introducción/estado del arte: Incluye la justificación de la realización del estudio, aportaciones de las investigaciones realizadas hasta el momento en la temática, relevancia científica y sociosanitaria del estudio, evolución y situación actual y referencias más relevantes de los trabajos publicados que permitan contextualizar el tema de estudio.

Hipótesis -si procede- que sintetice la pregunta científica a la que se pretende dar respuesta en la investigación.

Objetivos que expresen del alcance del estudio. Deben aparecer priorizados y ser evaluables, diferenciados en generales y específicos.

Metodología: Principales características de la metodología utilizada, sujetos de estudio, procedimientos, tipo de análisis, tiempo del estudio, etc.

Resultados: Exposición de los principales resultados obtenidos.

Discusión: Interpretación de los resultados y comparación de los mismos con estudios similares llevados a cabo por otras/os autoras/es.

Limitaciones del estudio tras su ejecución.

Financiación.

Conflicto de interés/es.

Agradecimientos -si procede-.

Conclusiones

Referencias bibliográficas

Última página

- Anexos. Información que considere importante para comprender el estudio. El Consejo Editorial valorará su publicación.

### Proyectos de investigación

En esta sección tendrán cabida trabajos inéditos que reflejen el diseño en la planificación de estudios de investigación que permitan dar respuesta a problemas detectados en el desarrollo de la labor profesional de la enfermería, o a la resolución de dudas o lagunas de conocimiento detectadas dentro del campo disciplinar de la profesión.

El desarrollo de los contenidos de este tipo de trabajos no será superior a las 20 páginas.

La estructura de este tipo de trabajos debe ser igual a la establecida para los “Estudios originales”, excepto

en lo referido a los apartados de resultado, discusión y conclusiones, ya que no existirán en este tipo de trabajos al centrarse exclusivamente en el diseño metodológico y el estado del arte.

ANEXO: A la hora de editar la revista el formato a seguir es (el DOI se intentará incluir según la INN disponga de fondos económicos).

<b>TÍTULO EN CASTELLANO</b>	
Título en inglés	Autores y filiación
Título en portugués	
Autor de correspondencia	
<b>RESUMEN EN CASTELLANO</b>	
Resumen en inglés	
Resumen en portugués	
Cita este artículo: (referencia con DOI)	

# DECLARACIÓN DE INTENCIONES DE ENFERMERÍA ACTIVA

---

## MISIÓN

La revista enfermera de difusión digital **ENFERMERÍA ACTIVA**, medio oficial de difusión científica de International Nursing Network, tiene como misión:

1. Conformer un espacio de comunicación e intercambio de conocimientos de profesionales de Enfermería, que se oriente hacia recoger, difundir y compartir buenas prácticas profesionales para la accesibilidad, mejora y uso adecuado de los servicios de salud y de los programas o proyectos destinados a la promoción, prevención y protección de la salud, especialmente en el campo de las urgencias y emergencias sanitarias.
2. Brindar un espacio de libre acceso para que investigadores y profesionales, puedan publicar y acceder a producciones intelectuales, académicas o de investigación, ciencia y tecnología sanitaria.
3. Constituir un medio de actualización del conocimiento, a través de la producción científica, de la investigación, de la innovación y el desarrollo profesional.

## VISIÓN

La visión **ENFERMERÍA ACTIVA** es la de una publicación caracterizada por el dinamismo, la permanente capacidad de innovación, de adaptación a la evolución de la Sociedad y de anticipación al futuro. Una publicación dinámica, competitiva y diferente, con una destacada capacidad de innovación, preparada en todo momento para adaptarse a las necesidades y oportunidades presentes y futuras, y contribuyendo a la búsqueda de la mejora de la calidad y la excelencia.

## VALORES

Los valores de **ENFERMERÍA ACTIVA** sientan sus bases en los conceptos básicos fundamentales de la Comunidad Científica, de la Bioética, del Humanismo, de los parámetros y de las directrices emanados de las Instituciones Públicas como expresión de la voluntad popular en los procesos políticos vertebradores de nuestra sociedad.

Nuestro valor supremo es el Ser Humano como expresión de la antigua concepción humanista de considerar al “hombre como la medida de todas las cosas”. Como valores específicos destacamos:

- El respeto a las creencias y decisiones de las personas.
- La confidencialidad.
- La búsqueda de la excelencia y la mejora continua.
- El trabajo en equipo.
- El compromiso con el Sistema Sanitario Público.
- La información y la transparencia.
- El uso adecuado de los recursos y de la innovación tecnológica.
- La orientación a los/as profesionales de Enfermería.
- El ser una publicación:
  - Comprometida con la calidad.
  - Comprometida con el respeto al medio ambiente.
  - Segura y fiable.
  - Abierta, transparente, y comunicativa.
  - Flexible, e innovadora.
  - Generadora y transmisora de conocimiento.



- Motivadora e ilusionante.
- Abierta a la innovación, a la investigación y al desarrollo (I+D+i).
- Amable y respetuosa.
- Humanizada y humanizante.
- Eficaz, efectiva y buscadora de la eficiencia.
- De fácil accesibilidad.
- Gestionada con calidad profesional y humana.
- Configurada en torno a las necesidades de los usuario.
- Preocupada por generar valor añadido.
- Generadora de estructuras horizontales.
- Preocupada por las “pequeñas cosas”
- De alta competencia profesional y humana
- De alta calidad científica y técnica.
- Aplicadora de los principios éticos de Beneficencia; No Maleficencia; Autonomía y Justicia
- Comprometida con la mejora continua en todos sus ámbitos (procesos, planificación, producción, servicios...)
- Preocupada con construir calidad.
- Con estilo de liderazgo participativo.
- Rompedora de barreras entre personas y profesiones.
- Minimizadora de costes
- Generadora de sentimientos de orgullo y pertenencia entre sus clientes –externos e internos-
- Honesta en sus planteamientos
- Generadora de feed-back
- Establecedora de sistema de evaluación de la calidad en todos sus ámbitos.
- Generadora de dinámicas directivas para la revisión constante de estos principios.

## PRINCIPIOS ÉTICOS

**ENFERMERÍA ACTIVA** se somete a unos principios éticos, basados en los principios y valores de International Nursing Network, y en los principios explicitados en su Misión, Visión y Valores.

Este Código afecta a todas las personas que, de manera permanente o puntual, se relacionen con esta Publicación.

Hace alusión al modo de relacionarse con los/as profesionales, lectores/as, los autores/as, colaboradores/as. Ha de ser útil para establecer las líneas de principios y valores por las que debe conducirse esta Publicación y resolver los posibles conflictos éticos en la práctica y anticiparse a los mismos.

Este código es biunívoco y debe comprometer las relaciones bilaterales de las personas con esta Publicación.

Su resultante debe ser el establecimiento de un adecuado nivel de confianza entre todas las personas que se relacionen con esta Publicación y para la creación de un clima de compromiso y valores compartidos.

Debe ser el elemento identificador de los principios en los que se basa la Publicación.

**ENFERMERÍA ACTIVA**, sienta sus bases y principios Éticos en los códigos, documentos, disposiciones, normativas, legislaciones y principios, de carácter profesional o social; y a cualquier nivel, en que esta se produzca; con especial referencia a los grandes Códigos y Principios que establecen nuestro ordenamiento social.

Los organismos responsables de la Revista **ENFERMERÍA ACTIVA** y sus miembros constituyentes, tendrán presente en todas sus actuaciones, decisiones y procedimientos de trabajo, a las personas como principales protagonistas y beneficiarios de sus acciones.



Los organismos responsables de la Revista **ENFERMERÍA ACTIVA** y sus miembros constituyentes, tendrán presente en todas sus actuaciones, decisiones y procedimientos de trabajo, a las personas como principales protagonistas y beneficiarios de sus acciones.

Todas las relaciones con las personas, en cualquier ámbito que esta se produzca, estarán presididas por el respeto a sus derechos y dignidad.

Los principios básicos de las relaciones interpersonales estarán basados en el respeto y la transparencia.

Se garantizará la confidencialidad sobre las informaciones recogidas en el curso de las actividades y acciones relacionadas con los trabajos y personas que se relacionan con la Publicación y sus acciones.

Se obtendrá el consentimiento previo de las personas y autores de los trabajos publicados, para utilizar cualquier información procedente de los mismos, o cualesquiera otras acciones se considerasen necesarias. Se tratará con objetividad el análisis y evaluación de los elementos, instituciones, profesionales, etc. Los hallazgos, conclusiones e informes estarán soportados en evidencias, sobre la base de la veracidad y la exactitud.

Se actuará con Imparcialidad y Responsabilidad en la toma de decisiones.

Se identificarán y comunicarán los posibles conflictos de intereses que puedan presentarse, para garantizar los principios de calidad.

Todas las personas relacionadas con la Publicación no se someterán a ningún compromiso económico ni de otro tipo procedente de organizaciones o personas ajenas que pudieran influenciarlos en el ejercicio de sus deberes.

Se rehusará utilizar la condición de miembro de la Publicación para obtener beneficio o trato preferente alguno.

## **NATURALEZA, COMPETENCIAS Y FUNCIONAMIENTO DEL CONSEJO ASESOR Y DE EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA ACTIVA**

---

### **PROPÓSITO**

En consonancia con los criterios de calidad que se enmarcan en el compromiso ético de la revista enfermera de difusión digital **ENFERMERÍA ACTIVA**, medio oficial de difusión científica de International Nursing Network, se conforma su Consejo Asesor y de Evaluación con carácter nacional e internacional.

1. El **Consejo Asesor y de Evaluación de ENFERMERÍA ACTIVA**, es un órgano de asesoramiento, observador, consultivo y de evaluación externo a la entidad editora, constituido por profesionales de reconocido prestigio en diferentes áreas y especialidades de las ciencias sanitarias.
2. Los profesionales que forman parte del **Consejo Asesor y de Evaluación de ENFERMERÍA ACTIVA**, lo hacen a título individual y de manera altruista. Son designados por bienios y pueden cesar a petición propia cuando lo soliciten.

3. La composición del **Consejo Asesor y de Evaluación de ENFERMERÍA ACTIVA** se rige por los siguientes criterios:
- a) Ser profesionales expertos en sus respectivas áreas de conocimiento o experiencia profesional.
  - b) No pertenecer al Consejo Editorial de la Publicación, como garantía de exogamia científica y objetividad;
  - c) Reunir a profesionales nacionales e internacionales.
4. En virtud de su consideración de órgano consultivo, los miembros del **Consejo Asesor y de Evaluación de ENFERMERÍA ACTIVA** podrán ser requeridos por el Consejo Editorial para que asesoren sobre cualquier aspecto de la revista y para que actúen como evaluadores externos de los trabajos científicos presentados para su publicación.
5. Los miembros del **Consejo Asesor y de Evaluación de ENFERMERÍA ACTIVA** no serán consultados previamente por parte del Consejo Editorial sobre los contenidos de cada número de la publicación, por lo que no pueden ser tenidos por responsables de ellos, ni tampoco de los aspectos formales de la misma.
6. Lo dicho no obsta para que en tanto que órgano observador, los miembros del **Consejo Asesor y de Evaluación de ENFERMERÍA ACTIVA** puedan hacer, por propia iniciativa, y en cualquier momento, las sugerencias y propuestas y realizar las críticas que consideren convenientes para mejorar la calidad de la publicación.
7. La principal función del **Consejo Asesor y de Evaluación de ENFERMERÍA ACTIVA** consiste en analizar la evolución de la publicación y evaluar su interés y calidad científica.
8. A tal fin, los miembros del **Consejo Asesor y de Evaluación de ENFERMERÍA ACTIVA** podrán ser consultados por el Consejo Editorial con las acciones que se consideren convenientes y factibles (evaluación mediante cuestionarios, sesiones presenciales...) para garantizar la función asesora de este órgano.
9. El número de miembros del **Consejo Asesor y de Evaluación de ENFERMERÍA ACTIVA** no tiene carácter cerrado y se podrán producir todas aquellas incorporaciones que por parte del Consejo Editorial se consideren necesarias, para enriquecer las funciones de este órgano de control de la calidad científica de la publicación.

### **COMPONENTES DEL CONSEJO ASESOR Y DE EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA ACTIVA**

Aline Silva do Prado (Brasil)  
Anier Felipe Borrego (Cuba)  
Blanca Sánchez Baños (España)  
Claudio Alberto Ibero (Argentina)  
Denise King (Estados Unidos)  
Francisco Jesús Antúnez Miranda (España)  
Francisco Nieto Rosa (España)  
Irama Josefina López Urbina (Venezuela)  
José Antonio Ortiz Gómez (España)  
Julia Ortega Limón (España)  
Manuel Archilla Jiménez (España)  
Mariana Beatriz Navarro (Argentina)  
Mariot Bermúdez Soto (Venezuela)  
Silvia Alicia Alamilla Alfonso (México)  
Tatiana Piva (Brasil)

# RECONOCIMIENTOS

---



ENFERMERÍA ACTIVA by INTERNATIONAL NURSING NETWORK is licensed under a Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional License.

Creado a partir de la obra en [www.inursingn.com](http://www.inursingn.com).



INTERNATIONAL NURSING NETWORK