

REVISTA CONAMED

Órgano Oficial de Difusión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México. Volumen 23, Número 2, Abril - Junio, 2018 ISSN 2007-932X



Lactancia materna como
calidad en la atención médica

Estado de salud y calidad de vida

Eventos adversos y *burnout*
en una clínica de atención primaria

Retinopatía del prematuro

Responsabilidad profesional
en vigilancia del trabajo de parto

Carta de derechos sexuales
y reproductivos de las mujeres

Técnica de extracción
de la leche humana con extractor
conectado al vacío

USO ADECUADO DE LOS MEDICAMENTOS

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CONAMED
COMISIÓN NACIONAL DE
ARBITRAJE MÉDICO



No te automediques

Consulta siempre a tu médico. Puedes enmascarar, prolongar o empeorar alguna otra enfermedad.

No abandones el tratamiento

Puedes alterar, prolongar o empeorar tu enfermedad.

Toma los medicamentos con agua

No utilices jugos, leche, café, alcohol o refrescos, porque pueden modificar el efecto del medicamento.

Cuida tus medicamentos

Conserva los medicamentos en su empaque original en un lugar fresco y no los guardes en la cocina o el baño.

Sigue las indicaciones de la receta médica

Toma los medicamentos a la hora y dosis indicadas, durante el tiempo prescrito.

Cuidado con los antibióticos

Los antibióticos sólo los puede recetar un médico, ya que su consumo sin una estrecha vigilancia médica puede causar daños a tu cuerpo.

Medicamentos vencidos

Si tu medicamento ya cumplió la fecha de caducidad no lo consumas, deposítalo en los contenedores que puedes encontrar en clínicas, hospitales y farmacias.

Si tienes alguna duda, consulta a tu médico

www.gob.mx/conamed

Mitla 250, Narvarte, Ciudad de México 03020

01 (55) 5420 7000

ComisiónNacionalDeArbitrajeMedicoconamed

@CONAMED_SALUD

Comisión Nacional de Arbitraje Médico

conamedcontigo

REVISTA CONAMED

• Vol. 23 Núm. 2, Abril-Junio 2018 •

Editorial	55	Lactancia materna en el neonato críticamente enfermo como calidad en la atención médica <i>Breastfeeding in the neonate in critical condition as quality in medical care</i> María Esther Santillán Orgas
Artículos originales	58	Percepción del estado de salud y la calidad de vida en personas jóvenes, maduras y mayores <i>Perception of health status and quality of life among young, mature and older adults</i> Angélica María Razo González, Ricardo Díaz Castillo, Martha Patricia López González
	66	Eventos adversos y burnout en profesionales de una clínica de atención primaria <i>Adverse event and burnout in health professionals of primary health care center</i> Elisa Yazmín Jiménez Flores, Alejandro Alayola Sansores, Arturo Mancebo Hernández, Mahuina Campos Castolo
Artículo de revisión	73	Retinopatía del prematuro: revisión de la literatura y serie de casos <i>Retinopathy of prematurity: review of the literature and series of cases</i> Norma Trejo García, Ricardo Landa Reyes
Caso CONAMED	79	Responsabilidad profesional de enfermería: vigilancia del trabajo de parto que condicionó muerte fetal <i>Professional nursing responsibility: surveillance of labor that conditioned fetal death</i> Wendy Lorena Marín Niño, Leticia De Anda Aguilar, María de los Ángeles López Valladares
Derechos Humanos y Salud	88	Carta de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres <i>Declaration of sexual and reproductive women's rights</i> Lizbeth Ahelyn Hurtado-Carrillo
Artículo especial	94	Implementación de técnica de extracción de leche humana con extractor conectado al vacío <i>Implementation of technique of human milk with extractor connected to the vacuum</i> Claudia Carrillo López

REVISTA CONAMED

Director General
Dr. Onofre Muñoz Hernández

Editor
Dr. Fernando Meneses González

Director Asociado
Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández

Co-editores
Dra. Leticia de Anda Aguilar
Dr. José de Jesús Leija Martínez

Comité Editorial

Lic. Marco Antonio de Stefano Sahagún
Dr. Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez
Dra. Carina Xóchitl Gómez Fröde
Comisión Nacional de Arbitraje Médico, México

Dr. Miguel Villasis Kever
Dr. Rafael Arias Flores
Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Dr. Jesús Reyna Figueroa
Petróleos Mexicanos, México

Dra. Silvia Rosa Allende Pérez
Instituto Nacional de Cancerología, México

Dra. Jessica Guadarrama Orozco
Hospital Infantil de México Federico Gómez, México

Dr. Dionisio Herrera Guibert
*Training Programs In Epidemiology Public
Health Interventions Network, USA*

Dr. Juan Francisco Hernández Sierra
Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México

Dr. Fortino Solórzano Santos
Hospital Infantil de México Federico Gómez, México

Dr. Pedro Jesús Saturno Hernández
Instituto Nacional de Salud Pública, México

Dr. Alejandro Treviño Becerra
Editor de la Revista Gaceta Médica de México (ANM)

Consejo Editorial
Dr. Juan Garduño Espinosa
Red Cochrane, México

Dr. Carlos Santos Burgoa
*The George Washington University
and Milken Institute, USA*

Dr. Gregorio Tomás Obrador Vera
*Facultad de ciencias de la salud.
Universidad Panamericana, México*

Dr. Armando Mansilla Olivares
Academia Nacional de Medicina, México

Dr. Jesús Tapia Jurado
Academia Mexicana de Cirugía, México

Dr. Guillermo Fajardo Ortiz
Facultad de Medicina UNAM, México

Dra. María Dolores Zarza Arizmendi
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM, México

Dr. Carlos Castillo Salgado
Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, USA

Dr. Tomás Barrientos Fortes
Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Anáhuac, México

Dr. Gilberto Guzmán Valdivia Gómez
Facultad Mexicana de Medicina Universidad La Salle, México

Dr. Ricardo García Cavazos
Escuela Superior de Medicina, IPN, México

Dr. Manuel Ruiz de Chávez
Comisión Nacional de Bioética, México

Dra. Matilde Loreto Enríquez Sandoval
Academia Nacional de Educación Médica, México

Jonas Gonseth-García
*Office of equity, gender and cultural diversity (EGC)
Organización Panamericana de la Salud, México*

Dra. Diana Celia Carpio Ríos
Secretaría de Salud del Estado de Michoacán, México



Portada: Jorge Collado

La REVISTA CONAMED está registrada en los siguientes índices:

Medigraphic • Dialnet • PERIODICA • Biblat • LATINDEX • IMBIOMED • CUIDEN • BVS • EBSCO



Impresa en Papel Libre de Ácido
(Printed on Acid Free Paper)

REVISTA CONAMED, Año 23, No. 2, abril-junio 2018, es una publicación trimestral editada por la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, calle Lieja No. 7, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C. P. 06600, Tel. 52 (55) 5062-1600, www.salud.gob.mx. Editor responsable: Dr. Onofre Muñoz Hernández, Comisionado Nacional de Arbitraje Médico. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2014-040110340300-203, ISSN: 2007-932X, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este Número, Dirección General de Difusión e Investigación CONAMED, Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández, calle Mitla, No. 250, esq. Eje 5 Sur (Eugenia), Col. Vértiz Narvarte, Delegación Benito Juárez, C.P. 03020. Tels. 52 (55) 5420-7043, www.conamed.gob.mx, revista@conamed.gob.mx, fecha de última modificación, 22 de junio de 2018. Los artículos firmados son responsabilidad del autor. Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. REVISTA CONAMED se publica bajo la política de Acceso Abierto (Open Access) y está disponible bajo Licencia Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional, por lo que se permite compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra y hacer derivadas, citando la fuente.

Lactancia materna en el neonato críticamente enfermo como calidad en la atención médica

Breastfeeding in the neonate in critical condition as quality in medical care

María Esther Santillán Orgas*

Uno de los retos más importantes que enfrentamos como país en materia de igualdad de oportunidades, es alcanzar la equidad en el acceso a los servicios de salud, lo cual requiere tanto de un enorme esfuerzo y coordinación entre todos los niveles de gobierno, así como un cambio de enfoque y estrategias en el modelo de atención en salud y en el que la promoción para el buen cuidado de los recién nacidos está implícita.¹

De acuerdo con el INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática) en 2015 las afecciones perinatales constituían 49.9% de las causas de mortalidad.² El propósito de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) establece poner fin al hambre y lograr la seguridad alimentaria para toda la población.³ De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), «una nutrición inapropiada contribuye a la muerte prematura de las madres, lactantes y niños pequeños y al desarrollo físico y cerebral deficiente en los jóvenes».⁴ En diversos estudios se ha reportado que la desnutrición afecta de 50 a casi 100% de los neonatos hospitalizados y en estado crítico, situación que impacta de manera directa no sólo la respuesta inmunitaria, sino que eleva el riesgo de infecciones graves, muchas veces complicadas, que afectan más su condición nutricional, lo cual prolonga los días de estancia hospitalaria y aumenta la morbilidad y mortalidad de estos pacientes.

Se reconoce entonces que todo recién nacido (periodo del nacimiento a los 28 días de vida), que por sus condiciones de salud es hospitalizado debido a diversos factores como edad gestacional (prematuros), infecciones perinatales, periodos prolongados y frecuentes de ayuno-inanición, múltiples patologías, procedimientos e intervenciones, morbilidad médica y quirúrgica asociada, estado inmunológico deficiente, estancia hospitalaria prolongada, entre otras, que aumentan sus demandas metabólicas en un periodo de vida que corresponde a uno de los periodos de crecimiento rápido del ser humano y que difícilmente alcanzan a cubrirse de manera óptima con las estrategias de nutrición actuales, y que son el marco ideal para desarrollar desnutrición. En la etapa neonatal el alimento por excelencia es la leche materna. La lactancia materna es un elemento determinante de la función inmunitaria temprana y potencialmente de la salud futura.

Durante el proceso de enfermedad del neonato en estado crítico, la posibilidad de nutrirle apropiadamente, de alimentarle al seno materno se ve comprometida por diversas situaciones: la condición nutricional materna, la falta de alimentación y descanso materno adecuados, condiciones de enfermedad y hospitalización materna, las prácticas limitadas de contacto madre-hijo, mediante las cuales la madre pierde la posibilidad extraordinaria de tener contacto con su hijo (tiempos mínimos de visita hospitalaria, la técnica madre

* Neonatóloga
Pediatra, adscrita al
Departamento de
Neonatología
del Hospital Infantil de
México Federico Gómez,
Ciudad de México.

Correspondencia:

MESO, teysa03@
yahoo.com

Conflicto de intereses:

La autora declara que no
tiene.

Citar como: Santillán

OME. Lactancia materna
en el neonato críticamente
enfermo como calidad
en la atención médica.
Rev CONAMED 2018;
23(2): 55-57.

Recibido: 14/05/2018.

Aceptado: 26/05/2018.

canguro o piel con piel entre otras), la falla en alimentación al seno materno en las primeras horas de vida, falta de bombas de extracción de leche materna y de bancos de leche certificados; además de otros factores poco estudiados como el cambio en los patrones de comportamiento de las madres, en los estilos de vida, la falta de atención centrada en la familia, la propia decisión, el desconocimiento, la falta de adiestramiento en lactancia, así como en relactancia y la influencia de la disfunción familiar. Por todo lo anterior el apego a la lactancia disminuye hasta desaparecer.

La lactancia materna tiene importantes beneficios como la transmisión de múltiples propiedades inmunológicas, mejor digestión, favorece la maduración pulmonar, del tubo digestivo, y muy importante, la maduración a nivel cerebral. Se ha documentado que los niños lactados exclusivamente con leche materna a los seis meses de edad y continuada hasta los dos años de edad, presentan mejor neurodesarrollo y coeficiente intelectual, incluso se ha reportado que tienen mejor percepción económica en el futuro.⁴

En los recién nacidos que no son alimentados con leche materna, los costos de atención en cuidados intensivos neonatales y de su atención posterior, incrementan significativamente, así como el riesgo de problemas crónicos de salud y problemas de neurodesarrollo. Estos problemas llevan implícita responsabilidad compartida con los padres, ya que es imperativo que ellos, y sobre todo la madre, participen de forma activa en el proceso y sostén de la lactancia, aun cuando la espera para iniciar y mantener la lactancia materna sea prolongada. Este es un proceso complejo que amerita gran apoyo y requiere tiempo, adiestramiento, de preparar equipos de lactancia empáticos y preparados para apoyar a estas madres, así como cambios en la dinámica de contacto de los padres con sus neonatos graves y seguimiento médico y nutricional estrecho al egreso, puesto que con demasiada frecuencia la lactancia incipiente se pierde cuando el paciente es dado de alta, incluso a pesar de haber recibido educación para la lactancia.⁴

La falla en crecimiento de los neonatos y lactantes egresados de terapia intensiva es un problema grave de salud derivado de los problemas nutricionales del periodo crítico de hospitalización y otros perinatales.

La Dra. Diane Lynn Spatz del Children's Hospital of Philadelphia desarrolló un modelo de lactancia

en 10 pasos⁵ con excelentes resultados, pues 100% de sus pacientes quirúrgicos son egresados con lactancia materna. Estos pasos son los siguientes:

1. Decisión informada.
2. Establecimiento y mantenimiento de apoyo de suministros para lactancia.
3. Manejo de la leche humana.
4. Alimentar al niño con leche materna.
5. Técnica piel con piel.
6. Succión no nutritiva.
7. Transición al seno materno.
8. Medición de la leche extraída.
9. Preparación para el egreso.
10. Seguimiento apropiado.

De manera paralela a la promoción de la lactancia materna, es fundamental la valoración de la capacidad de alimentación y tratamientos de rehabilitación integral y de cavidad oral para coordinar la respiración, succión y deglución que, sobre todo por malformaciones congénitas de cara y cuello, deterioro neurológico y ayuno prolongado, estos pacientes tardan en lograr una alimentación eficiente y segura.⁶

Nos encontramos en un periodo en el cual la lactancia materna, con sus múltiples propiedades, está amenazada por muchos factores. En los últimos años en México se ha documentado un grave deterioro en las prácticas de lactancia, especialmente en zonas rurales. La prevalencia de la lactancia materna exclusiva es de las más bajas entre los países de América Latina.⁷ Es necesario analizar, desarrollar estrategias que faciliten y favorezcan la transición de la alimentación a la lactancia materna efectiva en los más vulnerables, como los neonatos hospitalizados y en estado crítico, dirigidas no sólo a mejorar el apego a la lactancia materna, sino a sostenerla. Se requiere modificar viejos conceptos y paradigmas, como los tiempos de contacto madre-hijo en pos de disminuir las infecciones asociadas al cuidado de la salud, emitir y hacer válidas las normas, leyes y vacíos legales pro lactancia, promover el derecho a recibir una atención no sólo de calidad, sino de excelencia y equidad a través de una mejor nutrición basada en la lactancia materna, que en esta edad y condiciones especiales del neonato críticamente enfermo es primordial.

En conclusión, es innegable que en nutrición infantil la lactancia materna es la mejor estrategia costo-efectiva, ya que disminuye la morbilidad y mortalidad infantil en el corto y largo plazo, y favorece el desarrollo del capital humano, es necesario generar políticas públicas para promoverla, protegerla y fomentarla.⁸ Se requiere la participación de actores clave que repercuta en la mejor calidad de atención médica y nutricional en los recién nacidos críticamente enfermos, para quienes la leche materna es vital.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández-Torres F. Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud. Fajardo Dolci G [Acceso 2018 Mayo de 2003] Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/data/file/60109/libro_01.pdf
2. Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica [SNIEG] (2017a). Catálogo Nacional de Indicadores. Mortalidad infantil. (Internet):2018 acceso [2018 Mayo de 2003] Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/cnzi/escenario.aspx?idOrden=1.1&ind=6300000011&gen=146&d=n>.
3. Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo, Objetivos de Desarrollo Sostenible: Programa de Organización Mundial de la Salud. Disponible en: www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html
4. Lozano-de la Torre MJ. Lactancia materna. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AEP. 2010, pp. 279-287. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/lm.pdf>
5. Spatz LD. Ten steps for promoting and protecting breastfeeding for vulnerable infants. J Perinat Neonatal Nurs. 2004; 18 (4): 412-423.
6. García BJ. Disfagia en la infancia. An Pediatr Contin. 2014; 12 (5): 221-230.
7. González-Cossío T, Hernández-Cordero S. Lactancia materna en México. Academia Nacional de Medicina, México. 2016; pp. 121-124.
8. Ten steps to successful breastfeeding (revised 2018). Available in: <http://www.who.int/nutrition/bfhi/ten-steps/en/>

Percepción del estado de salud y la calidad de vida en personas jóvenes, maduras y mayores

Perception of health status and quality of life among young, mature and older adults

Angélica María Razo González,* Ricardo Díaz Castillo,** Martha Patricia López González**

RESUMEN

* Profesora de tiempo completo.

** Profesor de Asignatura.

Licenciatura en Gerontología de la Universidad Estatal del Valle de Ecatepec.

Correspondencia:

AMRG,
anrago63@hotmail.com

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no tienen.

Citar como: Razo GAM, Díaz CR, López GMP.

Percepción del estado de salud y la calidad de vida en personas jóvenes, maduras y mayores.

Rev CONAMED 2018; 23(2): 58-65.

Recibido: 16/11/2017.

Aceptado: 28/02/2018.

Introducción: La calidad de vida es un concepto complejo y multidimensional que suele contener una gran parte de percepción subjetiva. Existen factores que pueden tener alguna influencia en tal percepción como la apreciación del estado de salud o la presencia de enfermedades como obesidad, diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial. **Objetivo:** Identificar la relación que existe entre percepción del estado de salud, surgimiento de enfermedades y calidad de vida y su relación de acuerdo con la edad del sujeto. **Método:** Se realizó un estudio transversal comparativo. Se comparó la percepción de calidad de vida en función de la percepción de la propia salud y la presencia de enfermedades. Se incluyeron 221 personas de entre 18 y 88 años de edad. Los participantes fueron categorizados por grupos de edad, se contó con un total de 96 adultos jóvenes (de 18 a 29 años de edad), 32 adultos maduros (de 30 a 59 años de edad), y 93 adultos mayores (60 años y más). Para evaluar la percepción de calidad de vida se utilizó el instrumento *World Health Organization Quality of Life (WHOQoL)*. **Resultados:** La calidad de vida difiere significativamente en función de la percepción de salud, la presencia de enfermedades y el grupo de edad. Las personas mayores con mala percepción de salud y con enfermedades tienen peor calidad de vida, en comparación con las personas jóvenes, sin enfermedades y con buena percepción de salud. **Conclusiones:** Los modelos tradicionales de calidad de vida, basados en aspectos físicos, están rebasados para su aplicación en adultos mayores. Es importante considerar modelos teóricos que hagan hincapié en aspectos psicológicos.

Palabras clave: Calidad de vida, estado de salud, grupos de edad.

ABSTRACT

Introduction: Quality of life is a complex and multidimensional concept that usually contains a large part of subjective perception. There are factors that may have some influence on such perception, such as the appreciation of the state of health or the presence of diseases such as obesity, type II diabetes mellitus and arterial hypertension. **Objective:** To identify the relationship between perception of health status, presence of diseases and quality of life and their relationship according to the subject's age. **Method:** A cross-sectional comparative study was carried out. The perception of quality of life was compared according to the perception of one's own health and the presence of diseases. We included 221 people between 18 and 88 years of age. Participants were categorized by age groups, with 96 young adults (18 to 29 years of age); 32 mature adults (30 to 59 years old); and 93 older adults (60 and over). To assess the perception of quality of life, the World Health Organization Quality of Life (WHOQoL) instrument was used. **Results:** The quality of life differs significantly depending on the perception of health, the presence of diseases and the age group. Older people with poor health perception and with the presence of diseases perceive a worse quality of life, compared to young people, without diseases and with a good perception of health. **Conclusions:** The traditional models of quality of life based on physical aspects are exceeded for their application with older adults, it is important to consider theoretical models that emphasize psychological aspects.

Key words: Quality of life, health condition, age groups.

INTRODUCCIÓN

La palabra salud proviene del latín *salus*, es un estado de bienestar o de equilibrio que puede ser considerado a nivel subjetivo u objetivo. El término «salud» se contrapone al de «enfermedad» y es objeto de especial atención por parte de la medicina y de las ciencias de la salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) «es un estado de completo bienestar físico, mental y social; y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».¹ Desde sus orígenes, el concepto no sólo da cuenta de la no aparición de enfermedades o afecciones, sino que va más allá al considerarlo como un estado integral de los seres humanos.

El concepto de salud general está formado por cuatro áreas: física, que debe entenderse como un óptimo funcionamiento fisiológico del organismo, ya que tiene que ver con el cuerpo; mental, se refiere a la forma en que manejamos nuestra vida diaria y la forma en que nos relacionamos con los demás en distintos ambientes (escuela, familia, amigos, etc.), también tiene que ver con la manera en que equilibramos nuestros deseos, habilidades, ideales, valores, etc.; emocional, el manejo responsable de los sentimientos, pensamientos y comportamientos; y espiritual, que implica la reflexión en nuestras creencias.

La percepción de un individuo es subjetiva, selectiva y temporal. Es subjetiva, ya que las reacciones ante un mismo estímulo varían de un individuo a otro; selectiva porque es consecuencia de la naturaleza subjetiva de la persona que no puede percibir todo al mismo tiempo y selecciona su campo perceptual en función de lo que desea percibir; temporal, puesto que es un fenómeno a corto plazo. Así, el estado de salud percibido es uno de los indicadores más utilizados al evaluar la salud de la población y aporta una primera aproximación de la satisfacción vital del individuo.²

Los indicadores sociales para medir la salud se refieren al modo de interactuar con otras personas y con las instituciones sociales. Las redes y el apoyo social son factores importantes para atenuar situaciones de estrés, así como la incidencia de la enfermedad tanto física como mental. La valoración del estado de salud nos acerca no sólo a quienes

perciben su salud de una u otra forma, sino que también aporta una primera aproximación de por qué los individuos perciben su salud en la forma en que lo hacen. Para Antonio Abellán «la autopercepción del estado de salud es un sencillo y buen indicador de la satisfacción vital, incluso más que el número de enfermedades diagnosticadas. Los individuos con salud deficiente suelen estar menos satisfechos con sus vidas que los que tienen percepciones más positivas».³

Un estudio del Dr. Shervin Assari de la Universidad de Michigan⁴ establece que la percepción de la salud no es universal. Encontró que en la mayoría de los países, los pobres, los solteros y las mujeres se sienten menos saludables que otros. Para el investigador del estudio, la razón puede estar influenciada por factores culturales de cada país. Assari et al.⁴ analizaron información de más de 44,000 individuos seleccionados de 15 países de América del Norte, América del Sur, Asia y África y estudiaron los complejos vínculos entre los datos demográficos, estado socioeconómico, enfermedades médicas y autopercepción de la salud. Concluyeron que la percepción de la propia salud puede estar influenciada por factores como los ingresos, el estado civil, el sexo y la presencia de enfermedades. El tema es muy importante, pues la percepción del individuo de su salud puede influir en la calidad de vida, así como en la mortalidad.

Respecto a la calidad de vida, es un constructo para la investigación al que varios autores le han ido agregando diferentes componentes y nuevos enfoques.⁵⁻⁷ En todo caso, muchos trabajos remiten la evaluación de la calidad de vida a las áreas de salud y bienestar material. Para algunos autores, la salud y la ausencia de limitaciones son parámetros importantes a considerar para lograr una buena calidad de vida.⁸ Autores como Ardilla et al.⁹ han trabajado en favor de una definición integradora del constructo, con la finalidad de apoyar una evaluación más completa que debe considerarse dentro de una perspectiva cultural, es decir, que cambia con las culturas, las épocas y los grupos sociales. Es una propiedad que tiene el individuo para experimentar situaciones y condiciones de su ambiente, dependiendo de las interpretaciones y valoraciones que hace de los aspectos objetivos de su entorno. Es así como se ha llegado a considerar

que la calidad de vida incluye factores objetivos y medibles, pero también factores subjetivos que dependen de la percepción de las personas y, por tanto, más complejos de comprender.

Razo, Díaz, Morales y Cerda revisaron el concepto de calidad de vida y señalan que es un concepto multidimensional, que incluye cuestiones como situación económica, estilos de vida, condiciones de salud, vivienda, satisfacciones personales, entorno social, entre otros parámetros, por lo que concluyen que la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar, que puede ser experimentada por los individuos y que representa la suma de sensaciones personales objetivas y subjetivas que incluyen todos los aspectos de su vida.¹⁰

Desde 1995 la OMS definió la calidad de vida como la «percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses». ¹¹ Y con la finalidad de medir la calidad de vida, la OMS diseñó un instrumento para describir la percepción de las personas sobre su calidad de vida en un momento determinado. Es necesario considerar que el WHO-QoL no es el único instrumento que intenta medir la calidad de vida, pero sí el más validado y reconocido a nivel internacional.¹¹

En suma, al ser la calidad de vida una cuestión de percepción subjetiva, puede verse influenciada por la percepción del estado de salud o la aparición de enfermedades, razón por la que el objetivo de este estudio fue analizar la relación entre percepción del estado de salud, presencia de enfermedades y calidad de vida, así como las diferencias por grupos de edad.

METODOLOGÍA

Participantes

Se incluyó un total de 221 personas entre 18 y 88 años de edad. Específicamente fueron más mujeres (n = 163; 73.8%) que hombres (n = 58; 26.2%). Los sujetos fueron categorizados por grupos de edad, de esa manera participaron 96 adultos jóvenes (de 18 a 29 años; 43.4%), 32 adultos maduros (de 30 a 59 años; 14.5%) y 93 adultos mayores (60 años y más; 42.1%). En la *tabla 1* se muestran los datos

sociodemográficos de los participantes respecto a su edad, estado civil, escolaridad, percepción de salud y presencia de enfermedades.

Instrumento

Se elaboró un cuestionario *ad hoc* para identificar las variables sociodemográficas y las cuestiones sobre la percepción del estado de salud de los participantes, así como de la presencia de obesidad, diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial. Para evaluar la percepción de calidad de vida se utilizó el *World Health Organization Quality of Life* (WHOQoL), elaborado por la OMS.¹¹ Consta de 26 preguntas, dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud y 24 preguntas agrupadas en cuatro áreas: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. Las puntuaciones mayores indican que hay mejor calidad de vida. Las escalas de respuesta son de tipo Likert, con cinco opciones de respuesta. El instrumento ha sido validado tanto en adultos¹² como en adultos mayores mexicanos,^{13,14} incluso se ha documentado a través de una revisión^{15,16} que es uno de los instrumentos para evaluar la calidad de vida a nivel mundial, por lo que podría considerarse un estándar de oro. En el presente estudio se obtuvo una alfa de Cronbach de 0.89.

Procedimiento

El proyecto fue aprobado por el Comité de Investigación y Ética de la Universidad Estatal del Valle de Ecatepec (UNEVE) como parte de la línea de investigación «Envejecimiento, calidad y sentido de vida». Los sujetos que decidieron participar de forma voluntaria firmaron la carta de consentimiento informado. Se especificó que los datos proporcionados serían anónimos y utilizados para fines de investigación. Al finalizar la recolección de datos se introdujo la información en el paquete estadístico para ciencias sociales (SSPS versión 25), donde fueron analizados los datos, obteniendo análisis de distribución de frecuencias y medidas de tendencia central y de dispersión, de acuerdo con el nivel de medición de las variables estudiadas. Respecto a las pruebas estadísticas, si las variables estudiadas tenían una distribución normal, se

realizó una prueba de t de Student y ANOVA de una vía para comparar medias, y si no presentaban una distribución normal, se efectuó la prueba de U de Mann-Whitney y Kruskal Wallis para comparar medianas. Se consideró diferencia estadísticamente significativa $p \leq 0.05$.

RESULTADOS

Considerando las variables categóricas, percepción del estado de salud y presencia-ausencia de enfermedades, se comparó la percepción de calidad de vida en función de dichas variables, en razón tanto de la

Tabla 1. Características basales de los sujetos.

	Adultos jóvenes (n = 96)	Adultos maduros (n = 32)	Adultos mayores (n = 93)	Valor p
Edad (años, media, DE)	20.8 ± 2.08	50.44 ± 8.6	68.2 ± 6.3	< 0.01*
Sexo n, (%)				
Mujeres	70 (73%)	21 (66%)	72 (77%)	0.4
Hombres	26 (27%)	11 (34%)	21 (23%)	
Estado civil n, (%)				
Soltero	91 (95%)	3 (10%)	18 (20%)	< 0.01
Casado	0 (0%)	10 (31%)	38 (41%)	
Unión libre	5 (5%)	9 (28%)	4 (4%)	
Divorciado	0 (0%)	8 (25%)	5 (5%)	
Viudo	0 (0%)	2 (6%)	28 (30%)	
Escolaridad n, (%)				
Sin estudios	0 (0%)	2 (6%)	3 (3%)	< 0.01
Primaria	3 (3%)	8 (25%)	48 (52%)	
Secundaria	4 (4%)	8 (25%)	18 (19%)	
Preparatoria	42 (44%)	7 (22%)	14 (15%)	
Universidad	47 (49%)	5 (16%)	7 (8%)	
Postgrado	0 (0%)	2 (6%)	3 (3%)	
Percepción de salud n, (%)				
Muy buena	30 (31%)	1 (3%)	6 (7%)	< 0.01
Buena	47 (49%)	20 (63%)	39 (42%)	
Regular	17 (18%)	9 (28%)	42 (44%)	
Mala	2 (2%)	2 (6%)	6 (7%)	
Presencia de hipertensión n, (%)				
Sí	2 (2%)	20 (62%)	34 (37%)	< 0.01
No	94 (98%)	12 (38%)	59 (63%)	
Presencia de diabetes n, (%)				
Sí	2 (2%)	13 (41%)	40 (43%)	< 0.01
No	94 (98%)	19 (59%)	53 (57%)	
Presencia de obesidad n, (%)				
Sí	10 (10%)	6 (19%)	21 (23%)	0.08
No	86 (90%)	26 (81%)	72 (77%)	
Número de enfermedades n, (%)				
Ninguna enfermedad	84 (88%)	7 (22%)	30 (32%)	< 0.01
Una enfermedad	10 (10%)	13 (41%)	37 (40%)	
Dos enfermedades	2 (2%)	10 (31%)	20 (21%)	
Tres enfermedades	0 (0%)	2 (6%)	6 (7%)	

* = prueba de ANOVA de una vía; DE = desviación estándar.

muestra total como por grupos etarios. En este sentido, los resultados generales señalan que en la medida en que se percibe un mejor estado de salud, también se percibe una mejor calidad de vida (*Tabla 2*).

Lo anterior sucede tanto en la muestra general como en los grupos de adultos jóvenes y adultos mayores, no así en el grupo de adultos maduros. Como se describe en la *tabla 2*, todas las dimensiones de la calidad de vida del WHOQoL carecen de significancia estadística en el grupo de adultos maduros.

Al comparar la calidad de vida en función de la presencia-ausencia de enfermedades, se observó que la hipertensión arterial afecta la calidad de vida

general, así como las dimensiones física, social y medioambiental, sin significancia estadística para la dimensión psicológica (*Tabla 3*). Sin embargo, al analizar los resultados por grupos de edad, se encontró que esta afectación se da particularmente en el grupo de adultos jóvenes, no así en los maduros, ni en los mayores, lo que hace suponer que la hipertensión arterial afecta más la percepción de la calidad de vida cuando aparece en edades jóvenes.

En el caso de la obesidad, al comparar la calidad de vida en función de su presencia-ausencia, se detectó que aquellas personas sin obesidad perciben una mejor calidad de vida general, así como en las

Tabla 2. Comparación de calidad de vida en función de la percepción del estado de salud.

	Muy buena Mediana (Q1-Q3) n = 37	Buena Mediana (Q1-Q3) n = 106	Regular Mediana (Q1-Q3) n = 68	Mala Mediana (Q1-Q3) n = 10	Valor p
WHOQoL	108 (99.5-114.5)	95 (89-101.2)	87.5 (81-95)	82.5 (73.7-90.7)	< 0.01
CV Física	30 (28-33)	27 (25-29)	24 (21-27)	25 (17.7-27.2)	< 0.01
CV Psicológica	25 (23-26)	23 (21-24)	22 (19-23.7)	20 (16-21.7)	< 0.01
CV Social	13.00 (11-15)	11.5 (10-12)	10 (9-12)	9 (7.75-10)	< 0.01
CV Medioambiental	30 (26.5-35)	27 (24-30)	26 (23-28)	25 (20-28.2)	< 0.01

WHOQoL = cuestionario de calidad de vida de la OMS; CV = calidad de vida; Q1-Q3: rango intercuartílico.

Tabla 3. Comparación de calidad de vida en función de la presencia-ausencia de hipertensión arterial.

	Con hipertensión Media (DE) n = 56	Sin hipertensión Media (DE) n = 165	Valor p
WHOQoL	89.3 ± 11.8	95.7 ± 13.2	< 0.01
CV Física	24.3 ± 4.0	27.0 ± 4.3	< 0.01
CV Psicológica	22.0 ± 3.3	22.4 ± 3.4	0.5
CV Social	10.3 ± 2.1	11.3 ± 2.5	0.05
CV Medioambiental	25.6 ± 4.7	27.5 ± 4.9	0.05

WHOQoL = cuestionario de calidad de vida de la OMS; CV = calidad de vida; DE = desviación estándar.

Tabla 4. Comparación de calidad de vida en función de la presencia-ausencia de obesidad.

	Con obesidad Media (DE) n = 37	Sin obesidad Media (DE) n = 184	Valor p
WHOQoL	89.43 ± 3.6	95.0 ± 12.9	0.05
CV Física	25.0 ± 4.3	26.58 ± 4.4	0.06
CV Psicológica	21.0 ± 4.0	22.63 ± 3.2	< 0.01
CV Social	10.2 ± 2.3	11.2 ± 2.5	0.05
CV Medioambiental	26.1 ± 5.4	27.19 ± 4.8	0.2

WHOQoL = cuestionario de calidad de vida de la OMS; CV = calidad de vida; DE = desviación estándar.

dimensiones física, psicológica y social; no obstante, la mayor significancia estadística se encuentra en la dimensión psicológica (*Tabla 4*). Al analizar las diferencias por grupos etarios, se evidenció que éstas aparecen particularmente en la muestra de jóvenes, lo cual sugiere que la obesidad no afecta la calidad de vida de los adultos maduros, ni de los adultos mayores.

Al comparar la calidad de vida en función de la presencia-ausencia de diabetes mellitus tipo II, se encontró que las personas sin la enfermedad perciben mejor calidad de vida general (*Tabla 5*). Sin

Tabla 5. Comparación de calidad de vida en función de la presencia-ausencia de diabetes mellitus tipo II.

	Con diabetes Media (DE) n = 55	Sin diabetes Media (DE) n = 166	Valor p
WHOQoL	88.9 ± 13.9	95.8 ± 12.5	< 0.01
CV Física	23.9 ± 4.6	27.1 ± 4.0	< 0.01
CV Psicológica	22.3 ± 3.3	22.4 ± 3.8	0.9
CV Social	9.7 ± 2.5	11.5 ± 2.4	< 0.01
CV Medioambiental	26.1 ± 5.0	27.3 ± 4.9	0.1

WHOQoL = cuestionario de calidad de vida de la OMS; CV = calidad de vida; DE = desviación estándar.

embargo, al analizar por grupos etarios, se observó que la diabetes mellitus tipo II afecta específicamente la calidad de vida de los adultos mayores, no así en los jóvenes ni en los maduros.

Finalmente, se realizó un análisis de las diferencias para comparar la percepción de la calidad de vida en función del número de enfermedades que se padecen, el cual reveló que, a medida que incrementa el número de enfermedades, se reduce la percepción de la calidad de vida; es decir, la percepción de la calidad de vida a nivel global, físico y social son menores si existen más enfermedades, pero la percepción psicológica es un poco más estable, es decir, cambia muy poco teniendo una, dos o tres enfermedades. En cambio, la dimensión ambiental, que tiene que ver con la accesibilidad y la infraestructura de servicios, parece no tener mucha relación con el número de enfermedades que se tienen (*Tabla 6*).

DISCUSIÓN

La OMS¹¹ señala que la calidad de vida es la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses. Asimismo, de manera operacional la calidad de vida estaría dividida en aspectos físicos, psicológicos, sociales y medioambientales.

Tabla 6. Comparación de calidad de vida en función del número de enfermedades.

	Ninguna enfermedad Mediana (Q1-Q3) n = 121	Una enfermedad Mediana (Q1-Q3) n = 60	Dos enfermedades Mediana (Q1-Q3) n = 32	Tres enfermedades Mediana (Q1-Q3) n = 8	Valor p
WHOQoL	97 (88.5-106)	90 (84-100)	89.5 (83.25-95)	87 (75-101.5)	< 0.01
CV Física	28 (25-30)	26 (23-28)	25 (22.5-24.7)	22.5 (20.2-25.7)	< 0.01
CV Psicológica	22 (20-24)	22.5 (21-24.7)	22.5 (20-24.7)	21 (16-25.5)	0.9
CV Social	12 (10.5-13)	10 (9-12)	10 (9-11)	9.5 (7.5-11.7)	< 0.01
CV Medioambiental	27.5 (24-31)	26 (23.2-30)	25.5 (22.5-29)	26.5 (22.5-32.5)	0.09

WHOQoL = cuestionario de calidad de vida de la OMS; CV = calidad de vida; Q1-Q3 = rango intercuartílico.

Considerando lo anterior, es de esperarse que la percepción de la calidad con la que se vive sea diferente, de acuerdo con las condiciones de vida o la etapa vital en la que se encuentra el individuo, ya que la posición en la vida y las expectativas de la misma pueden variar con el transcurso del tiempo y por la vida misma.

La presente investigación reveló que la percepción de la calidad de vida se ve afectada por la propia percepción de la salud, pero también por la aparición de enfermedades, y esto varía de manera particular dependiendo del grupo etario. De esta manera, los resultados sugieren que, en la medida en que se tienen más años y más enfermedades, hay una peor percepción del estado de salud y de la calidad de vida; sin embargo, esto ocurre particularmente en los aspectos físicos y sociales.

Es importante mencionar que, aunque se trabajó con muestras de jóvenes y adultos maduros, esta investigación está particularmente enfocada en el estudio la población adulta mayor. Ahora bien, considerando la calidad de vida específicamente en esta población, es más conveniente retomar otros modelos teóricos que no hagan énfasis en los aspectos físicos,^{15,17,18} dado que ya se ha observado que invariablemente éstos se verán afectados, como ha sido documentado por Sprangers y Schwartz,¹⁹ quienes señalan que un deterioro del estado de salud conduciría a una disminución en la calidad de vida. En este sentido, la presente investigación documentó que la disminución del estado de salud no necesariamente afecta los aspectos psicológicos de la calidad de vida, ya que se observó cierta estabilidad independientemente de la percepción del estado de salud, la presencia de enfermedades y la edad. De acuerdo con los autores señalados,¹⁹ esto puede deberse al afrontamiento exitoso ante las adversidades, en este caso las enfermedades.

Por lo anterior, es importante considerar más cuidadosamente los aspectos psicológicos de la calidad de vida, ya que éstos pueden ser los que fomenten los recursos necesarios para llevar una vida con calidad, aunque se presenten enfermedades. En este sentido, Cancino, González, Gallardo y Estrada²⁰ probaron empíricamente un modelo construido a partir de los datos de la población general, en él documentaron la importancia de los aspectos psicológicos de la calidad de

vida, específicamente el crecimiento personal, propósito en la vida, autoaceptación y satisfacción con la vida.

Lo anterior establece la necesidad de profundizar en futuras investigaciones que consideren los recursos generales de resistencia como variables psicológicas importantes, propias del sentido de coherencia, desde la propuesta de Antonovsky con el modelo salutogénico²¹ y su relación con otros conceptos en torno al propósito de la vida como es el caso del sentido de la vida, debido a que encontrar este último es una tarea personal, un acto de dirección, reflexión, percepción y significado que cada quien otorga a su propio vivir. No contar con los recursos psicológicos adecuados para darle sentido a la vida puede traer como consecuencia graves problemas de salud física, mental, emocional o espiritual. Se experimenta un vacío o frustración existencial, una neurosis noógena²² o un estado depresivo que impide seguir viviendo. De ahí la importancia de continuar este tipo de investigaciones en las áreas de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Preguntas más frecuentes. ¿Cómo define la OMS la salud? [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [acceso 10 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
2. Guardiola-Jiménez P. La percepción [Internet]. Murcia: Universidad de Murcia [acceso 10 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.um.es/docencia/pguardio/documentos/percepcion.pdf>
3. Abellán A. Percepción del estado de salud. *Rev Mult Gerontol* [internet]. 2003 [acceso 10 de noviembre de 2017]; 13 (5): 340-342. Disponible en: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/10500/1/g-13-5-007.pdf>
4. Assari S, Lankarani MM. Does multi-morbidity mediate the effect of socioeconomic on self-rated health? cross-country differences. *Int J Prev Med*. 2015; 6: 85.
5. Levi L, Andersson L. Psychosocial stress: population, environment, and quality of life. New York: S.P. Books Division of Spectrum Publications; 1980. p. 142.
6. Giusti L. Calidad de vida, estrés y bienestar. San Juan de Puerto Rico: Psicoeducativa; 1991.
7. Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública Mex*. 2002; 44 (4): 349-361.
8. Alfaro-Alfaro N, Carothers-Enriquez MR, González-Torres YS. Autopercepción de calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. Investigación en Salud [Internet]. 2006 [acceso 10 de noviembre de 2017]; VIII (3): 152-157. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14280303>
9. Ardila R. Calidad de vida: una definición integradora. *Rev Lat Psic* [Internet]. 2003 [acceso 10 de noviembre de 2017];

- 35 (2): 161-164. Disponible en: http://sgpwe.izt.uam.mx/files/users/uami/love/Gestion_12P/80535203_calidad_de_vida_conceptos_redalyc.pdf
10. Razo-González AM, Díaz-Castillo R, Morales-Rossell R, Cerda-Bareló R. Metaanálisis del concepto de calidad de vida en América Latina. Una nueva propuesta: sentido de vida. *Rev CONAMED*. 2014; 19 (4): 149-156.
 11. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995; 41 (10): 1403-1409.
 12. López-Huerta JA, González-Romo RA, Tejada-Tayabas JM. P Propiedades psicométricas de la versión en español de la escala de calidad de vida WHO QoL BREF en una muestra de adultos mexicanos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica [Internet]*. 2017 [acceso 15 de octubre de 2017]; 2 (44): 105-115. Disponible en: http://www.aidep.org/sites/default/files/2017-07/9FinalArtigo_Propiedades%20psicome%CC%81tricas%20de%20la%20versio%CC%81n%20en%20espan%CC%83ol%20de%20la%20escala%20de%20calidad%20de%20vida%20WHO.pdf
 13. Acosta-Quiroz CO, Vales-García JJ, Echeverría-Castro SB, Serrano-Encinas DM, García-Flores R. Confiabilidad y validez del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud [internet]*. 2013 [acceso 2 de noviembre de 2017]; 23 (2): 241-250. Disponible en: <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-23-2/23-2/Christian%20Oswaldo%20Acosta%20Quiroz.pdf>
 14. Hernández-Navar JC, Guadarrama-Guadarrama R, Castillo-Arellano S, Arzate-Hernández G, Márquez-Mendoza O. Validación del WHOQOL-OLD en adultos mayores de México. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica [Internet]*. 2015 [acceso 2 de noviembre de 2017]; 7 (3): 397-405. Disponible en: http://www.cienciapsicologica.org/psiencia/7/3/21/PSIENCIA_Revista-Latinoamericana-de-Ciencia-Psicologica_7-3_HernandezNavar-et-al.pdf
 15. Ware JE Jr. Methodology in behavioral and psychosocial cancer research. Conceptualizing disease impact and treatment outcomes. *Cancer*. 1984; 53 (10 Suppl): 2316-2326.
 16. Sanabria-Hernández MS. Calidad de vida e instrumentos de medición [Tesis Licenciatura]. Tenerife, España: Universidad de la Laguna; 2016. Disponible en: <https://riullull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3842/CALIDAD%20DE%20VIDA%20E%20INSTRUMENTOS%20DE%20MEDICION.pdf?sequence=1>
 17. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA*. 1995; 273 (1): 59-65.
 18. Brenner MH, Curbow B, Legro MW. The proximal-distal continuum of multiple health outcome measures: the case of cataract surgery. *Med Care*. 1995; 33 (4 Suppl): AS236-AS244.
 19. Sprangers MA, Schwartz CE. Integrating response shift into health-related quality of life research: a theoretical model. *Soc Sci Med*. 1999; 48 (11): 1507-1515.
 20. Cancino N, González C, Gallardo I, Estrada C. Evaluación de un modelo de calidad de vida construido desde los datos. *Acta Colomb Psicol [Internet]*. 2016 [acceso 18 de septiembre de 2017]; 19 (1): 297-309. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v19n1/es_v19n1a13.pdf
 21. Eriksson M, Lindström B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2005; 59 (6): 460-466.
 22. Frankl VE. En el principio era el sentido. Reflexiones en torno al ser humano. 6a ed. México: Paidós; 2014.

Eventos adversos y *burnout* en profesionales de una clínica de atención primaria

Adverse event and burnout in health professionals of primary health care center

Elisa Yazmín Jiménez Flores,* Alejandro Alayola Sansores,*
Arturo Mancebo Hernández,** Mahuina Campos Castolo***

RESUMEN

* Departamento de Informática Biomédica, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

**Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

*** Jefatura del Departamento de Informática Biomédica, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Correspondencia:
EMCC, infobiomedix@gmail.com

Conflicto de intereses:
Los autores declaran que no tienen.

Citar como: Jiménez FEY, Alayola SA, Mancebo HA, Campos CM. *Eventos adversos y burnout en profesionales de una clínica de atención primaria*. Rev CONAMED 2018; 23(2): 66-72.

Recibido: 19/02/2018.
Aceptado: 02/05/2018.

Introducción: La cultura de seguridad del paciente busca prevenir posibles daños, resultado de una serie de eventos imprevistos y que repercuten en la calidad y seguridad de la atención médica. Un evento adverso hace referencia a un daño o una complicación que resulta de la asistencia sanitaria que no está relacionada con la enfermedad o con el estado subyacente del paciente y que provoca en éste una prolongación de la estancia hospitalaria, discapacidad en el momento del alta o la muerte. La primera víctima es el paciente y los familiares afectados, una segunda víctima es el profesional involucrado y por último, una tercera víctima es la clínica u hospital donde tuvo lugar el evento adverso. La investigación en las consecuencias de las primeras víctimas es amplia, mientras que en segundas víctimas ha sido un tema poco estudiado, por lo que realizar un estudio sobre las consecuencias emocionales y sociales del evento adverso en segundas víctimas dará pauta para demostrar los conocimientos, actitudes y conductas que nos permitirán analizar y hacer sugerencias sobre los pasos a seguir en la prevención de eventos adversos. Por otra parte, algunas publicaciones han documentado que el síndrome de *burnout* puede estar relacionado con la incidencia de los eventos adversos. **Metodología:** Se aplicaron los instrumentos Cuestionario para Profesionales de Atención Primaria de España y el *Maslach Burnout Inventory* a todos los médicos y personal de enfermería del Centro de Salud de T-II Nayaritas de la Ciudad de México, siendo en total 20 profesionales consultados. Setenta por ciento (14) fueron mujeres y 30% (seis) hombres, con edades de 19 a 66 años, con una media de edad de 41 años, 45% (nueve) médicos, 30% (seis) de personal de enfermería y 25% (cinco) odontólogos. Además de una media de 14 años de experiencia laboral. **Resultados:** Las consecuencias tras un evento adverso son mayores a nivel emocional. Las puntuaciones del *burnout* en promedio para médicos, personal de enfermería y odontólogos fueron de 58, 52 y 41 respectivamente, puntuaciones consideradas bajas. Sin embargo, no se encontraron correlaciones significativas entre las consecuencias de un evento adverso y el síndrome de *burnout*. **Conclusiones:** Realizar y contar con programas de notificación relacionados con la cultura de seguridad del paciente nos permitirá analizar y hacer sugerencias sobre los pasos a seguir para prevenir los eventos adversos y con ello las consecuencias en los profesionales de la salud, garantizando así una verdadera práctica de la cultura de seguridad del paciente.

Palabras clave: Evento adverso, *burnout*, médicos, enfermería, atención primaria, cultura de seguridad, segundas víctimas.

ABSTRACT

Introduction: The culture of patient safety seeks to prevent possible damage resulting from a series of events that were planned and that have an impact on the quality and safety of medical care. An adverse event it means to a damage or complication that results from health care, and it does not correspond with the illness or the underlying condition of the patient, and which causes in it a prolongation of the hospital stay, disability at the time of discharge or death. First victim is the patient and the affected relatives, second victim is the professional involved and finally a third victim is the clinic or the hospital where the adverse event it happened. The research into the consequences of first victims are broad, while in second victims it has been a little studied topic, so a study about the emotional and social consequences of the adverse event in second victims will give us guidelines to show the knowledge, attitudes and behaviors that would allow us to analyze and give suggestions on the steps to follow to prevent adverse events, in addition to some publications have documented that the Burnout syndrome may be related to the incidence of adverse events. **Methodology:** It was carried out the application of the instruments Questionnaire for Primary Care Professionals of Spain and the Maslach Burnout Inventory to

all physicians and nurses of the Centro de Salud de T-II Nayaritas from Mexico City, being consulted in total 20 professionals. 70% (14) were women and 30% (6) men, professional's age range 19 years to 66 years, with an average of 41 years. 45% (9) doctors, 30% (6) of nursing staff and 25% (5) dentists. In addition, an average of 14 years of work experience. **Outcome:** The consequences after an adverse event are higher emotionally. Burnout scores on average for physicians, nurses and dentists were 58, 52 and 41 respectively, scores considered low. However, no significant correlations were found between the consequences of an adverse event and the Burnout syndrome. **Conclusion:** Carrying out and having notification programs related to the culture of patient safety will allow us to analyze and give suggestions on the steps to be taken to prevent adverse events, and with them the consequences for health professionals, just like that guaranteeing a true practice of the culture of patient safety.

Key words: Adverse event, Burnout, physician, infirmary, primary care, safety culture, second victims.

INTRODUCCIÓN

La *Health and Safety Commission of Great Britain*¹ define la cultura de seguridad del paciente (CSP) como «el conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos, tanto individuales como de grupo, para disminuir los riesgos y daños al paciente». La CSP busca evitar posibles daños resultado de incidentes inesperados y que repercuten en la calidad y seguridad de la atención médica, realizando acciones que disminuyan las cifras de eventos adversos. Un evento adverso (EA)² hace referencia a un daño o una complicación que resulta de la asistencia sanitaria que no está relacionada con la enfermedad o con el estado subyacente del paciente y que provoca en éste una prolongación de la estancia hospitalaria, discapacidad en el momento del alta o la muerte.

En España se realizó el Estudio Nacional sobre los EA ligados a la Hospitalización y el Estudio sobre Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria (ANEAS) y (APEAS) que estiman que casi 10% de los pacientes sufre anualmente un EA, de los cuales 50% pueden evitarse. Las principales causas de los EA estuvieron relacionadas con errores en la medicación y en el diagnóstico y con problemas de comunicación médico-paciente.³

La prevalencia reportada en México en el estudio IBEAS⁴ (Estudio de Latinoamérica sobre Acontecimientos Adversos, por sus siglas en inglés) en 2005 fue de 10.5%; 62.9% de estos EA prolongaron en promedio 16.1 días el tiempo de estancia en el hospital, mientras que otro estudio⁵ realizado en 2011 en tres hospitales diferentes cuantificó que la prevalencia de EA en cirugía fue de 4.1%, prolongando en promedio nueve días el tiempo de hospitalización de los pacientes con EA.

Personal involucrado en un evento adverso

Un EA implica a diferentes actores, mientras la primera víctima es el paciente que sufre el EA, la segunda³ es todo profesional que participa en un EA, en un error médico y/o en una lesión relacionada con el paciente y se convierte en víctima en el sentido que queda traumatizado por el suceso, según lo definió Wu (en segundas y terceras víctimas).³ En este sentido se utiliza el término profesional para incluir a cualquier persona que provee servicio a los pacientes.³ La institución sanitaria donde ocurrió el EA, junto con todos los que laboran en ella, representa una tercera víctima que ve amenazado su prestigio y puede alterar sus prácticas.

Modelo de desarrollo de las consecuencias de un evento adverso en profesionales de la salud

Susan Scott (2017)³ describe una serie de etapas por las que pasa el personal de salud que se ha visto involucrado en un EA, identificadas en su modelo de trayectorias:

1. Caos respuesta incidente.
2. Reflexión interna no pertinente.
3. Restauración de la integridad-búsqueda de respaldo.
4. Soportar la inquisición de los demás.
5. Obtención de ayuda.
6. Resolución.

En las diferentes etapas el profesional puede verse afectado en las esferas emocionales, familiares y laborales, con una serie de consecuencias que varían en su intensidad de una persona a otra: a) ansiedad,

síntomas afectivos; b) preocupación mórbida por su rendimiento y capacidad profesional; c) problemas de concentración; d) insomnio; e) cambios de humor; f) miedo a las consecuencias legales; g) pérdida de prestigio profesional; h) estrés postraumático.³

Síndrome de burnout (SB)

Rosales⁶ afirmó en 2013 que el término fue acuñado por Freudenberg en 1974 cuando se percató de un síndrome clínico que lo aquejaba a él y a sus colegas que atendían a víctimas de adicciones. La definición ha sido modificada por diversos autores, la más utilizada es la propuesta por Maslach y Jackson de la Universidad de Berkeley, California 1981:

«*Burnout* es un síndrome de agotamiento emocional, de despersonalización y de rendimiento personal mermado que puede ocurrir entre individuos cuyo objeto de trabajo son otras personas».⁷

Desde esta perspectiva el SB se compone de tres dimensiones: a) agotamiento, b) despersonalización y por último c) bajo rendimiento personal.

Modelos de desarrollo del burnout

Garrosa (2011)⁸ plantea otro enfoque del SB a través del modelo de demanda y recursos laborales (JD-R model). Una demanda es todo aspecto que requiere esfuerzo, tanto físico como psicológico por parte del trabajador. Los recursos son todo aquello que ayuda a hacer frente a las demandas para alcanzar un óptimo funcionamiento. Cuando las demandas son excesivas rebasan los recursos del profesional para satisfacerlas, ocasionando que el SB se desencadene.

El fortalecimiento de recursos personales del trabajador, tales como el desarrollo de competencias emocionales o la regulación emocional, puede mejorar la empatía y el reconocimiento de los sentimientos de las personas con las que interactúa para así poder saber cómo reaccionar ante ciertas situaciones y ser capaz de responder de manera no agresiva frente a los pacientes y/o trabajadores.

En este sentido, es la búsqueda de recursos que lleven a una mejor adaptación del trabajador. Es importante destacar que pretender que el trabajador

sea el que exclusivamente se adapte a las condiciones adversas del trabajo es una idea errónea, ya que la adaptación debe incluir cambios organizacionales para que sean efectivos.⁸

Síndrome de burnout y EA en profesionales de la salud

La búsqueda de culpables no soluciona los problemas. Muchos de los errores están vinculados a diversos factores, por ejemplo a la insatisfacción, a las condiciones de trabajo, a la inapropiada selección o conducción del personal o a un desgaste continuo por el estrés prolongado: síndrome de *burnout* (SB).⁹

En este sentido Cherniss (1980) citado en Ortega (2003)⁹ describió el interés del concepto SB basándose en cuatro razones: afecta la moral y el bienestar psicológico del personal implicado, afecta la calidad de cuidados y tratamiento que reciben los pacientes y en el aspecto laboral tiene repercusiones como la disminución de la productividad, conflictos laborales, bajo compromiso laboral, incremento en la tasa de accidentes, ausentismo, situaciones que se traducen en pérdidas económicas para la organización. Algunas otras manifestaciones son la baja autoestima, dificultad para concentrarse, comportamientos agresivos hacia compañeros y pacientes, trastornos del sueño, alteraciones gastrointestinales, taquicardias y aumento en el consumo de café/tabaco/alcohol/fármacos, convirtiéndose en un problema de salud pública y de salud laboral. De ahí la importancia de reflexionar en la magnitud que tiene el SB en el problema de los EA para prevenir que ocurran y progresar en acciones que garanticen una práctica segura.

La Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México¹⁰ plantea que la labor de los profesionales de la salud se desenvuelve bajo factores como altas cargas laborales, que con el tiempo pueden llegar a tener consecuencias en la salud de éstos, por ejemplo, el SB no sólo afecta la salud, también compromete de manera directa la atención médica que se brinda a los usuarios, además de que los profesionales de la salud tienen mayor probabilidad de cometer un error médico, generando un círculo vicioso en el profesional de la salud.¹⁰

«El bienestar de médicos y residentes dentro de una organización de salud tiene indudablemente un

efecto positivo en la calidad de la atención médica, pues al estar comprometidos con el trabajo y tener satisfacción en su desarrollo profesional los hace más productivos, lo que se correlaciona directamente con la percepción de los pacientes en cuanto a la calidad de la atención médica recibida».¹⁰

El resultado de un estudio realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social y en el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado de Durango¹¹ demostró que la prevalencia de SB en médicos es mayor que en el personal de enfermería. Otro estudio¹² evaluó a 11,530 profesionales de la salud hispanoamericanos: en los profesionales residentes en España la prevalencia fue de 14.9%, en Argentina de 14.4% y en Uruguay de 7.9%; mientras que los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Uruguay, Guatemala y El Salvador presentaron frecuencias de SB entre 2.5 y 5.9%. Por profesiones: médicos 12.1%, enfermeras 7.2% y dentistas, psicólogos y nutricionistas fue menor a 6%. Entre los médicos predominó el SB en quienes trabajan en los departamentos de urgencias (17%) y los de medicina interna (15.5%); en tanto que los anestesiólogos y los dermatólogos tuvieron la menor prevalencia (5 y 5.3%, respectivamente).

Recomendaciones para disminuir el síndrome de burnout

Algunas de las medidas que se han recomendado para prevenir y disminuir la aparición del SB son aplicables tanto a profesionales de la salud como a otras profesiones:^{13,14}

- Reducción de horarios excesivos.
- Distribución equitativa de cargas de atención médica.
- Supervisión adecuada durante el proceso formativo.
- Reducción de cargas administrativas innecesarias.
- Crear un ambiente social fuera de las horas de trabajo.
- Estimular en los residentes la nutrición y el deporte.
- Sesiones periódicas dirigidas específicamente a ellos sobre cómo manejar el estrés.
- Evitar el estrés del rol (conflicto y ambigüedad del rol).
- Desarrollo profesional.

- Participación en la toma de decisiones.
- Objetivos alcanzables.
- Apoyo social.

Programas de apoyo a segundas víctimas

El resultado de algunas investigaciones ha derivado en programas mediante los cuales las instituciones sanitarias de Estados Unidos buscan apoyar a las segundas víctimas que se han visto involucradas en un EA, por ejemplo: Susan Scott en *University of Missouri Health Care System* (UMHC)³ con el programa *For YOU* que intenta brindar una especie de «primeros auxilios emocionales» a profesionales de la salud que estuvieron inmersos en un EA.³

Una estrategia para afrontar el estrés es el enfoque BICEPS por sus siglas *Brevedad, Inmediatez, Centralidad, Expectativa, Proximidad y Simplicidad*. El objetivo de este método es reducir los síntomas desadaptativos y recuperar el nivel base de funcionamiento y el programa *RISE (Resilience in Stressful Events)* que ofrece apoyo interdisciplinario a las segundas víctimas.³

Villareal¹⁵ en 2007 habló sobre la necesidad de contar con programas de notificación de EA que evalúen los conocimientos, actitudes y conductas relacionadas con la cultura de seguridad del paciente. Los datos obtenidos nos permitirán analizar y hacer sugerencias sobre los pasos a seguir para prevenir los EA y con ellos las consecuencias en los profesionales de la salud, garantizando así una verdadera práctica de la cultura de seguridad del paciente.

La combinación de todos los distintos factores personales, laborales y sociales facilitan el desarrollo del SB en los trabajadores.¹⁶ Desde este punto de vista, el síndrome puede considerarse como resultado de que el profesional busca ajustarse a su entorno laboral, mientras que el ambiente puede funcionar como elemento desencadenante y los factores personales inhiben o facilitan su desarrollo.

Por todo lo anterior, comprender cuáles son los factores personales, organizacionales y laborales que propician el desarrollo del SB es de suma importancia para la organización (impacto en la productividad), para el trabajador (calidad de vida en el trabajo), para el usuario que recibe la atención (calidad y seguridad del paciente) y para el bienestar de la sociedad en general.¹³

METODOLOGÍA

Los instrumentos se aplicaron a médicos y personal de enfermería del Centro de Salud de T-II Nayaritas de la Ciudad de México. Estudio observacional, transversal descriptivo, con una muestra por conveniencia con un total de 20 profesionales consultados.

Instrumentos

Para evaluar el impacto de los EA y sus efectos emocionales y conductuales se aplicó el Cuestionario para Profesionales de Atención Primaria creado en 2016 por el grupo liderado por José Joaquín Mira del Centro de Salud Hospital Plá, Alicante, Departamento de Psicología de la Salud/Facultad de Medicina (España), denominado «Segundas víctimas»³ 2016. El cuestionario original está compuesto por 51 preguntas organizadas en nueve bloques de autoaplicación, cuya duración es de aproximadamente 20 minutos. Las dimensiones que el cuestionario evalúa: 1) cultura de seguridad, 2) experiencia como segunda víctima, 3) transparencia en la comunicación con paciente (o familiares) y 3) atención prevista a las segundas víctimas.

Para fines de este estudio se utilizaron únicamente las preguntas del apartado 6, 7 y 9, donde se evalúan las experiencias como segunda víctima de un EA (sección 6 y 7) y los datos sociodemográficos (sección 9), los apartados restantes serán motivo de otra publicación. El cuestionario es de tipo escala *likert* con las siguientes opciones de respuesta: nunca, alguna vez, casi siempre, siempre. En la sección 7 las respuestas son dicotómicas. Para la evaluación del síndrome de *burnout* se utilizó el Maslach *Burnout Inventory-Human Services* (MBI-HS) estandarizado en México.¹⁷ El MBI-HS está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional.

El cuestionario MBI-HS se realiza entre 10 y 15 minutos y mediante una escala *likert* mide los tres aspectos del síndrome: 1) cansancio emocional, 2) despersonalización y 3) rendimiento personal.

0 = Nunca.

1 = Pocas veces al año o menos.

2 = Una vez al mes o menos.

3 = Unas cuantas veces al mes o menos.

4 = Una vez a la semana.

5 = Pocas veces a la semana.

6 = Todos los días.

Con respecto a las puntuaciones por escalas en agotamiento emocional se consideran bajas de 0 a 18 puntos, medias de 19 a 26 puntos y altas de 27 a 54 puntos; en despersonalización las puntuaciones bajas van de 0 a 5 puntos, de 6 a 9 medio y de 10 a 30 altas; en el caso del rendimiento personal las puntuaciones que califican como bajas deben ser de 40 a 56, medio de 34 a 39 y alto de 0 a 33 puntos (Tabla 1).

El SB se diagnostica cuando existen puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero.

Los instrumentos fueron de autoaplicación para ser contestados de manera autógrafa por los encuestados durante su horario laboral, previamente autorizados por la gerencia del Centro de Salud T-II Nayaritas.

El tiempo empleado en la aplicación para ambos cuestionarios fue de aproximadamente media hora.

RESULTADOS

Análisis descriptivo

Se analizó un total de 20 profesionales de la salud, de los cuales 70% (14) fueron mujeres y 30% (seis) hombres, el intervalo de edades se encontró entre 19 y 66 años de edad, con una media de edad de 41 años. Por profesión se encontraron 45% (nueve) médicos, 30% (seis) de personal de enfermería y 25% (cinco) odontólogos. El intervalo de experiencia

Tabla 1. Valores de referencia del Maslach *Burnout Inventory -Human Services* (MBI-HS).

	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento emocional	0-18	19-26	27-54
Despersonalización	0-5	6-9	10-30
Rendimiento personal	40-56	34-39	0-33

laboral fue de uno a 35 años, con una media de 14 años de experiencia laboral.

Las puntuaciones del SB en promedio para médicos, personal de enfermería y odontólogos fueron de 58, 52 y 41 puntos respectivamente, que pueden clasificarse como niveles bajos del SB. Y en las subescalas del mismo instrumento fueron en agotamiento emocional 13 puntos para médicos, 12 puntos para personal de enfermería y seis puntos para odontólogos, todas las puntuaciones bajas. En la subescala de despersonalización, las puntuaciones fueron de 4 para médicos, 0 para personal de enfermería y de 3 puntos para odontología, nuevamente las tres puntuaciones bajas. Y por último, la subescala de rendimiento personal fue 41, 40 y 33 puntos respectivamente, puntuaciones bajas para médicos y enfermeros y media para odontólogos (Tabla 2).

Los profesionales de la salud consideran que las consecuencias emocionales y conductuales de un EA que pueden experimentar alguna vez son: dificultades para concentrarse, sentimientos de culpa y baja laboral.

Tabla 2. Resultados del índice de Maslach *Burnout Inventory-Human Services* (MBI-HS) del grupo estudiado.

	Agotamiento emocional	Desperso-nalización	Rendimiento personal
Médicos	13	4	41
Enfermería	12	0	40
Odontología	6	3	33

Médicos y enfermeros reportan que en promedio alguna vez se presenta pesimismo ante la vida, los odontólogos enuncian que nunca se da el pesimismo ante la vida. En cuanto al cansancio, la ansiedad y los trastornos del sueño los médicos y odontólogos declaran que algunas veces pueden sufrir esas consecuencias, mientras que los enfermeros casi siempre presentan dichas consecuencias. Por otro lado, los profesionales de la salud no requieren un traslado del lugar de trabajo o abandonar su profesión (Tabla 3).

Debido al tamaño de la muestra no fue recomendable realizar análisis estadísticos.

DISCUSIÓN

De lo anterior podemos concluir que las consecuencias tras un EA que más afectan al personal de salud son de tipo emocional (dificultades para concentrarse, sentimientos de culpa, pesimismo ante la vida, cansancio, ansiedad y trastornos del sueño), en comparación con las conductuales (baja laboral, traslado de lugar de trabajo y abandono de la profesión). En cuanto al síndrome de *burnout*, al igual que en la literatura, los médicos son los que presentan mayor puntaje en niveles, en contraste con enfermeros y odontólogos, no solamente en la puntuación general, también en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización; sin embargo, no todos los profesionales de salud presentan el síndrome de *burnout*.

Realizar y contar con programas de notificación cuyos datos obtenidos nos muestran los conocimientos, actitudes y conductas relacionadas con la cultura de seguridad del paciente, nos permitirá analizar y hacer sugerencias sobre los pasos a seguir

Tabla 3. Resultados de las consecuencias que han observado los participantes en casos de EA.

	Dificultades para concentrarse	Sentimientos de culpa	Pesimismo ante la vida	Cansancio	Ansiedad	Trastornos del sueño	Baja laboral	Traslado de lugar de trabajo	Abandono de la profesión
Médicos	Alguna vez	Alguna vez	Alguna vez	Alguna vez	Alguna vez	Alguna vez	Alguna vez	No	No
Enfermería	Alguna vez	Alguna vez	Alguna vez	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre	Alguna vez	No	No
Odontólogos	Alguna vez	Alguna vez	Nunca	Alguna vez	Alguna vez	Alguna vez	Alguna vez	No	No

para prevenir los EA y con ellos las consecuencias en los profesionales de la salud, garantizando así una verdadera práctica de la cultura de seguridad del paciente; además de comprender cuáles son los factores desencadenantes del síndrome de *burnout*, ya que es de suma importancia por el impacto en la productividad, para el trabajador (calidad de vida en el trabajo), el usuario que recibe la atención (calidad y seguridad del paciente) y la sociedad, lo que se supone fomenta la gestión de calidad y la oportunidad institucional de aprender que los errores deben prevenirse.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hamui-Sutton A, Pérez-Castro JA, Durán-Pérez VD, García-Téllez SE, Fernández-Cantón SB, Lezana-Fernández MA. Percepción de los médicos residentes sobre la cultura de seguridad del paciente en México. *Rev CONAMED*. 2016; 20 (2): 54-63.
2. Organización Mundial de la Salud. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Versión 1.1. Informe Técnico Enero de 2009. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2009 [acceso 2018-27-01]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_es.pdf
3. Segundas y terceras víctimas. Proyecto de Investigación [Internet]. España: Segundas víctimas; 2006 [acceso 2018-30-10]. Disponible en: <http://www.segundasvictimas.es/index.php>
4. Echevarría S, Sandoval Castellanos F, Gutiérrez S, Alcantar A, Cote L. Eventos adversos en cirugía. *Cir Gen* 2011; 33 (3): 163-169.
5. Pineda-Pérez D, Puentes-Rosas E, Rangel-Chávez NJ, Garrido-Latorre F. Eventos adversos quirúrgicos en tres instituciones públicas de salud mexicanas. *Salud Pública México*. 2011; 53 (Supl 4): S484-S490.
6. Rosales R, Rosales F. Burnout estudiantil universitarios. Conceptualización y estudio. *Salud Mental*. 2013; 36 (4): 337-345.
7. Juárez-García A, Idrovo ÁJ, Camacho-Ávila A, Placencia-Reyes O. Síndrome de Burnout en población mexicana: Una revisión sistemática. *Salud Mental*. 2014; 37 (2): 159-176.
8. Garrosa E, Carmona I. Salud laboral y bienestar. Incorporación de modelos positivos a la comprensión y prevención de los riesgos psicosociales del trabajo. *Med Segur Trab*. [Internet] 2011 [acceso 2018-22-02]; 57 (Suplemento 1):224-238. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57s1/actualizacion12.pdf>
9. Ortega Ruiz C, López Ríos F. El Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas1. *International Journal of Clinical and Health Psychology* [Internet]. 2004 [acceso 2018-23-02]; 4(1):137-160. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33740108>
10. Ruiz L, Sánchez M. Seminario. El Ejercicio Actual de la Medicina. Profesión y profesionalismo en medicina. [Internet]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2006. [Acceso 2017 28 01] Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2006/nov_01_ponencia.html
11. Curiel-García J, Rodríguez-Morán M, Guerrero-Romero F. Síndrome de agotamiento profesional en personal de atención a la salud. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2006; 44 (3): 221-226.
12. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Rev Esp Salud Pública*. 2009; 83 (2): 215-230.
13. Grau E, Álvarez R, Sánchez M. Seminario. El Ejercicio Actual de la Medicina. El síndrome de "Burnout": La despersonalización, el agotamiento emocional y la insatisfacción en el trabajo como problemas en el ejercicio de la medicina y el desarrollo profesional. [Internet]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2007. [Acceso 2017-28-01]. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2007/jun_01_ponencia.html
14. Moreno B, González L, Garrosa E. Desgaste profesional (Burnout), Personalidad y Salud percibida. Madrid: Pirámide; 2001, pp. 59-83.
15. Villareal E. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. *Revista Científica Salud Uninorte* [Internet]. 2007 [acceso 2017-30-10]; 23(1). Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4057/5714#>
16. Moreno B, Báez C. Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. [Internet]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2010 [acceso 2018-12-02] p.116-133. Disponible en: http://www.ridso.com/documentos/muro/207_1445032095_5621709f6380a.pdf
17. Meda R, Moreno B, Rodríguez A, Morante M, Ortiz G. Análisis factorial confirmatorio del MBI-HSS en una muestra de psicólogos mexicanos. *Psicología y Salud*. 2008; 18 (1): 107-116.

Retinopatía del prematuro: revisión de la literatura y serie de casos

Retinopathy of prematurity: review of the literature and series of cases

Norma Trejo García,* Ricardo Landa Reyes**

RESUMEN

La retinopatía del prematuro (ROP) es un grave problema de salud pública, siendo la primera causa de ceguera infantil. El principal factor de riesgo es la inmadurez vascular; es decir, niños prematuros, especialmente con menos de 1,500 g de peso al nacer y/o menores de 30 semanas de gestación. El diagnóstico y tratamiento oftalmológico en el momento adecuado mejoran el pronóstico visual.

Palabras clave: Retinopatía del prematuro, pretérmino, ceguera infantil, retinopatía, ROP.

ABSTRACT

Retinopathy of prematurity (ROP) is a serious public health problem, being the leading cause of childhood blindness. The main risk factor is vascular immaturity, that is, premature children, especially less than 1,500 g of birth weight and/or less than 30 weeks of gestation. Ophthalmological diagnosis and treatment at the right time improve visual prognosis.

Key words: Retinopathy of prematurity, premature, child blindness, retinopathy, ROP.

* Médico pasante del servicio social.

** Director de la Tercera Sala Médica.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Correspondencia:

NTG, norma.trega21@gmail.com

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no tienen.

Citar como: Trejo GN, Landa RR. *Retinopatía del prematuro: revisión de la literatura y serie de casos*. Rev CONAMED 2018; 23(2): 73-78.

Recibido: 31/01/2018.

Aceptado: 22/03/2018.

www.medigraphic.org.mx

INTRODUCCIÓN

La retinopatía del prematuro (ROP) es una enfermedad prevenible que aparece en las primeras semanas de vida, ocasionando ceguera irreversible en los niños pretérmino. Es un grave problema de salud pública, en México hay una sobrevida para los prematuros con menos de 1,500 g de peso mayor de 70% y se estima que se presentan de 600 a 2,000 nuevos casos de ROP, debiendo acumularse de 300 a 1,000 casos nuevos de niños ciegos. Cuanto menor es el peso y la edad gestacional, mayor es la incidencia. Es la primera causa de ceguera infantil y su incidencia es variable de un país a otro, influida por el nivel del cuidado perinatal.¹

Revisión de casos

Se llevó a cabo una revisión de Dictámenes Médicos Institucionales emitidos por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en los que se analizó la atención brindada a pacientes con ROP en un periodo de cuatro años (2007-2011); se identificaron seis niñas con esta patología y los factores de riesgo mencionados en la *tabla 1*.

Asimismo, se observó que únicamente cuatro de las niñas fueron valoradas por el servicio de oftalmología a las cuatro semanas de nacimiento, siendo sólo una de ellas la que recibió un seguimiento conforme a *lex artis*; en las otras tres no se continuó con el protocolo recomendado, lo que las llevó a presentar lesiones irreversibles, ocasionando ceguera. Lamentablemente, las pacientes que mostraron mayor cantidad de factores de riesgo, es decir, dos de las trillizas, no fueron valoradas en ningún

momento por oftalmología, a pesar de ser productos de embarazo múltiple, 30 semanas de gestación, peso menor de 1,500 g, oxígeno y transfusiones, siendo éstos de los principales factores de riesgo, como se mencionará más adelante.

Revisión de literatura

La vascularización normal de la retina inicia a las 16 semanas de gestación (SDG), posteriormente los vasos arteriosos y venosos comienzan a proliferar desde el nervio óptico hacia la periferia, logrando la vascularización de la zona nasal a los ocho meses de gestación (de 32 a 36 SDG) y la zona temporal hasta los nueve meses (40 SDG). Esta patología se debe al desarrollo anormal de los vasos sanguíneos de la retina, capa interna del ojo que convierte los rayos de luz en impulsos eléctricos que viajan a través del nervio óptico hacia el cerebro, donde se interpretan como imágenes, por lo que ante un niño prematuro (menor de 37 SDG) la vascularidad aún no se encuentra completa y será mayor la superficie de retina que queda por revascularizar, condicionando mecanismos patológicos compensatorios con formación de neovasos, proliferación fibrovascular y desprendimiento de retina que ocasionarán la pérdida visual.¹⁻⁴

La angiogénesis retinal se desarrolla en condiciones de hipoxia relativa, por lo tanto la hiperoxia (exceso de oxígeno) es tóxica para la retina, especialmente para los tejidos inmaduros que aún no desarrollaron sus defensas antioxidantes. La ROP se desarrolla en una situación de hiperoxia-hipoxia, provocando el aumento de los niveles de VEGF (factor de crecimiento endotelial vascular) intraocular;

Tabla 1. Principales factores de riesgo.

	Embarazo múltiple, multigesta	Semanas de gestación al nacimiento	Peso (g)	Oxígeno suplementario y ventilación mecánica	Sepsis neonatal	Transfusiones sanguíneas
Niña 1	Gesta 5	28	1,050	Sí	Sí	3
Niña 2	Gesta 2, trillizos	30	1,275	Sí	No	2
Niña 3	Gesta 2, trillizos	30	1,260	Sí	Sí	3
Niña 4	Gesta 2, gemelar	33	1,700	Sí	Sí	No
Niña 5	Gesta 2, gemelar	33	1,820	Sí	Sí	1
Niña 6	Gesta 2	35	2,205	Sí	No	1

el VEGF es una citoquina que induce la migración y proliferación de las células endoteliales, contribuyendo a la angiogénesis, siendo la clave para el proceso patológico de la neovascularización retinal. Así bien, la vascularización queda detenida con el parto y se forman derivaciones arteriovenosas en el límite de la zona vascular con la avascular, formando membranas fibrovasculares que por tracción conducen a un desprendimiento total o parcial de la retina.^{3,4}

Factores de riesgo

El factor principal es la inmadurez vascular (niños prematuros). Sin embargo, es de origen multifactorial, ya que existen otros factores que propician esta complicación como son: edad gestacional, embarazo múltiple, sepsis, hemorragia intracraneal, transfusiones, ventilación mecánica, apoyo cardiorrespiratorio y concentraciones altas de oxígeno, siendo este último el factor desencadenante más conocido.^{5,6}

Afecta especialmente a neonatos con menos de 1,500 g de peso al nacer y/o menores de 30 SDG, siendo el grupo de menos de 1,250 g el de mayor riesgo, lactantes con peso al nacimiento entre 1,500 y 2,000 g o > 30 SDG con curso clínico inestable, incluyendo los que requieren apoyo cardiorrespiratorio y los de alto riesgo, por lo que debe hacerse examen de retina con oftalmoscopia binocular indirecta (OBI) bajo dilatación pupilar con blefarostato y depresión escleral.

En México, la Secretaría de Salud y el Grupo ROP México indican realizar tamizaje a la siguiente población:

- Todos los recién nacidos pretérmino de ≤ 34 SDG y/o < 1,750 g de peso al nacimiento.
- Recién nacidos de > 34 SDG y con peso al nacimiento $\geq 1,750$ g que hayan recibido oxígeno suplementario.
- A criterio médico, los recién nacidos pretérmino con factores de riesgo asociados.

Diagnóstico

Sin prevención, diagnóstico oportuno ni tratamiento adecuado, la enfermedad presentará tres evoluciones posibles: remisión espontánea con carencia de signos

y síntomas; disminución de la agudeza visual por cicatrices retinianas; o ceguera o disminución grave de la visión ante un desprendimiento total o parcial de la retina.⁵⁻⁷ Cuanto más tiempo transcurra desde el diagnóstico hasta el tratamiento, el pronóstico será peor.⁵⁻⁷

El diagnóstico se realiza con oftalmoscopia binocular indirecta bajo dilatación pupilar y anestesia tópica a cargo del oftalmólogo y neonatólogo con experiencia; el primer examen debe hacerse a las cuatro semanas de edad en la unidad de neonatología donde se encuentre el recién nacido (RN).^{8,9} La frecuencia de los exámenes posteriores se determinará según el grado de patología. En los niños en quienes se detecte inmadurez retinal en un primer examen, debe realizarse un segundo examen dentro de las dos semanas siguientes para vigilar la evolución y corroborar el diagnóstico.⁵⁻⁷

Los controles de fondo del ojo podrán finalizarse cuando la enfermedad remita luego del tratamiento, sea necesario un retratamiento (láser, cirugía) o se confirme alguno de los siguientes hallazgos:

- Edad postmenstrual de 45 semanas y ausencia de enfermedad.
- Regresión de los neovasos de la línea de demarcación.
- Vascularización en zona III, si previamente no ha existido ROP y si la edad gestacional postmenstrual es superior a 36 semanas.
- Regresión de ROP con seguridad de no reactivación en al menos dos exámenes consecutivos.

Clasificación^{7,10}

Localización: el fondo del ojo se divide en tres zonas (Figura 1):

- Zona I: círculo con el centro en la papila, el radio es el doble de la distancia entre la papila y la mácula.
- Zona II: desde el borde de la zona I hasta el borde periférico del lado nasal y lado temporal.
- Zona III: zona restante en forma de medialuna, se ubica del lado temporal por fuera de la zona II.

Extensión: cantidad de retina afectada. Se especifica mediante huso horario según el observador.

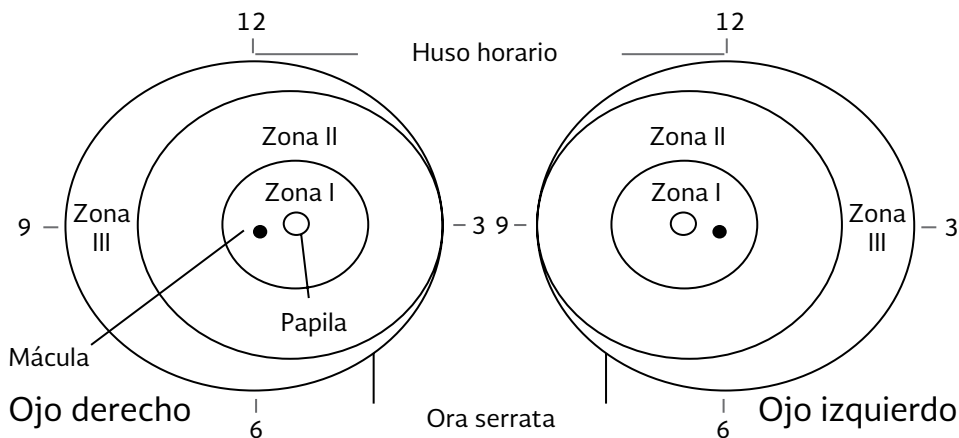


Figura 1.

Esquema de la retina de ambos ojos que muestra los límites de las zonas y las horas del reloj usadas para describir la localización y extensión de la retinopatía del prematuro.

Fuente: An international classification of retinopathy of prematurity. The Committee for the Classification of Retinopathy of Prematurity. Arch Ophthalmol. 1984; 102 (8): 1130-1134.

Estadios o grados^{7,10}

- Grado 0: vascularización incompleta sin signos de ROP.
- Grado 1: línea de demarcación blanca ubicada entre la retina vascular y la avascular.
- Grado 2: cordón blanco o rosado prominente que hace relieve sobre la retina.
- Grado 3: cordón con proliferación fibrovascular extrarretinal caracterizado por neovasos y tejido fibroso desde el cordón hacia la cavidad vítrea.
 - Leve: limitado monto de tejido neovascular por detrás del cordón (zona vascular).
 - Moderado: monto significativo de tejido fibrovascular confluyente, cubre el cordón.
 - Grave: infiltración masiva de tejido fibrovascular desde el cordón hacia la cavidad vítrea.
- Grado 4: desprendimiento parcial de retina.
 - 4A (extrafoveal): desprendimiento parcial y periférico, generalmente del lado temporal. Puede ser exudativo o traccional.
 - 4B (foveal): se extiende desde la papila hacia el lado temporal comprometiendo la fovea.
- Grado 5: desprendimiento total de retina.
- Enfermedad plus (+): dilatación y tortuosidad de los vasos posteriores de la retina, dilatación pupilar deficiente y turbidez vítrea. Es un indicador de progresión de la enfermedad en los estadios iniciales.

Los estadios 1 y 2 se curan habitualmente sin dejar secuelas. Las secuelas del estadio 3 dependerán de la localización; si la enfermedad se encuentra en la zona III y no compromete el polo posterior,

el pronóstico visual es bueno. En el estadio 4A los niños pueden conservar un remanente útil de visión; en el 4B, la visión remanente permite distinguir sólo bultos y en el 5 algunos pueden percibir la luz.

Tratamiento

El tratamiento actual es a partir de la segunda fase, siendo la criocoagulación de la retina avascular la primera opción de tratamiento; no obstante, la fotocoagulación con láser ha reemplazado a la crioterapia, aunque el principio terapéutico sigue siendo el mismo: al destruir la retina avascular se reduce el impulso de una mayor producción de VEGF; cuando se aplica correctamente, es bastante segura y evita que la mayoría de los bebés desarrollen desprendimiento de retina.¹¹⁻¹⁴

El uso de medicamentos inhibidores del VEGF ha mostrado resultados alentadores como monoterapia o coadyuvante a la fotocoagulación con láser. Dentro de los inhibidores del VEGF, el bevacizumab, cuyo mecanismo de acción se basa en la unión y en la consiguiente neutralización del VEGF, tiene una vida media en el vítreo de cuatro semanas, por lo que no es necesaria una nueva intervención con láser antes de este tiempo. Esta coadyuvancia destaca por ser una terapia menos destructiva, más específica según la patogénesis de la enfermedad, posible menor pérdida de campo visual y no necesita anestesia general o traslado del paciente. Sin embargo, la cuestión de la dosis es crucial, ya que el tratamiento anti-VEGF se filtra por la circulación sistémica para suprimir los niveles sistémicos de VEGF durante muchas

semanas, con posibilidad de suprimir el crecimiento normal del cerebro y otros órganos en RN prematuros frágiles.¹¹⁻¹⁴

Se realizó cirugía vitreorretinal en ojos en los que se aplicó tratamiento con láser o crioterapia y no se obtuvo el resultado deseado (regresión de la enfermedad) o evolucionó a desprendimiento de retina y en los ojos que, sin intervenciones previas, avanzaron a desprendimiento. Cuando la ROP ha evolucionado a estadio 4A, se recomienda el cerclaje escleral o vitrectomía; cuando la enfermedad ha evolucionado a estadio 4B, se aconseja efectuar vitrectomía, pero en el caso de un estadio 5 no se recomienda cirugía por los malos resultados anatómicos y visuales.¹¹⁻¹⁴

CONCLUSIONES

La retinopatía del prematuro es una entidad prevenible y frecuente en nuestro medio, con una etiología multifactorial, siendo la inmadurez, el oxígeno y el bajo peso los factores más constantes. Su incremento se debe a la mayor sobrevida de RN de bajo peso por los avances de las terapias neonatales. El diagnóstico y tratamiento oftalmológico en el momento adecuado mejoran el pronóstico visual, por lo que es fundamental llevar un seguimiento y detección oportuna con el fin de prevenir la ceguera infantil.

La importancia radica en que es una enfermedad prevenible, por lo que una mala atención en las primeras semanas de vida condicionará la pérdida de la visión de forma permanente, limitando en este sentido su calidad de vida.

A pesar de que existen normativas nacionales e internacionales para la detección oportuna, no se lleva a cabo un adecuado apego a ellas, toda vez que la incidencia de ceguera infantil por esta causa continúa siendo prevalente. Por tal motivo es necesario hacer énfasis en el seguimiento de la *lex artis ad hoc* e instrumentar programas de capacitación dirigidos a médicos generales, pediatras y neonatólogos con el fin de lograr una referencia a oftalmología en el momento pertinente.

Se debe propugnar por apego irrestricto a la normativa sanitaria del padecimiento, con especial énfasis en el seguimiento una vez detectada la

patología, ya que si únicamente se detecta, pero no se realizan las valoraciones posteriores, llevará al mismo desenlace.

En nuestra revisión de casos fue posible establecer que, a pesar de un tamizaje oportuno, no se llevó a cabo el seguimiento ni se dio continuidad a los menores en las semanas consecutivas correspondientes, lo que condicionó el mal pronóstico visual.

Asimismo, es importante referir tempranamente a los niños que cursan con secuelas (baja visión o ceguera) a los programas de rehabilitación visual, con el fin de mejorar su calidad de vida y facilitar su inserción social.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zepeda-Romero LC, Aguirre-Jáuregui OM, Angulo-Castellanos E, Gómez-Ruiz LM, Meza-Anguiano A, Quezada-Chalita A y cols. Prevalencia de prematuros en riesgo visual y de Retinopatía del Prematuro tipo uno, en el Hospital Civil de Guadalajara. *Rev Med Med*. 2013; 4 (2): 63-67.
2. Manzitti J, Galina L, Kadzielski C, Díaz L, Falbo J. Retinopatía del prematuro: Pasado, presente y futuro. *Medicina Infantil*. 2015; 22 (2): 135-139.
3. Curbelo-Quñones L, Durán-Menéndez R, Villegas-Cruz DM, Broche-Hernández A, Alfonso-Dávila A. Retinopatía del prematuro. *Revista Cubana de Pediatría*. 2015; 87 (1): 69-81.
4. American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus. AAOPOS. Retinopatía del Prematuro (ROP) [Internet]. [Acceso 2017-11-25]. Disponible en: <https://www.aapos.org/es/terms/conditions/94>
5. CENETEC. Guía Nacional de Práctica Clínica. Detección, Diagnóstico y Tratamiento de Retinopatía del Prematuro en el Segundo y Tercer Nivel de Atención [Internet]. México: Secretaría de Salud; 2 de julio de 2015. [Acceso 2017-25-11] Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/281_GPC_RetinopatxaPrematuro/GER_Retinopatxa_del_Prematuro.pdf
6. Flores-Nava G, Barrera-Vázquez CN, De la Fuente-Torres MA, Torres-Narváez P. Retinopatía del prematuro. Determinación de algunos factores de riesgo. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2009; 66 (5): 425-430.
7. Grupo ROP Argentina. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la retinopatía del prematuro (ROP) [internet]. Buenos Aires, Ministerio de Salud, 2016. [Acceso 2017-11-25]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000723cnt-guia-rop-2016.pdf>
8. CENETEC. Guía Nacional de Práctica Clínica. Manejo del Recién Nacido Prematuro Sano en la Sala de Prematuros [Internet]. México: Secretaría de Salud; 2010 [Acceso 2017-11-25]. Disponible en: <http://www.cenetec.salud>

- gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/362_GPC_ManejoRNprematuroensala/GER_NacidoSanoPrematuros.pdf
9. Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento. México: Diario Oficial de la Federación; 31-10-2001.
 10. International Committee for the Classification of Retinopathy of Prematurity. The International Classification of Retinopathy of Prematurity revisited. Arch Ophthalmol. 2005; 123 (7): 991-999.
 11. Liegl R, Hellström A, Smith LE. Retinopathy of prematurity: the need for prevention. Eye Brain. 2016; 8: 91-102.
 12. Bancalari AM, Schade R, Peña R, Pavez N. Tratamiento de la retinopatía del prematuro con bevacizumab intravítreo. Rev Chil Pediatr. 2013; 84 (3): 300-307.
 13. Mintz-Hittner HA, Geloneck MM. Review of effects of anti-VEGF treatment on refractive error. Eye Brain. 2016; 8: 135-140.
 14. Suelves AM, Shulman JP. Current screening and treatments in retinopathy of prematurity in the US. Eye Brain. 2016; 8: 37-43.

Responsabilidad profesional de enfermería: vigilancia del trabajo de parto que condicionó muerte fetal

Professional nursing responsibility: surveillance of labor that conditioned fetal death

Wendy Lorena Marín Niño,* Leticia De Anda Aguilar,**
María de los Ángeles López Valladares**

RESUMEN

Síntesis de la Queja. La paciente refirió que debido a una mala vigilancia en su trabajo de parto y a la falta de atención por parte del personal médico y de Enfermería, su hijo tuvo sufrimiento fetal lo que le condicionó su fallecimiento.

Palabras clave: Muerte fetal, enfermería, responsabilidad profesional.

ABSTRACT

Summary of the complaint. The patient reported that due to poor surveillance in her labor and the lack of attention from the medical and nursing staff, her son had fetal distress which conditioned her death.

Key words: Fetal death, nursing, professional responsibility.

* Programa de Servicio Social en Investigación CONAMED, México.

** Dirección General de Arbitraje. Comisión Nacional de Arbitraje Médico, México.

*** Correspondencia:**
WLMN, kingstarz@hotmail.com

Conflicto de intereses:
Los autores declaran que no tienen.

Citar como: Marín NWL, De Anda AL, López VMA. Responsabilidad profesional de enfermería: vigilancia del trabajo de parto que condicionó muerte fetal. Rev CONAMED 2018; 23(2): 79-87.

Abreviatura:
sic: palabra latina que puede traducirse como «así». Su empleo se vincula a la expresión *sic erat scriptum*, que quiere decir «así fue escrito»

Recibido: 21/07/2017.
Aceptado: 02/05/2018.

www.medigraphic.org.mx

RESUMEN CLÍNICO

Notas de atención materna

05 de abril de 2013. Resumen clínico de la atención brindada en unidad de medicina familiar:

Paciente femenino de 26 años de edad, quien acudió a un total de 10 consultas prenatales, siendo su primer consulta al momento de contar 9.2 semanas de gestación. En notas de atención prenatal se obtuvieron los siguientes datos de interés: paciente sin antecedentes personales patológicos y no patológicos, así como heredofamiliares de importancia; primera gesta, fecha de última menstruación: 30 de enero de 2013, fecha probable de parto: 06 de noviembre de 2013. Durante el desarrollo de su embarazo se mantuvo con signos vitales en parámetros normales, sin pérdidas transvaginales, sangrado, edema o datos de vasoespasmo; estado nutricional adecuado; estudios de laboratorios y ultrasonidos obstétricos sin alteraciones. Durante el control prenatal enfermería le brindó la orientación sobre datos de alarma obstétrica, métodos de planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual, actividad física, cuidado de pies, toma de tamiz neonatal, cuidados generales y prevención de muerte súbita en el recién nacido.

05 de noviembre de 2013, 09:32 horas. Unidad de medicina familiar. Médico adscrito:

Acude a revisión con embarazo de 39.6 semanas de gestación, refiriendo expulsión de tapón mucoso 12 horas antes y contracciones esporádicas. A la exploración física se encontró: altura de fondo uterino (AFU) a 33 cm del borde superior de sínfisis de pubis, producto único, vivo, cefálico, longitudinal, dorso derecho, frecuencia cardíaca fetal (FCF) de 141 latidos por minuto. Se indicó cita abierta a urgencias y control por médico familiar en 72 horas.

06 de noviembre de 2013, 15:30 horas. Urgencias de la unidad hospitalaria. Médico adscrito:

En nota médica se registró: paciente con dolor obstétrico de cuatro horas de evolución, escasa salida de material transvaginal líquido, transparente con presencia de disuria y polaquiuria de cuatro horas de evolución. AFU de 31 [sic] cm,

producto único vivo, cefálico, longitudinal, FCF de 142 latidos por minuto, cantidad adecuada de líquido amniótico (mediante rastreo por ultrasonido), cérvix posterior, con 30% de borramiento y 2 cm de dilatación, producto en primer plano de Hodge. Impresión diagnóstica: embarazo de 40 semanas de gestación (SDG) + trabajo de parto en fase latente. Se pasó a la sala de tococirugía para realizar estudio cardiotocográfico con revaloración al término.

06 de noviembre de 2013, 16:40 horas. Urgencias de unidad hospitalaria. Médico pasante de servicio social:

Nota de revaloración de prueba sin estrés reportó: FCF basal 130 latidos por minuto, variabilidad de 15 a 20 latidos por minuto, con presencia de siete ascensos (hasta 160 latidos por minuto), sin registro de descensos, movimientos fetales presentes, una contracción en 20 minutos de moderada intensidad. Se indicó cita abierta a urgencias y revaloración en 12 horas.

07 de noviembre de 2013, 01:00 horas. Urgencias de unidad hospitalaria. Médico pasante de servicio social:

Paciente acudió nuevamente por aumento de la contractilidad uterina. Se registró motilidad fetal normal, contracciones uterinas palpables (dos en dos minutos) [sic], producto único, vivo, presentación cefálica, situación longitudinal, FCF de 140 latidos por minuto, cérvix central con 4 cm de dilatación y 50% de borramiento, en segundo plano de Hodge, membranas íntegras. Impresión diagnóstica: trabajo de parto en fase activa. Se ingresó a tococirugía con las siguientes indicaciones: ayuno, solución Hartmann 500 cm³ para 30 min; solución glucosada al 5%, 1,000 cm³ + 5 UI de oxitocina a 12 gotas por minuto, sin medicamentos, cuidados generales de enfermería y signos vitales por turno.

07 de noviembre de 2013, 01:00 horas. Tococirugía. Hoja de registros de enfermería:

Tensión arterial 120/80 mmHg, frecuencia cardíaca 88 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 20 respiraciones por minuto, temperatura 36.5 °C. En su valoración describió: paciente consciente, orientada,

quejumbrosa, buena coloración, sin pérdidas transvaginales, movimientos fetales presentes. Ingres a primigesta con 1 [sic] cm de dilatación, se pasa a siguiente turno, con 8 [sic] cm dilatación con ruptura de membranas [sic], resto de nota ilegible [sic].

07 de noviembre de 2013, 01:00 horas. Tococirugía. Médico pasante de servicio social:

En hoja de vigilancia y atención del parto (partograma) se registró: 1-3 contracciones en 10 minutos, membranas íntegras, FCF de 140 latidos por minuto, intensidad ++, Rh: O +, producto en segundo plano de Hodge, 5 cm de dilatación. Impresión diagnóstica: embarazo 40 SDG + trabajo de parto en fase activa. Plan: conducción y atención del parto.

07 de noviembre de 2013. Tococirugía. Resumen de atención médica brindada por médico pasante de servicio social de las 01:15-04:45 horas:

Reportó signos vitales de la paciente en parámetros normales, FCF dentro de parámetros normales (valores normales 120-160 latidos por minuto); registró evolución de dilatación cervical de 4 a 7 cm, así como borramiento de 50 a 80%. Después de las 04:45 horas no obra registro alguno de frecuencia cardíaca fetal.

07 de noviembre de 2013, 06:45 horas. Tococirugía. Médico pasante de servicio social:

En partograma se registró amniorrexia, encontrando meconio +++, FCF de 144 latidos por minuto.

07 de noviembre de 2013, 07:00 horas. Tococirugía. Médico pasante de servicio social:

En nota médica reportó descenso de FCF hasta 87 latidos por minuto, se iniciaron maniobras de reanimación neonatal *in utero* [sic]. En registro cardiotocográfico se reportó FCF basal de 100 latidos por minuto, tres contracciones en 10 min. A la exploración física a nivel cervical, 8 cm de dilatación y 90% de borramiento, producto en segundo plano de Hodge, se solicitó interconsulta a cirugía general [sic].

07 de noviembre de 2013, 07:10 horas. Tococirugía. Cirugía general:

Se reportó no contar con médico ginecólogo de guardia. En nota de valoración se indicó cesárea de

urgencia tipo Kerr con diagnóstico preoperatorio: embarazo de 38 SDG + líquido meconial + pérdida del bienestar fetal, bajo reserva fetal/bradicardia.

07 de noviembre de 2013, 07:10 horas. Tococirugía. Registro de enfermería:

En hoja quirúrgica, sin hora, se registró extracción de producto único, hipotónico, se pinzó y cortó cordón umbilical, se entregó a pediatra para RCP (reanimación cardiopulmonar), se extrajo manualmente la placenta, se procedió a realizar legrado uterino [sic] e histerorrafia en dos planos, se corroboró hemostasia, conteo de gases e instrumental completo, se procedió a cerrar planos hasta piel. Se colocó apósito, pasando al servicio de recuperación bajo efectos anestésicos. Se encontró registro de medición de signos vitales cada 15 minutos en cifras normales.

07 de noviembre de 2013, 08:30 horas, Tococirugía. Cirugía general:

En nota postquirúrgica se refirió en síntesis: paciente bajo bloqueo subaracnoideo, previa asepsia y antisepsia de región abdominal y genital, instalación de sonda Foley y colocación de campos estériles; se realizó incisión en piel, diéresis por planos hasta llegar a cavidad, se efectuó histerectomía [sic], extrayendo producto hipotónico. Diagnóstico postquirúrgico: embarazo de 38 semanas de gestación/puerperio quirúrgico. Se estableció como hallazgo producto único, masculino, que nació sin frecuencia cardíaca, ni ventilación espontánea, con peso de 3,900 gramos, talla 50 centímetros, Apgar de 0, placenta con calcificaciones grado IV, pequeña.

Resumen de evolución clínica del 07 al 09 de noviembre de 2013

Posterior evento quirúrgico, la paciente se reportó estable, con evolución satisfactoria, sin datos de complicación postquirúrgica inmediata, por lo que pasó a piso para continuar observación y vigilancia. Su evolución durante el 08 y 09 de noviembre fue reportada como buena, con signos vitales normales, con tolerancia a la vía oral y emunitarios al corriente; a la exploración física cabeza y cuello sin alteraciones, cardiopulmonar normal, abdomen con

herida quirúrgica, bordes afrontados, limpia; útero contraído, involucionando, extremidades con pulsos normales.

10 de noviembre de 2013. 11:00 horas. Nota de evolución y egreso. Médico ginecólogo:

Se refirió paciente con evolución satisfactoria, asintomática, tolerando vía oral, deambulando, loquios normales, sin datos de vasoespasmos, cifras tensionales dentro de parámetros normales, evacuaciones y micciones presentes. A la exploración física, se reportó paciente consciente, orientada, tranquila, bien hidratada, con buena coloración de tegumentos, cardiorrespiratorio sin compromiso, herida quirúrgica con bordes afrontados, limpia; útero contraído, involucionando, extremidades con pulsos normales, llenado capilar distal normal. Se decide alta del hospital con las siguientes indicaciones: paracetamol una tableta cada seis horas en caso de dolor, ampicilina una tableta cada seis horas durante cinco días, amikacina 500 mg una ampolla intramuscular cada 24 horas durante cinco días, bromocriptina una tableta cada ocho horas, baño diario, dieta normal, signos de alarma obstétrica (visión borrosa, zumbido de oídos, dolor de cabeza, fiebre, sangrado transvaginal fétido) con cita abierta a urgencias en caso de presencia de cualquier síntoma, cita en consulta externa en clínica en una semana para retiro de puntos.

Nota de atención del recién nacido

07 de noviembre de 2013, sin hora. Historia clínica de recién nacido. Médico pediatra:

Hora de nacimiento: 07:38 horas, producto único, masculino, obtenido vía cesárea por sufrimiento fetal agudo más líquido meconial +++ más bradicardia fetal. Ruptura de membranas dos horas previas al nacimiento [sic], cordón umbilical normal, color verde; placenta calcificada. Apgar 0/0, peso 3,900 g, talla 51 cm. Se recibió sin esfuerzo respiratorio y con ausencia de frecuencia cardíaca, se realizó intubación orotraqueal y se hicieron maniobras de reanimación sin respuesta, se administraron dos dosis de adrenalina, sin lograr frecuencia cardíaca, declarando fecha y hora de muerte, el 07 de noviembre de 2013 a las 08:05 horas. Diagnósticos de defunción: sufrimiento

fetal agudo, síndrome de aspiración de meconio, probable cardiopatía congénita [sic].

Análisis de caso

Para la resolución de la controversia planteada, se recurrió a los términos previstos en el artículo 51 de la Ley General de Salud: «los usuarios tienen derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares».¹

En relación con la atención prenatal se estimaron las siguientes consideraciones:

El embarazo es una secuencia de eventos que comienza con la fecundación y finaliza idealmente con el nacimiento alrededor de 38 o 40 semanas después de la última menstruación.² Como proceso reproductivo natural produce numerosos cambios en la fisiología de la mujer, exigiendo un esfuerzo adicional a todos los sistemas de su cuerpo, con la posibilidad de que surjan complicaciones y/o peligros que afecten la salud de la madre y el feto, por lo que se recomienda control prenatal por personal capacitado al respecto.

En el presente caso, de acuerdo con notas del control prenatal, la paciente cursó con un embarazo de bajo riesgo, considerando los siguientes criterios referidos en la literatura:

Se califica como embarazo de bajo riesgo si la embarazada es sana y no presenta alguno de los siguientes factores de riesgo: edad menor de 15 años o mayor de 40 años, obesidad, factor sanguíneo Rh negativo, enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, cardiopatía, nefropatía, etc.), parto, aborto o cirugía uterina en los 18 meses previos, tres o más partos, dos o más abortos, dos o más cesáreas, enfermedades o complicaciones desarrolladas en el embarazo actual: hipertensión gestacional, preeclampsia, diabetes gestacional, sangrado, líquido amniótico escaso o excesivo, infecciones, alergias, cirugías durante el embarazo, etc., pero también deben considerarse factores tales como los socioculturales (ej. no hablar el idioma o dialecto de los prestadores de servicios de salud), económicos (ej. escasos ingresos), ambientales (ej. tener contacto con fauna nociva), entre otros.³

Atendiendo a la literatura y normatividad especializada, las actividades para la vigilancia del embarazo comienzan con las consultas prenatales, definidas como acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna perinatal.⁴

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, vigente en el momento de los hechos, refiere que la embarazada de bajo riesgo debe recibir como mínimo cinco consultas prenatales, en las que deben incluirse actividades como elaboración de historia clínica, identificación de signos y síntomas de alarma, medición y registro de peso, talla y presión arterial, valoración del riesgo obstétrico, valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto, determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL, determinación del grupo sanguíneo ABO y Rho, examen general de orina, detección del virus de la inmunodeficiencia humana VIH, prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico, prescripción de medicamentos (sólo con indicación médica), aplicación de toxoide tetánico, orientación nutricional, promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar, integrar a la familia al control de la embarazada, incentivo de la lactancia materna exclusiva, promoción y orientación sobre planificación familiar, medidas de autocuidado de la salud y establecimiento del diagnóstico integral.⁵

Enfermería, por ser uno de los profesionales de salud que tiene mayor contacto con la paciente, tiene la responsabilidad de crear un ambiente de confianza, brindar una atención de calidad y calidez, resolver inquietudes, lograr un alto nivel de satisfacción de la gestante y asegurar el cumplimiento de los indicadores de calidad; para ello debe aprovechar todas las visitas a la consulta y facilitar información de interés durante el periodo prenatal.^{6,7}

En el presente caso, como se mencionó, la paciente acudió a 10 consultas prenatales, en las cuales no se identificaron factores de riesgo que influyeran en el desarrollo normal del embarazo o trabajo de parto. No se apreció mala práctica en la vigilancia realizada en el control prenatal, ya que cumplió con

lo establecido en la literatura. Enfermería evidenció cumplimiento de sus funciones en el control prenatal, puesto que realizó anotaciones al pie de las hojas de valoración del médico tratante, en las que se refirió brindar orientación sobre temas pertinentes al embarazo.

Respecto a la atención y vigilancia del parto, se estiman las siguientes precisiones: el trabajo de parto se ha definido de diversas maneras; una definición clásica de tipo obstétrico establece que es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que tienen como finalidad la expulsión del producto de la concepción (feto) y sus anexos (placenta y membranas);⁸ otro ejemplo de definición obstétrica establece que es el proceso fisiológico que pone fin al embarazo, con la salida del producto desde el útero a través del canal del parto, de un feto (vivo o muerto) seguido de sus anexos.⁹

El trabajo de parto se divide en tres periodos:⁸

- Primer periodo (dilatación y borramiento): es el intervalo entre la aparición de las contracciones y la dilatación completa del cuello uterino (10 cm); el periodo de dilatación a su vez se divide en dos fases: 1) la fase latente, que comprende el borramiento y la dilatación inicial del cuello del útero hasta antes de 3 cm; y 2) la fase activa, durante la cual se produce una dilatación más rápida del cuello del útero que suele iniciarse aproximadamente a partir de 4 cm de dilatación.
- Segundo periodo (expulsión del feto): abarca desde la dilatación completa del cuello del útero hasta la expulsión del recién nacido.
- Tercer periodo (alumbramiento): periodo comprendido desde el pinzamiento y corte de cordón umbilical del recién nacido hasta la expulsión de la placenta y membranas; tiene una duración promedio de 30 minutos.

La escuela anglosajona establece un cuarto periodo de trabajo de parto, y éste abarca aproximadamente las dos horas siguientes a la expulsión de la placenta, durante las cuales la paciente experimenta adaptaciones fisiológicas significativas.

La finalidad de la vigilancia durante el trabajo de parto es evitar o tratar oportunamente problemas o accidentes que se pudieran presentar durante el trabajo de parto; por ello, debe ser atendido por personal capacitado.

Dentro de las intervenciones interdependientes de enfermería, entendiendo éstas como las actividades que se llevan a cabo junto con otros miembros del equipo de salud (también llamadas multidisciplinarias, puesto que implican la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas, médicos, entre otros) se encuentra particularmente la vigilancia del trabajo de parto, ya que, en ésta, enfermería interactúa de forma estrecha con médicos (obstetras y pediatras/neonatólogos).¹⁰

En relación con el trabajo de parto del caso presentado, cabe señalar que la paciente acudió a valoración el 5 y 6 de noviembre de 2013, sin presentar en esas revisiones criterios para internamiento hospitalario.

El 07 de noviembre se decidió su ingreso a cirugía por presentar fase activa de trabajo de parto, se inició protocolo para la vigilancia del mismo. Enfermería, que es responsable, junto con el médico, del registro de signos vitales, sólo tomó en una ocasión los mismos, los cuales estaban normales, siendo importante señalar que no se cumplió con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, vigente en el momento de los hechos, que establece que el registro e interpretación de los signos vitales deben medirse cada dos horas, de acuerdo con las condiciones clínicas de la paciente, por lo cual se aprecia el incumplimiento a dicha normatividad, ya que no se mantuvo una vigilancia constante de la paciente.

Esta actividad puede considerarse como una intervención de enfermería independiente, definida como la actividad que ejecuta el personal de enfermería, dirigida a la atención de las respuestas humanas, pues son acciones para las cuales está legalmente autorizada a realizar, de acuerdo con su formación académica y experiencia profesional. Son actividades que no requieren prescripción previa por otros profesionales de la salud.¹⁰

Enfermería en tococirugía, posterior al ingreso de la paciente, registró en su nota, sin hora

de valoración: *primigesta con 1 cm de dilatación, se pasa a siguiente turno, 8 cm de dilatación con ruptura de membranas*. En relación con esta nota, es de señalar que la misma fue muy escueta, además incongruente y falta de claridad, por lo que no aportó elementos probatorios para acreditar el cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012,¹⁶ del expediente clínico, en la cual se menciona que la hoja de enfermería debe contener los procedimientos y observaciones realizados por el profesional. Entonces, no se tuvo por cierto que la atención brindada se ajustara a lo descrito en la normatividad.

De acuerdo con notas médicas, la vigilancia del trabajo de parto inició a la 01:15 horas, aparentemente con monitoreo electrónico continuo y registro documental de frecuencia cardíaca cada 15 minutos; sin embargo, a partir de las 4:45 a las 06:45 horas no existe evidencia de que se haya continuado con el registro documental de dicha vigilancia del trabajo de parto por parte del personal médico, sin que obre evidencia en registro de enfermería de que se haya efectuado valoración médica alguna en este periodo. Cabe mencionar que, de acuerdo con notas médicas en el momento de los hechos, el hospital no contaba con personal médico de la especialidad en ginecología y obstetricia y que la vigilancia siempre estuvo a cargo del médico pasante y enfermería.

Al respecto, la literatura médica y la normatividad señalan que el personal de salud a cargo de un trabajo de parto debe tener el nivel de competencia requerida para solucionar eficazmente los problemas tanto de la madre como del recién nacido. Si bien dentro de las competencias de los médicos pasantes y personal de enfermería se encuentra la atención del trabajo de parto, en estricto sentido, los primeros son considerados personal médico en formación, por lo que no es atribuible la responsabilidad absoluta y única de la atención de pacientes en trabajo de parto; en relación con los segundos, su capacitación es en torno a la asistencia del personal médico y no como responsable directo; entonces, debe atribuirse la mala práctica a las autoridades institucionales por no contar con personal suficiente e idóneo en el hospital, como lo establece la Ley General de Salud.

Respecto a la causa del fallecimiento del recién nacido se establecen las siguientes apreciaciones:

El sufrimiento fetal agudo (SFA) es una perturbación metabólica debida a la disminución de los intercambios fetales y maternos que ocasiona una alteración del medio interno fetal (hipoxia, hipercapnia, hipoglucemia y acidosis) y da lugar a signos que pueden ser apreciados antes del nacimiento por clínica (alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal, presencia de meconio en el líquido amniótico, alteraciones en el pH del cuero cabelludo), así como por cardiotocografía (estudio en el cual se grafica frecuencia cardíaca fetal, contractilidad uterina y movimientos fetales, trazos no reactivos, silentes, sinusoidales, saltatorios, entre otros).

La alteraciones metabólicas y del equilibrio ácido base interfieren con el funcionamiento celular normal y conducen a daños en los tejidos que pueden ser irreversibles y llevar a la muerte fetal,¹¹ generalmente se establecen durante el trabajo de parto y se relacionan con mucha frecuencia con problemas o accidentes propios del trabajo de parto.

La detección del SFA puede realizarse a través del registro de la frecuencia cardíaca fetal, la cual debe estar entre 120 y 160 latidos por minuto, y de la monitorización de las contracciones uterinas, que sirven como punto de referencia útil para analizar la respuesta de la frecuencia cardíaca fetal, debido a su naturaleza repetitiva y estresante, ya que las mismas reducen el intercambio de dióxido de carbono y oxígeno entre los compartimentos fetal y materno y comprimen físicamente la cabeza del feto y/o el cordón umbilical entre la presentación y la pelvis materna. Un feto en buen estado puede tolerar el estrés respiratorio de tres o cuatro contracciones en intervalos de 10 min; sin embargo, un feto con compromiso o sufrimiento agudo presenta alteraciones de la frecuencia cardíaca manifestadas por bradicardia, taquicardia, arritmias o falta de variabilidad de la frecuencia cardíaca de la línea de base, las cuales pueden advertirse en el registro cardiotocográfico como previamente se comentó.^{12,13}

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, vigente en el momento de los hechos del presente caso, al

respecto señala en su numeral 5.4.2.1 que debe efectuarse «la verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardíaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos».

En el presente caso, como ya se señaló por espacio de dos horas, de 04:45 a 06:45 horas, no obra registro médico alguno de la frecuencia cardíaca fetal, ni de las contracciones uterinas en partograma, desconociendo el motivo de esta falta de monitorización por parte del personal médico; sin embargo, enfermería, dentro de sus intervenciones interdependientes e independientes, debió colaborar en dicha vigilancia, ya que, de acuerdo con su hoja de registro, glosó lo siguiente: *a las 05:00 horas feto comienza con bradicardia en ocasiones*; sin embargo, no existe evidencia que documente que ante tales alteraciones dicho personal reportara las mismas al personal médico y que con ello no se haya realizado intervención alguna, lo que advierte una deficiente comunicación entre el equipo de salud.

Ante toda sospecha de sufrimiento fetal agudo es necesario descartar aquellos procesos que pueden condicionarlo y que, al ser eliminados, permitan la recuperación del estado fetal. En esos términos, si bien enfermería detectó alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal una hora antes de que el médico pasante diagnosticara sufrimiento fetal y ante la ausencia de personal médico, dadas sus capacidades y habilidades, pudo comenzar con las medidas preventivas que señala la literatura de enfermería en obstetricia, tales como: continuar con la medición de la frecuencia cardíaca fetal; en caso de persistir con alteraciones en la misma, suspender la solución con oxitocina hasta que el médico descarte SFA, ya que el uso de ésta puede conducir a la hiperestimulación del útero y éste a su vez, a insuficiencia útero-placentaria, perjudicando la oxigenación fetal y con ello desencadenar acidosis metabólica y depresión fetal; colocar a la paciente en posición de decúbito lateral izquierdo para disminuir la compresión del cordón umbilical, suministrar oxígeno con puntas nasales para producir un aumento de la presión parcial de oxígeno en los tejidos fetales y notificar inmediatamente al personal médico.¹²⁻¹⁴

Cabe mencionar que la evaluación de las respuestas depende del estado general de la parturienta

y de la adecuada prioridad de las habilidades en la atención de enfermería. Sin embargo, como ya se comentó, en el expediente no se aprecia evidencia documental que indique que el personal de enfermería haya realizado actividades al respecto, lo que influyó en la progresión del sufrimiento fetal.

A las 06:45 horas, se realizó amniorrexia por parte del médico pasante, encontrando meconio +++, se registró FCF de 144 latidos por minuto, sin otra alteración evidente. A las 07:00 horas se presentó descenso de FCF de hasta 87 latidos por minuto, por lo que se consultó a servicio de cirugía general (ya que aún no se contaba con personal de ginecología y obstetricia), el cual decidió cesárea de urgencia por sufrimiento fetal.

En el caso que se presenta, el cirujano general que identificó el sufrimiento fetal procedió a interrumpir el embarazo mediante operación cesárea, de la cual no se observan irregularidades al respecto, pues ante la urgencia de atención de la paciente, estaba indicada la interrupción del embarazo vía abdominal.¹⁵

En relación con la atención brindada por parte del personal de enfermería que asistió la cesárea, se aprecian irregularidades en la hoja quirúrgica, ya que no cumple con lo referido en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012¹⁶ del expediente clínico. En la valoración preoperatoria no existe registro de los signos vitales, medicamentos preoperatorios, procedimientos realizados y observaciones en el estado de salud de la paciente y del feto.

CONCLUSIONES

- El personal de enfermería que atendió el trabajo de parto no tomó en cuenta sus intervenciones independientes, interdependientes y dependientes, por lo que incumplió con lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013 para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
- La documentación integrada en el expediente clínico sobre el cuidado de la paciente no cumple con los criterios referidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012¹⁶ del expediente clínico.
- El personal médico y de enfermería a cargo de la vigilancia del trabajo de parto no continuó con la

monitorización de la paciente y del feto a partir de las 04:45 horas, por lo que incumplieron con lo referido en la literatura especializada.

- Las autoridades institucionales del hospital demandado incurrieron en mala práctica por no contar con personal suficiente e idóneo en la atención y vigilancia del trabajo de parto. Sin embargo, debido a los conocimientos, habilidades y competencias del personal médico (médico pasante en medicina) y de enfermería, estos pudieron buscar alternativas para brindar una atención adecuada y oportuna a la paciente, tales como referir a la paciente a otro hospital con especialidad en ginecología y obstetricia.

Recomendaciones

- El actuar de enfermería debe estar basado en evidencia científica y de acuerdo con la normatividad vigente, por lo cual debe actualizar sus conocimientos continuamente y buscar mayor participación en la atención del embarazo, parto y puerperio.
- En el presente caso no se consultaron las Guías de Práctica Clínica sobre intervenciones de enfermería por no encontrarse vigentes en el año de los hechos ocurridos; sin embargo, en la actualidad, los profesionales de enfermería cuentan con el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Médica del Centro Nacional de Excelencia en Tecnología en Salud de la Secretaría de Salud (www.cenetec.gob.mx), el cual al momento de la elaboración del presente artículo cuenta con 74 guías de práctica médica en el área de enfermería, mismas que pueden ser consultadas para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.
- Las hojas de enfermería son un documento legal, por lo cual deben realizarse de acuerdo con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012¹⁶ del expediente clínico. Deben documentar cualquier eventualidad que se presente con respecto a la atención del paciente, anotar la hora en que se realiza cada intervención, valoración o diagnóstico de enfermería, además debe ser escrita con letra legible y evitando abreviaturas.

- La comunicación efectiva es parte fundamental para mejorar la calidad de la atención médica y en especial la seguridad del paciente, su cumplimiento demuestra el trabajo en equipo, el alto sentido de profesionalismo del personal de salud involucrado y el liderazgo de las autoridades. Un adecuado flujo de información permite reportar oportunamente acontecimientos adversos y problemas de seguridad relacionados con el paciente, fijando prioridades en la atención del mismo.
- La valoración de enfermería debe ser constante y de acuerdo con las respuestas humanas de cada individuo, ya que son las que guiarán las intervenciones que realizará el profesional y de ellas depende el bienestar del paciente y el actuar oportuno ante cualquier complicación que se presente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Secretaría de Salud. Ley General de Salud. Última Reforma DOF 08-12-2017. [Internet] México: Diario Oficial de la Federación; 2017 [Acceso 2016-01-07] Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_081217.pdf
2. Tortora JG, Derrickson B. Principios de anatomía y fisiología. 11 ed. México: Panamericana; 2009. p. 1181-1207.
3. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Recomendaciones a la mujer embarazada para mejorar la comunicación con el personal de salud durante el embarazo, parto y cuarentena. [Internet]. México: CONAMED; 2012 [Acceso 2017-04-03]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/dipticorecom_mujerembarazada.pdf
4. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Guía de Práctica Clínica. Control prenatal con enfoque de riesgo. Evidencias y Recomendaciones. [Internet] México: Secretaría de Salud; 2009. [Acceso 2017-03-03]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/028_GPC_PrenatalRiesgo/IMSS_028_08_EyR.pdf
5. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Diario Oficial de la Federación; 1994-10-31.
6. Ángeles-Ávila G, Rojas-Carbajal F, Maciel-Vilchis AC. Percepción de la embarazada sobre la atención brindada en el control prenatal. Revista Horizontes en Salud UAEM [Internet]. 2013 [Acceso 2017-04-04];5(2):9-18. Disponible en: http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol5/1_PERCEPCION.pdf
7. Secretaría Distrital de Salud, Bogotá. Guía de Cuidado de Enfermería en Control Prenatal. Enfermería basada en la evidencia (EBE) [Internet]. Bogotá: ©Secretaría Distrital de Salud; 2010 [acceso 2017-04-05]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Guas%20de%20cuidado%20de%20enfermera/Guia%20prenatal.pdf>
8. Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, A.C. Programa de Actualización Continua para Ginecología y Obstetricia Libro 3. México: Intersistemas, S.A. de C.V.; 2008.
9. Cunningham G, MacDonald P, Gant N. Williams de Obstetricia. 20a ed. Argentina: Editorial Médica Panamericana; 1999. pp. 241-293.
10. Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. México: Diario Oficial de la Federación; 2013-07-18.
11. Socarrás IN. Enfermería Ginecobstétrica. [Internet]. Cuba: Biblioteca Virtual de Salud; 2009. [Acceso 2017-04-06]. Disponible en: <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-0enfermeria--00-0--0-10-0--0-0---0prompt-10---4-----sti-4-0-1l--11-es-50-0-020-about-n1cido-es-00-0-1-00-2-0-11-10-0-0-00-0-0-11-1-OutfZz-8-00&a=d&c=enfermeria&cl=CL1&d=HASH01963050eb861d574931320d.10.7>
12. Dubón-Peniche MC, Romero-Vilchis ME. Trabajo de parto, sufrimiento fetal. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM [Internet]. 2012 [Acceso 2017-04-13];55(6):36-42. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2012/un126g.pdf>
13. Castelazo-Ayala L. Sufrimiento fetal. Causas. Conducta a seguir. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2009 [Acceso 2017-04-17];77(1):114-120. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2009/gom092h.pdf>
14. Organización Panamericana de la Salud. Manejo de complicaciones del embarazo y el parto: Guía para obstetras y médicos. [Internet]. 2002 [Acceso 2017-04-16]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/WHO_RHR_00.7_spa.pdf?ua=1
15. Secretaría de Salud. Cesárea Segura. Lineamiento Técnico [Internet]. 2002 [Acceso 2017-04-20]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf>
16. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. México: Diario Oficial de la Federación; 2012-10-15.

www.medigraphic.org.mx

Carta de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres

Declaration of sexual and reproductive women's rights

Lizbeth Ahelyn Hurtado-Carrillo*

RESUMEN

* Consultora
independiente en
Opinión Pública.

Correspondencia:
LAHC, ahelyn_hc@
hotmail.com

Conflicto de intereses:
La autora declara
que no tiene.

Citar como: Hurtado-
Carrillo LA. *Carta
de derechos sexuales
y reproductivos de las
mujeres*. Rev CONAMED
2018; 23(2): 88-93.

Recibido: 11/06/2017.
Aceptado: 07/05/2018.

En las últimas dos décadas nos hemos enfrentado a la emergencia de una necesidad antes invisible, es decir la calidad en la atención a las usuarias de los servicios de salud tanto públicos como privados. Lo anterior debido a su situación de vulnerabilidad psicológica y física, en especial, en materia de ginecología y obstetricia. Por lo tanto, es sumamente importante conocer y reconocer cuáles son los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres sobre los cuales todo sistema de salud, en cualquier lugar del mundo, debería operar para brindar una atención de calidad a sus usuarias. El presente texto es una revisión de los diversos pronunciamientos institucionales a nivel internacional en materia de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, cuya finalidad última es proveer un esquema de acción gubernamental para determinar si los actuales sistemas de salud cumplen con dichos estándares en materia de derechos humanos.

Palabras clave: Mujeres, salud, sexualidad, reproducción, derechos humanos.

ABSTRACT

In the last two decades we have faced the emergence of a formerly invisible need, and this is the quality of care to users of health services both public and private, the above due to their situation of vulnerability, psychological and physical, especially in the field of obstetrics and gynecology. Therefore, it is extremely important to know and recognize what are sexual and reproductive women's rights on which any health system, anywhere in the world, should operate to provide quality care to their users. The present text is the review of different institutional declarations at the international level in the field of women's reproductive and sexual rights, whose purpose is to provide a scheme of government action to determine if current health care systems meet these standards in human rights.

Key words: Women, health, sexuality, reproduction, Human Rights.

www.medigraphic.org.mx

INTRODUCCIÓN

Considerando que a nivel mundial existen diversos factores que pueden llegar a comprometer la salud de las mujeres, mismos que están sujetos a las condiciones de desarrollo de un país y a las condiciones socioeconómicas de una persona, la presente investigación se basa en los actuales avances sobre lo que se ha obtenido en materia de derechos sexuales y reproductivos, cuyo propósito último es ofrecer diferentes alternativas y múltiples ópticas en torno a este problema. En ese sentido, el objetivo final de esta investigación es generar los principios rectores sobre los que todo sistema de salud debería operar en cuanto a derechos sexuales y reproductivos se refiere.

Varias organizaciones internacionales como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS, por sus siglas en inglés) y la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) han dado a conocer diferentes postulados ideales sobre las perspectivas que un país debería adoptar en torno a la salud sexual y reproductiva. En virtud de ello, en esta carta pueden observarse las diferentes líneas de investigación que cada institución ha seguido y se intentará destacar las convergencias y divergencias de los diferentes postulados expuestos.

Derechos humanos y salud sexual

La Asociación Mundial para la Salud Sexual

La *World Association for Sexual Health* (WAS) fue creada en 1978 para apoyar la salud sexual; desde entonces, su principal objetivo ha sido: «fomentar la salud sexual a lo largo de la vida humana, expandiéndola alrededor del mundo a través del desarrollo, la promoción y el apoyo de la sexología y los derechos sexuales para todos».¹

La WAS creó en 1997 la primera declaración de los derechos sexuales durante el XIII Congreso Mundial de Sexología en Valencia, España, misma que consistía en 11 derechos necesarios para gozar de una salud sexual plena, los cuales se detallan a continuación:²

- Derecho a la libertad sexual.
- Derecho a la autonomía sexual, integridad sexual y seguridad del cuerpo sexual.
- Derecho a la privacidad sexual.
- Derecho a la equidad sexual.
- Derecho al placer sexual.
- Derecho a la expresión sexual emocional.
- Derecho a la libre asociación sexual.
- Derecho a opciones reproductivas, libres y responsables.
- Derecho a la información basada en el conocimiento científico.
- Derecho a la educación sexual comprensiva.
- Derecho al cuidado de la salud sexual.

Posteriormente en el año 2014, el consejo consultivo de la WAS realizó una revisión de tales derechos sexuales ampliándolos de 11 a 16, abarcando otras áreas, en específico las libertades civiles y políticas mínimas para, en primer lugar, construir una ciudadanía y en segundo lugar, generar un clima ciudadano propicio que asegure la salud sexual.

Derechos humanos y desarrollo sostenible

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

En el año de 1994, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo que tuvo lugar en El Cairo fue un parteaguas en cuanto a las políticas demográficas llevadas a cabo por diversos países. La intención de esta conferencia fue promover «una nueva estrategia para abordar las cuestiones de población, en la que se destacan los numerosos vínculos entre la población y el desarrollo y se hace hincapié en satisfacer las necesidades de las mujeres y los hombres en forma individual, en lugar de proponer metas demográficas».³

En esta reunión participaron 179 Estados y el documento resultante llamado «Informe de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo» pactó un programa de acción a 20 años (es decir, debió operar plenamente a partir de 2015) con base en el desarrollo sostenible y extensivo a la población mundial. De manera resumida, tenemos que los objetivos de la conferencia fueron los

siguientes: «el crecimiento económico en el marco del desarrollo sostenible; la educación, sobre todo de las niñas; la igualdad entre los sexos; la reducción de la mortalidad neonatal, infantil y materna; y el acceso universal a servicios de salud reproductiva, en particular de planificación familiar y de salud sexual»³ (ONU, 1994: 8).

En ese sentido, el «Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo» incorporó diversos ejes rectores cuya principal finalidad es mejorar las condiciones de vida de la mujer, lo anterior con base en la «Carta de Colaboración de las Naciones Unidas» y la «Declaración Universal de Derechos Humanos».

Derechos humanos y violencia contra la mujer

El alcance de la «Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer»

La Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) surgió en 1928 con la misión de asegurar el reconocimiento de los derechos de las mujeres; actualmente es parte de la Organización de los Estados Americanos (OEA) «y se ha convertido en el principal foro de debate y de formulación de políticas sobre los derechos de las mujeres y la igualdad de género en las Américas».⁴ Hacia 1990, la CIM realizó un diagnóstico regional acerca de la situación de la mujer, misma que hizo visible el predominio de diversas formas de violencia contra la mujer.

A partir de este diagnóstico previo se realizaron foros de discusión en los países miembros de la OEA, lo cual condujo a que en junio de 1994 se estableciera la «Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer», mejor conocida como la «Convención Belém do Pará». Dicha convención estableció, por primera vez, el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia; todo esto mediante un sistema de obligaciones para los Estados como garantes del respeto hacia los derechos humanos de la mujer. Cabe mencionar que la convención ha sido ratificada por 32 de los 35 Estados parte de la OEA con excepción de Cuba, Canadá y Estados Unidos.

En términos de contenido, la convención estableció «por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que le cause la muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como en el privado».⁵

Desde esta perspectiva, la «Convención Belém do Pará» intenta proteger los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales a través de programas educativos; crear los mecanismos judiciales y administrativos para sancionar la violencia contra la mujer; recopilar estadísticas y demás información pertinente sobre las causas, consecuencias y frecuencia de la violencia contra la mujer; etcétera.

Carta de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres

Como ya se había mencionado de manera introductoria, el objetivo del presente trabajo es generar los principios rectores sobre los cuales todo sistema de salud debería operar en materia de derechos sexuales y reproductivos. Por ello, a manera de conclusión, se presenta una armonización entre los diversos puntos presentados por las cartas de derechos suscritas por la WAS, la ONU y la CIM, cuya observancia debería ser obligatoria si lo que se pretende es brindar una atención de calidad y proteger a las usuarias de violaciones a sus derechos:

1. Derecho a la igualdad y a la no discriminación

Todas las mujeres tienen derecho a disfrutar de los derechos sexuales y reproductivos, producto de esta declaración, sin distinción de raza, etnia, lengua, religión, edad, estado civil, orientación sexual, nacionalidad, posición económica, opinión política o cualquier otra condición.

2. Derecho a la vida y a la calidad de vida

Todas las mujeres tienen derecho a la vida por encima de todo, no existirá razón alguna, política, económica, social, religiosa, ni de cualquier otra índole

para poner en riesgo o coartar la vida de una mujer. Sin embargo, en los casos específicos en los que la vida o salud de una mujer esté en riesgo debido a su situación de embarazo o parto, solamente cuando la vida del hijo y de la madre se encuentre en riesgo, la vida de ella prevalecerá por encima de la del hijo.

Además, las condiciones de vida de una mujer deberán ser adecuadas para ella misma y su familia, incluyendo la alimentación, el vestido, la vivienda, el agua y el saneamiento.

3. Derecho a la protección del Estado y de la sociedad

Todas las mujeres tienen el derecho a que su vida, integridad física y su salud sean protegidas por el Estado. No puede invocarse la carencia de desarrollo de un Estado para justificar la violación de los derechos humanos internacionalmente reconocidos.

Los Estados deberán incorporar a sus leyes nacionales la protección de la mujer y sus derechos sexuales y reproductivos. Lo anterior en conformidad con sus prioridades de desarrollo y respetando plenamente los diversos valores religiosos, éticos y culturales de su pueblo.

Además, la mujer deberá tener conciencia de todos sus derechos jurídicos y deberán proporcionársele los mecanismos para ejercerlos; por ello, deberá fomentarse la creación de redes de apoyo a la mujer.

4. Derecho a los servicios de salud

Todas las mujeres tienen el derecho a obtener el grado máximo alcanzable de salud y bienestar. Para garantizar el derecho de las mujeres a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental se requiere de servicios de atención a la salud que sean de calidad, disponibles, accesibles y aceptables.

5. Derecho a una vida libre de violencia

Las mujeres tienen derecho a una vida libre de violencia y coerción relacionada con la sexualidad y la salud reproductiva. Esto incluye prácticas como la violación, el abuso sexual, el acoso sexual, la explotación sexual, las pruebas de virginidad y cualquier otro tipo de violencia cometida por razón de prácticas

sexuales, de orientación sexual, de identidad y/o de expresión de género.

6. Derecho a la justicia

Tomando en cuenta que ninguna mujer puede ser sujeta a torturas o tratos degradantes relacionados con su salud y sexualidad. En caso de que ya hubiere acontecido alguna violación a los derechos sexuales y reproductivos de una mujer, ésta podrá acceder a la justicia y deberá ser retribuida o indemnizada por tales actos u omisiones. Para hacer justicia se requiere un compromiso de los Estados a través de medidas efectivas y adecuadas en materia legislativa, administrativa y/o penal, entre otras. La indemnización incluye el resarcimiento a través de la compensación y la rehabilitación, además deberá garantizarse que no se repetirán dichas actuaciones y/u omisiones.

7. Derecho a gozar de instrumentos para la planificación familiar

Las mujeres poseen, inherentemente, el derecho de asociarse y de regular su fecundidad.

En cuanto a la libertad de asociación, cada mujer decidirá con base en sus propios intereses sobre contraer matrimonio o no, o sobre el deseo de mantener una relación de pareja.

En cuanto a la fecundidad, cada mujer tiene el derecho de decidir tener hijos o no, el número de ellos y el momento de su nacimiento. Para regular la fecundidad, la mujer deberá contar con información apropiada acerca de la anticoncepción, la fecundidad, la interrupción del embarazo y la adopción. Además, debe garantizarse el acceso de las mujeres a métodos anticonceptivos, mismos que deberán ser seguros, eficaces, asequibles y aceptables.

En el caso de la interrupción del embarazo, si bien no todos los Estados podrán estar de acuerdo en su legalización, es un hecho que una proporción significativa de los abortos son inducidos por las propias mujeres o se efectúan en malas condiciones, lo cual les deja secuelas de por vida o les produce la muerte. Por ello, deberán tomarse las medidas legales y sanitarias que cada Estado considere pertinentes. Cabe mencionar que en ningún caso el aborto será tomado como método de planificación familiar.

8. Derecho a la maternidad sin riesgos

Las mujeres tienen derecho a contar con cuidados prenatales, programas de nutrición materna, asistencia adecuada en los partos, evitando el recurso excesivo de cesáreas, con atención obstétrica inmediata y con servicios de remisión en los casos de complicaciones en el embarazo o parto.

9. Derecho a recibir apoyo en sus decisiones productivas y reproductivas

Tomando en cuenta que en la reproducción humana intervienen tanto los hombres como las mujeres, ambos sexos deberán colaborar por igual en la vida productiva y reproductiva, incluida la división de responsabilidades en cuanto a la crianza de los hijos y al mantenimiento del hogar.

Para ello, todas las mujeres deberán poder combinar la carga laboral con las funciones de dar a luz, amamantar y criar a sus hijos a través del acceso a sistemas de seguridad social.

Por su parte, los hombres deberán responsabilizarse de su comportamiento sexual y reproductivo, deberán igualmente asumir su función social y familiar en términos de labores domésticas, la crianza de los hijos y de planificación familiar. Lo anterior podría lograrse a través de diversas medidas gubernamentales, por ejemplo, las licencias familiares para hombres.

10. Derecho a la educación sexual y al progreso tecnológico

Las mujeres tienen derecho a la educación sexual, misma que deberá ser científicamente correcta, basada en los derechos humanos, y deberá iniciar desde la adolescencia. Considerando que el mayor riesgo en las adolescentes, en términos de sexualidad, son los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual, se les deberá brindar información suficiente que les permita adoptar decisiones de manera responsable.

Además, las mujeres tienen el derecho a disfrutar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones en relación con su salud sexual y reproductiva.

11. Derecho a decidir de manera libre e informada

Las mujeres deben ser capaces de controlar y decidir libremente sobre asuntos relacionados con su cuerpo y su sexualidad; esto incluye la elección de comportamientos, prácticas, parejas y relaciones interpersonales. También contarán con el derecho de expresar sus opiniones y/o decisiones de forma pública, sin que exista manipulación, coacción y/o represalia alguna.

Además, para poder tomar las mejores decisiones con respecto a sí mismas, las usuarias de servicios de salud deberán contar con información precisa y comprensible relacionada con su salud y sus derechos de manera previa a cualquier intervención, prueba y/o terapia relacionada con su salud.

12. Derecho a la libre asociación y opinión pública

Las mujeres tienen el derecho a organizarse pacíficamente, a asociarse, reunirse, protestar y a defender sus ideas con respecto a la sexualidad y la salud reproductiva; inclusive tienen el derecho de expresar su propia sexualidad a través de su apariencia, comunicación y comportamiento.

13. Derecho a la privacidad

Las mujeres tienen derecho a la privacidad relacionada con su sexualidad, su vida sexual, las decisiones con respecto a su propio cuerpo, a la planificación familiar y a su salud reproductiva. Ninguna persona podrá entrometerse de manera arbitraria en tales decisiones, ni podrá solicitar información personal al respecto, salvo que se requiera para proteger la vida o salud de la mujer en cuestión. Además, la mujer deberá contar con la absoluta discreción sobre el manejo de sus datos personales y podrá controlar la divulgación de tal información a otras personas.

A manera de conclusión, es necesario recalcar que la anterior propuesta de «Carta de Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres» puede ser ampliada y revisada. Lo anterior considerando que, ante la complejidad de la sociedad y el avance tecnológico, podrían surgir nuevos retos que amenazan la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

La intención de la autora, a nivel personal, ha sido crear un marco mínimo de referencia para afrontar los retos futuros, en vista de que gran parte del marco normativo internacional se encuentra diseminado y fragmentado en diversos documentos.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Association for Sexual Health. WAS: Mission statement [Internet]. [Consultado 03 de mayo 2018]. Disponible en: <http://www.worldsexology.org/organisation/>
2. World Association for Sexual Health. WAS: Declaración Universal de los Derechos Sexuales [Internet]. [Consultado 03 de mayo 2018]. Disponible en: http://blogs.murciasalud.es/edusalud/files/2012/02/Decl.Univ_Derechos-sexuales-Valencia.pdf
3. Organización de las Naciones Unidas. ONU: Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo [Internet]. [Consultado 03 de mayo 2018]. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf
4. Organización de los Estados Americanos. CIM: Sobre la CIM: Misión y mandato [Internet]. [Consultado 03 de mayo 2018]. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cim/nosotros.asp>
5. Comisión Interamericana de Mujeres. CIM: Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer [Internet]. [Consultado 03 de mayo 2018]. Disponible en: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>

Implementación de técnica de extracción de leche humana con extractor conectado al vacío

*Implementation of technique of human milk
with extractor connected to the vacuum*

Claudia Carrillo López*

RESUMEN

* Licenciada en
Enfermería, Pediatra,
Neonatóloga. Unidad
de Cuidados Intensivos
Neonatales. Hospital
Infantil de Especialidades
de Cd. Juárez,
Chihuahua, México.

Correspondencia:
CCL, claucarlop_3@
hotmail.com

Conflicto de intereses:
La autora declara que no
tiene.

Citar como: Carrillo LC.
*Implementación de técnica
de extracción de leche
humana con extractor
conectado al vacío.* Rev
CONAMED 2018;
23(2): 94-104.

Recibido: 08/03/2018.
Aceptado: 16/05/2018.

En el caso de los neonatos que presentan patologías por las cuales tienen que permanecer hospitalizados y en ayuno por periodos indefinidos, es fundamental para la madre recibir apoyo de alguien con experiencia en lactancia como el personal de enfermería, ya que los primeros días son cruciales para establecer una buena eyección de la leche y mantener un nivel satisfactorio de producción sin recibir el estímulo de succión del neonato. De tal modo que dependerá principalmente de un buen extractor de leche humana, tomando en cuenta su uso fácil y eficacia dentro del hospital y a su vez se logrará fortalecer el vínculo afectivo entre madre e hijo. El presente escrito informa sobre la implementación de la técnica de extracción de leche humana con el extractor conectado al vacío que se lleva a cabo en el Hospital Infantil de Ciudad Juárez, Chihuahua y el cual no representa ningún costo económico para la institución. Asimismo, se cuenta con la autorización por escrito de las 24 madres que participaron en la utilización de esta técnica de extracción así, como para la toma de fotografías y videos.

Palabras clave: Implementación, neonato, leche humana, lactancia, técnica de extracción, extractor conectado al vacío.

ABSTRACT

In the case of neonates with multiple pathologies for which required hospital stay and in prolonged fasting for indefinite periods, is essential for the mother support from nurse with experience on breastfeeding, because the first days are still critical for establishing a nice fall of human milk and the maintenance of satisfactory levels of production without receiving the stimulus the suction the baby, depend mainly of the use of a good extractor of human milk; taking in to account its ease of use and effectiveness inside the hospital and in turn to achieve to strengthen the bond between mother and child. This paper reports on the implementation of techniques of human milk with extractor connected to the vacuum, is done at Children's Hospital of Ciudad Juarez, Chihuahua, which poses no any economic costs for the institution; besides there is a written authorization of the 24 breastfeeding mothers who participated in the use this extraction techniques of human milk, photos and videos recordings.

Key words: Implementation, neonate, human milk, breastfeeding, extraction technique, extractor connected to the vacuum.

www.medigraphic.org.mx

INTRODUCCIÓN

La lactancia es tan antigua como la raza humana y surge como un puente entre la alimentación en útero y la alimentación definitiva de los seres humanos.¹

Durante el siglo XIV las nodrizas que tenían una cantidad limitada de leche suplementaban a los lactantes con leche de cabra u oveja. Para finales del siglo XVII la lactancia materna fue ampliamente recomendada y es probable que esto contribuyera al descenso en la mortalidad infantil observada hacia finales del siglo XVIII y principios del XIX. La duración de la lactancia era de dos a tres años.¹

La disminución de la lactancia materna alcanzó niveles alarmantes a mediados del siglo XX, lo que alertó a los organismos internacionales como la OMS a reglamentar el uso de sucedáneos de la leche.¹

Existe una amplia evidencia científica que justifica todo lo que se hace en favor de la lactancia, ya que la OMS ha señalado que un niño muere innecesariamente cada 22 segundos y que, si se le proporcionara leche humana a todos los niños lactantes, sobrevivirían 1.4 millones. Es claro que reduce la mortalidad entre 66 y 87%.²

El éxito de la lactancia depende de un sinnúmero de factores, entre los cuales destacan el apoyo y la supervisión a las madres que lactan. Existen factores negativos como las altas hospitalarias tempranas, horarios de visita muy cortos y la administración de agua, soluciones glucosadas o fórmulas a los neonatos, que dificultan una lactancia materna exitosa.¹

Datos de Estados Unidos demuestran que el bajo nivel educativo, ser madre soltera y la adolescencia propician menores índices de lactancia.¹

En el caso de los lactantes hospitalizados, algunos especialistas en lactancia recomiendan empezar a sacarse la leche desde el principio a fin de estimular y aumentar su producción. La leche extraída se puede dar al bebé utilizando un dispositivo de ayuda a la lactancia, por ejemplo: jeringas, gotero, vasito y sonda de alimentación. Es probable que la madre tenga que apelar a la paciencia y que necesite un poco de práctica para producir leche sin la ayuda de su bebé.³

Es fundamental para la madre el apoyo de alguien con experiencia en lactancia como un profesional de la salud (enfermera), ya que los primeros días de lactancia son cruciales para establecer una buena producción de leche.¹

Lograr que haya una buena producción de leche sin el estímulo de la succión del neonato depende principalmente de la utilización de un buen extractor y la complicitad que se consiga con el aparato, tomando en cuenta su uso fácil y eficacia.³

Lo anterior justifica todos los esfuerzos que se tengan que hacer por rescatar la práctica de la lactancia materna y lograr que vuelva a ser algo implícito en nuestra cultura.⁴

Formación de la leche humana

La glándula mamaria se prepara para la lactancia cuando el embrión apenas tiene seis semanas de gestación. Para el final de la gestación la glándula aumentará de peso entre 200 y 400 gramos. La leche humana se forma en la glándula mamaria a partir de los alveolos mamaros, los cuales se unen para formar lobulillos, que a su vez conforman los lóbulos que desembocan en los conductos galactóforos y finalmente en el pezón.¹

En la síntesis de la leche participan las células epiteliales mamaras que se encargan de transformar los precursores contenidos en el plasma en constituyentes de la leche. Para que esto ocurra, existen diferentes mecanismos hormonales en los que participan activamente las hormonas prolactina y oxitocina bajo el estímulo directo del pezón. Si la leche se extrae parcialmente o no se extrae, su producción disminuye por mecanismos de retroalimentación.¹

En los primeros cinco o siete días postparto se produce el calostro. Se caracteriza por su alto contenido de proteínas y carotenos y menor contenido de grasas y lactosa. La leche denominada transicional ocurre entre el séptimo y décimo día y a partir del día 15 se considera leche madura. El volumen de leche en ese momento es de 750 mL/día, pero puede alcanzar 1,200 mL/día.¹

El fomento a la lactancia materna debe realizarse desde la etapa prenatal. Debe motivarse a la madre con pláticas, lecturas y la observación directa de las técnicas de lactancia.¹

Impacto del nacimiento de un niño grave y prematuro en la familia:

Cuando ingresa un recién nacido a la unidad de cuidados intensivos neonatales, junto con él se recibe a sus padres en estado de máxima desorganización interna, expuestos al impacto emocional por la internación de su hijo que acaba de nacer. Se ven enfrentados a una realidad diferente de la que imaginaron y se encuentran con un mundo lleno de tecnicismos, preocupaciones, gente apurada y, sobre todo, un bebé grave, pequeñito, frágil, con cables y sondas que, según les explican, lo ayudan a vivir.⁵

Entre ellos y el bebé los separa la incubadora que lo contiene y el horario de visita que ponen límites. Comienza entonces el camino para reconocerse en el hijo y hacerlo suyo. Del éxito de este proceso dependerá la supervivencia afectiva de este niño y su pertenencia a una familia.⁵

El equipo de la unidad enfrenta el desafío de tener que manejar sus propias emociones en un ambiente de constante estrés y, al mismo tiempo, acompañar a la familia facilitando el despliegue de recursos a cada uno frente a la internación del bebé.⁵

Por lo tanto, la lactancia no es un objetivo nutricional en sí mismo, sino que puede ser una herramienta para el equipo que labora en esta unidad para favorecer el proceso de relación en esa diada, ya que la única conexión tangible de la madre con su bebé frente a los cuidados especiales del personal de enfermería es la extracción de la leche humana.⁵

Para realizarla es necesario partir del convencimiento de que la leche humana es el mejor alimento para los bebés prematuros y neonatos que se encuentran en estado crítico. Numerosos argumentos científicos lo avalan, pero el equipo de enfermería debe entenderlo para trabajar a su favor. Por lo tanto, hay que proveer el lactario adecuado y las políticas de apoyo a la extracción de la leche humana, ya que la lactancia es parte del cuidado integral de la enfermería neonatal, no es postergable porque repercute en la sobrevida y futuro del bebé.⁵

Objetivo principal

- Optimizar la extracción de leche humana mediante la utilización del extractor conectado al

vacío para inicio y mantenimiento de una lactancia exitosa.

Objetivos específicos

- Fomentar la participación de las madres en el cuidado de su hijo por medio de la extracción y conservación de la leche para alimentarlo.
- Ofrecer a la madre información sobre la importancia de comenzar a estimularse desde el primer día.
- Implementar la utilización del extractor de leche humana conectado al vacío en el Área de Neonatología del HIECJ como técnica de extracción.
- Capacitar a la madre sobre el uso del extractor de leche humana conectado al vacío para llevar a cabo su correcta extracción.
- Obtener una adecuada participación de las madres en la extracción de la leche para la alimentación de su hijo, mientras se encuentra hospitalizado.
- Establecer como actividad diaria del personal de enfermería su colaboración junto con la madre para la extracción de la leche de forma manual y con la implementación de recolección con el extractor conectado al vacío.
- Captar madres donadoras y ofrecerles toda la información al respecto para fomentar el interés y recolectar mayor cantidad de leche humana.
 - Enviar a pasteurizar la leche humana recolectada en el lactario del HIES al banco de leche del Hospital de la Mujer.

Justificación

Basándose en la **NOM 007** en el apartado **5.8.6**, los establecimientos para la atención médica deben ofrecer las condiciones para que las madres puedan practicar la lactancia materna exclusiva, excepto en casos médicamente justificados. Apartado **5.9.3**: debe promoverse que la persona recién nacida de bajo peso sea alimentada con leche de su propia madre.

Las madres que extraen leche para bebés prematuros y/o neonatos graves deben utilizar una bomba de lactancia eléctrica de grado de hospital, de preferencia con equipo de doble bombeo para que puedan extraer la leche de ambos senos al mismo tiempo.²

Sin embargo, este tipo de extractores representan un alto costo para la institución, motivo por el cual, y previamente realizando los masajes de estimulación, se crea este tipo de técnica de extracción al vacío dentro del Área de Neonatología del HIECJ, basándose en que la extracción de leche humana con apoyo del extractor es la más efectiva para estimular la liberación de la hormona prolactina y así producir mayor cantidad de leche.²

Descripción del problema

En el Área de Neonatología del HIECJ frecuentemente se encuentran hospitalizados niños con una estancia prolongada, ya que algunos de los pacientes son prematuros extremos o requieren intervención quirúrgica, además de otras patologías, las cuales ameritan que el paciente esté en ayuno por un largo tiempo.

La mayoría son hijos de madres menores de 20 años y primigestas y se les dificulta realizar la extracción de la leche, a pesar de contar con asesoría por parte del personal de enfermería y en su casa la mayoría no cuenta con ningún tipo de extractor por dificultades económicas, pues son muy pocas las que pueden comprarlo, ya sea eléctrico o manual.

A algunos de los pacientes, al ingresar al hospital en su estado, se les permite iniciar de manera inmediata el apego materno, logrando el establecimiento del vínculo madre-hijo y la lactancia se lleva a cabo de forma exitosa.

En el otro extremo, el horario de visita es corto y por la gravedad del paciente la madre no puede permanecer más tiempo con el niño y algunas veces se pierde el vínculo afectivo. A las madres se les da capacitación sobre la lactancia materna, la cual incluye técnicas de extracción, conservación y traslado de la leche para que las realicen en su casa y después la trasladen a este hospital; por lo tanto, el personal de enfermería procede a dar capacitación sobre las técnicas de extracción, almacenamiento, conservación y traslado de la leche humana con la finalidad de que, al momento de iniciar la vía oral, se lleve a cabo con leche homóloga. Sin embargo, se ha observado que algunas de las madres no las realizan en su casa, por tanto, **al momento de iniciar**

la alimentación al neonato, es muy poca la leche materna con la que se cuenta y, en consecuencia, éste tiene que ser alimentado con leche de fórmula, privándolo así de todos los beneficios de la leche humana. Es importante señalar que no a todos los neonatos se les debe alimentar con leche de fórmula, pues hay quienes sí cuentan con leche materna para su alimentación.

Cabe mencionar que anteriormente una madre de familia nos donó dos extractores eléctricos, mismos que sólo duraron seis meses funcionando, ya que el motor pierde fuerza y ya no extraen leche. Después, a algunos miembros del personal que laboramos en esta área se nos envió a capacitación sobre la lactancia y aprendimos las técnicas manuales, las cuales se han estado empleando para la extracción de leche humana; y reitero que, a pesar de contar con la preparación para capacitar a las madres sobre la lactancia, las técnicas de extracción manual, conservación y traslado de la leche humana, las madres pierden el interés, ya que, de los niños que son hospitalizados en el área de la unidad de cuidados intensivos neonatales, ninguno ha nacido en este hospital, todos provienen de diferentes unidades hospitalarias y la mayoría de las veces, al momento de ingresarlo, la madre todavía se encuentra hospitalizada y esto dificulta un poco la inmediata capacitación, misma que empieza hasta que la madre es dada de alta y acude a ver a su bebé, en ese momento la captamos para iniciarla.

Metas

- Implementar el uso de extractor al vacío en el área de neonatología como acción complementaria de las técnicas de extracción de leche humana, manteniendo la conservación de la misma sin riesgo de contaminación.
- Captar madres donadoras para recolectar mayor cantidad de leche humana para los niños que se encuentren en ayuno, de manera que al momento de iniciar su vía oral sean alimentados con leche materna.
- Antes de que sobrepase la conservación permitida en el refrigerador del lactario del HIECJ, la leche humana recolectada será enviada a pasteurización al banco de leche del Hospital de la Mujer.

Medición basal

- Cantidad de leche extraída con extractor al vacío.
- Cantidad de tiempo que emplea para la extracción de la leche en el lactario del HIECJ.
- Número de ocasiones que se extrae la leche en el HIECJ al día.
- Tiempo que le lleva extraer la leche en su casa.
- Cantidad de leche que se extrae en su casa.
- Tipo de pezón.
- Tipo de complicación que presenta la madre con el uso de extractor al vacío.
- La madre puede conectarlo sola (sin ayuda).
- ¿Cuál técnica de extracción es más cómoda de utilizar para la madre en el lactario del HIECJ?
- ¿Por qué?

Actores involucrados

Licenciada en enfermería, jefe de piso, pasantes de enfermería, las madres de los recién nacidos.

Áreas o servicios de aplicación del proyecto

Área de cuidados intensivos neonatales (UCIN-UTIM).

Herramienta de calidad utilizada para la identificación del problema o riesgo de la seguridad del paciente

- Diagrama causa-efecto (*Figura 1*).

Análisis FOD

Fortaleza

- La mayoría del personal de enfermería que labora en el área de neonatología se encuentra capacitado en lactancia materna.
- Se cuenta con área designada para la extracción de leche humana.
- Se cuenta con refrigeradores para la conservación de leche humana.
- Contar con los aditamentos para adaptar el extractor de leche humana al vacío sin que represente ningún costo extra para la institución hospitalaria.
- No hay riesgo de contaminación de la leche humana al momento de la extracción realizándola con el extractor conectado al vacío.

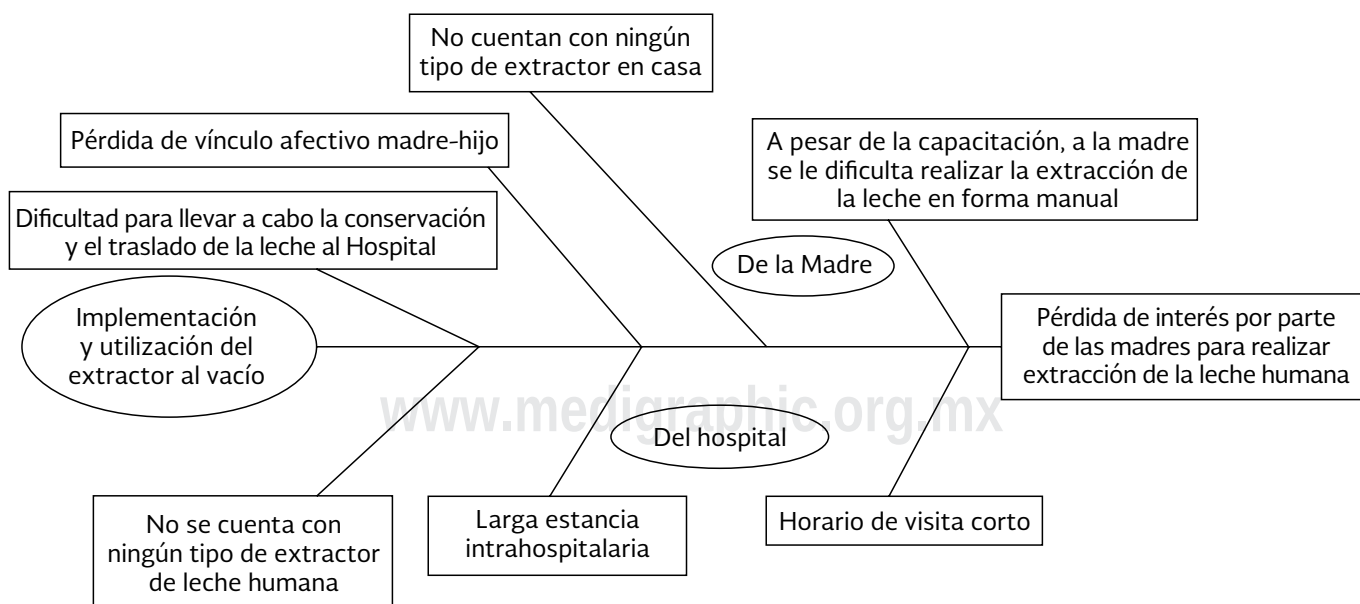


Figura 1. Diagrama-Efecto.

Oportunidad

- Implementación del extractor de leche humana conectada al vacío.
- Extracción de leche humana por medio del extractor al vacío para mayor producción de la misma.
- Capacitar a la madre en el uso del extractor al vacío para que pueda realizarlo de manera autónoma y sin contaminación.
- Fortalecer el vínculo madre-hijo.
- Mantenimiento de lactancia materna durante y después de la estancia intrahospitalaria.
- Captación de madres donadoras de leche.

Debilidad

- Horario de visita muy corto.
- Estructura física del lactario aún inacabada.
- Escasos recursos humanos para el lactario.
- Falta de baño maría para la descongelación de la leche humana.
- Falta de más aditamentos necesarios para el funcionamiento adecuado del lactario.
- Los neonatos ingresados al área de neonatología no han nacido en el HIECJ.

Amenaza

- La mayoría de las veces la capacitación a la madre sobre lactancia materna se inicia hasta varias horas o días después de que es dada de alta del hospital cuando acude a ver a su bebé, tiempo valioso en el cual a veces la madre de manera independiente desecha el calostro por falta de información.
- Pérdida del vínculo afectivo madre-hijo.
- Dificultad materna para realizar la extracción de leche en forma manual.
- Dificultad materna para llevar a cabo la conservación y el traslado de leche al hospital.

Antecedente del uso del extractor al vacío

En el Hospital Español de Mendoza, Argentina, la enfermera Emma Graciela Ríos innovó esta técnica

de extracción conectando el flujómetro de pared a su vez conectado al frasco recolector del equipo de succión sin que la leche humana tenga que caer en él. Esta técnica de extracción actualmente se sigue empleando.

Es importante señalar que la extracción que se realiza en el hospital de Argentina tiene modificaciones en cuanto a la adaptación del extractor de leche humana que se pretende implementar en el HIECJ, Chihuahua; por ejemplo, el tubo de aspiración sólo va conectado al vacío y no pasa por ningún tipo de frasco recolector de succión, sino que se conecta directamente a la copa de plástico y, a su vez, al momento de ordeñarse la leche cae directamente al frasco recolector, el cual se encuentra estéril y, al momento de terminar la extracción, se tapa y así se evita el riesgo de contaminación.

Descripción extensa del proyecto

En la UCIN del HIECJ, como se ha estado mencionando, se ha observado la pérdida del interés de las madres por lactar a su bebé, aun cuando se les da capacitación por parte del personal de enfermería sobre las ventajas maternas y para el niño, además de técnicas de extracción manual, haciendo hincapié en los grandes motivos para realizarla, por ejemplo, cuando el bebé se encuentra en ayuno y es imprescindible mantener la producción, aunque no se le esté alimentando, asimismo provocar el reflejo de eyección.⁶

Por esta razón, se procura preservar el vínculo madre-hijo y para motivar a las madres a efectuar la lactancia no sólo dentro del hospital, sino también cuando el niño sea egresado y tomando en cuenta que en el HIECJ no se cuenta con ningún tipo de bomba de extracción, surgió la idea de implementar un extractor de leche humana que fuera fácil de usar y sin contaminar, que no representara ningún costo económico para el hospital y del que se pudiera extraer leche humana con el mínimo y/o ninguna complicación materna, tal como la formación de grietas en el seno, dolor al momento de extraerla o disminución en la cantidad de leche, se creó la técnica del extractor de leche humana conectada al vacío, la cual funciona de manera muy sencilla y cómoda para las madres.

Este extractor está adaptado con materiales que se proporcionan en el hospital y que no representan ningún costo económico extra. Así, las madres permanecen más tiempo en el hospital y no sólo durante el horario de visita para acudir a extraerse la leche.

Aspectos éticos

Los principios éticos comunes que se aplican a toda la atención médica incluyen: respetar los derechos de una persona a tomar decisiones que afectan su vida (autonomía), proceder para beneficiar a los demás (beneficencia), evitar causar daño (no maleficencia) y tratar a las personas en forma honesta y justa (justicia).⁷ Estos principios son la base de que a todas las madres que participaron en la implementación de extracción de leche humana con extractor conectado al vacío se les pidió su consentimiento previo, se les explicó en qué consistía, así como las probables complicaciones que pudieran presentarse (de las cuales no se presentó ninguna durante la investigación) y firmaron otorgando tal consentimiento de manera voluntaria.

Periodo de aplicación del proyecto

A partir del día 3 de abril de 2017 se inició el proyecto hasta el día 18 de noviembre de 2017.

Total de muestra

24 madres de neonatos hospitalizados en el HIECJ.

Actividades para realizar el proyecto:

- Se hará prueba piloto en las madres, contando con su consentimiento informado, para aplicarles el extractor al vacío para la recolección de leche humana.
- Se realizarán cuestionarios que ellas mismas responderán y se tomarán en cuenta sugerencias o quejas en relación con el extractor al vacío.
- Se analizarán algunas muestras de leche humana para comprobar que no hay contaminación al realizar la extracción.

- Se tomarán cultivos de las tomas de extracción, tubo de aspiración y válvula de la copa de plástico.

Características del extractor de leche humana conectado al vacío:

- Totalmente lavable.
- El frasco colector puede esterilizarse.
- Cómodo, puede accionarse sin fatigar a la persona que se le extrae la leche.
- Succión controlada y de fuerza regulable.
- Almacenamiento de la leche humana sin contaminación.
- Puede utilizarse todas las veces que las madres lo requieran.
- Sencillo, lo puede utilizar la madre de manera independiente en el hospital.
- Imita la succión del bebé.
- No causa dolor.

Aditamentos para lograr la adaptación de este extractor:

*Tubo de aspiración, sonda de aspiración #8 o #10 fr, Venturi, frasco colector, copa de plástico (Figura 2).

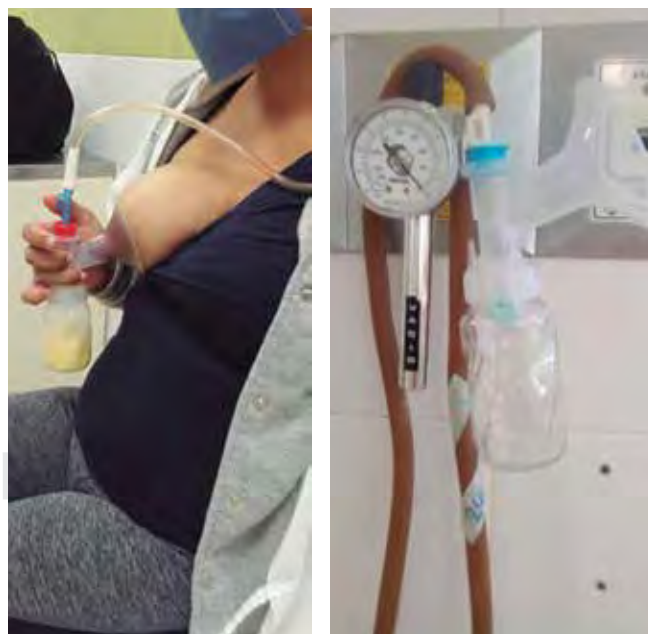


Figura 2. Características del extractor de leche humana conectado al vacío.

Procedimiento de extracción con extractor conectado al vacío:

Esta técnica se recomienda de manera combinada, sobre todo en el caso de madres que no pueden iniciar la lactancia con normalidad debido a la separación de su hijo (ingreso de neonatos, prematuros, etc.) y debe combinarse con un contacto lo más frecuente posible con el niño, método madre canguro (MMCC) y extracciones frecuentes (al menos ocho veces al día).⁸

1. La madre ingresa a la unidad con las barreras de protección que las políticas del área de neonatología establecen y el personal de enfermería (jefe de piso, pasantes de enfermería) le proporciona toda la información sobre la lactancia materna, técnicas de extracción, conservación y traslado de la leche humana.
2. La madre o padre firman la bitácora donde se hace constar que recibió información de lactancia materna.
3. Comparte tiempo con su bebé y, si las condiciones de salud de éste lo permiten, se le da método canguro mínimo una hora.
4. Después la madre vuelve a lavarse las manos, pasa al lactario y se pone cómoda.
5. Inicia masaje de estimulación de ambos pechos, durante tres a cinco minutos.
6. La enfermera conecta el extractor al vacío (la toma donde se conecta el tubo de aspiración se desinfecta con Lysol espray, se conecta tubo de aspiración, que a su vez se conecta con la copa de plástico, verificando que tenga la válvula, y se conecta el frasco recolector de leche humana).
7. Antes de iniciar la recolección de leche con el extractor conectado al vacío, la madre desecha unas cuantas gotas en una gasa limpia (para desechar los restos textiles de la ropa).
8. Después, inicia la extracción de leche con el extractor al vacío, controlando la fuerza y la succión, según las necesidades de cada madre.
9. Una vez que se ha recolectado la leche, se tapa el frasco (previamente esterilizado), se etiqueta y se congela o refrigera según las necesidades.

Acciones de mejora

- Establecer rutinas y procedimientos que apoyen y promuevan la lactancia⁹ como dar capacitación a

todo el personal de los diferentes departamentos que laboran en el hospital.

- Rotación interna del personal del área de neonatología cada seis meses al lactario con la finalidad de que todo el personal se involucre en la capacitación a las madres sobre lactancia materna y así lograr su valiosa participación.
- Ayudar a la madre a iniciar y fortalecer el vínculo afectivo con su hijo, el cual se encuentra en ayuno, mediante la extracción de leche humana durante su estancia intrahospitalaria para que al momento de iniciar la vía oral sea con leche homóloga y al ser egresado del hospital se continúe la lactancia materna en su domicilio.
- A las madres cuyos bebés pueden iniciar la succión se les proporciona información sobre la lactancia y se les permite el acceso al lactario junto con su bebé para iniciarla bajo la supervisión del personal de enfermería.
- Además de la técnica de extracción manual, utilizar la técnica de extracción al vacío como técnica de extracción de leche humana.
- El extractor conectado al vacío es muy sencillo de aprender a utilizar por las madres y con la debida supervisión del personal de enfermería realizan la extracción de manera independiente, además se les proporciona pase de alimentación cada dos a tres horas, aunque el niño se encuentre en ayuno durante todo el día, así la madre accede al lactario, realiza la extracción y recibe el estímulo al dejarla también ver a su bebé aparte de su horario de visita.
- Una vez que se establece la producción de leche, se recomienda realizar la extracción manual y luego utilizar el extractor al vacío para tratar de obtener más cantidad de leche posterior que brinda mayor aporte de grasas y, por lo tanto, aporte calórico más alto.
- Se captan madres donadoras y se envía la leche humana recolectada en el lactario del HIECJ, Chihuahua, para que se analice en el banco de leche del Hospital de la Mujer.
- A partir de septiembre de 2017, se captaron donadoras homólogas y se estableció en común acuerdo con el Hospital de la Mujer para mandar pasteurizar la leche humana al Hospital Infantil de Especialidades. Las tres primeras

ocasiones la leche no pasó la revisión por el banco de leche y tuvo que ser desechada; sin embargo, a partir del 27 de noviembre de 2017, la leche humana que se envía del HIECJ ya ha logrado pasar todas las pruebas de laboratorio a las cuales ha sido sometida y se ha logrado pasteurizar con éxito.

- Evitar el uso de chupones y biberones al inicio de la lactancia y mientras está bien establecida.¹⁰
- El tubo de aspiración y el frasco recolector de leche humana deben estar estériles, las copas de plástico y válvulas se desinfectan lavándolas con jabón y cloro.
- El tubo de aspiración se cambia una vez por semana, debe estar estéril y se etiqueta con la fecha.
- Tomar cultivos periódicamente del Venturi, válvula de la copa de plástico.
- Examinar la leche humana recolectada por el laboratorio para saber si existe algún cambio químico en su composición por la extracción mediante el extractor al vacío.
- En su casa, la madre continúa con el masaje y extrayendo leche para conservarla y trasladarla al hospital.

Cronograma de las principales acciones que se realizan:

1. Ingresar el neonato a la unidad de cuidados intensivos o intermedios neonatales.
2. El familiar que lo acompaña firma carta de consentimiento informado.
3. La enfermera en turno le proporciona información sobre la lactancia materna.
4. Al llegar la madre, se le proporciona información sobre la lactancia materna y firma bitácora.
5. Después de haberse colocado las barreras de protección y un adecuado lavado de manos y si las condiciones de salud del neonato lo permiten, se inicia apego materno con técnica canguro y lactancia materna.
6. Si el neonato se encuentra en condiciones críticas y además en ayuno, entonces la madre pasa al lactario, donde se le explican las técnicas de extracción de la leche humana y se procede a realizar la extracción, ya sea de forma manual o con técnica de extracción al vacío.

7. Se proporciona pase por medio del trabajo social para que la madre acceda a la unidad cada tres horas a alimentar a su bebé y/o a realizar la extracción de la leche.
8. El pase de alimentación está vigente durante todo el día o, si la madre puede quedarse durante la noche o es foránea, puede permanecer en la unidad haciéndole espacio en un lugar cómodo en reposet para su descanso.
9. La madre siempre cuenta con la supervisión de enfermería; sin embargo, posee la capacitación para poder adaptar el extractor al vacío, etiquetar la leche recolectada y anotar en la bitácora correspondiente los datos de la recolección de manera independiente.
10. En cuanto el neonato mejore y pueda succionar, se inicia la lactancia materna.

Herramienta para evaluar la funcionabilidad del proyecto

- Se aplica cuestionario a la madre para valorar el volumen de leche que se extrae con la técnica de extracción al vacío en el lactario del HIECJ, combinándolo con extracción en su domicilio.
- Se identifica cuántas madres inician lactancia materna exitosa antes de que el neonato sea egresado del HIECJ.
- Se cuantifica el número de ocasiones que la madre se extrae leche en su domicilio.
- Las madres describen su experiencia al utilizar la técnica de extracción con el extractor de leche humana conectado al vacío.
- Se tomaron cultivos de los diferentes aditamentos del extractor conectado al vacío.

Interpretación de la recolección de datos

- Los cultivos que se tomaron a los diferentes aditamentos que contiene el extractor conectado al vacío arrojaron resultados negativos.
- El cuestionario que se aplicó a las madres de los neonatos hospitalizados en el Área de Neonatología del HIECJ mostró los siguientes resultados:
 1. A las 24 madres se les proporcionó información sobre las técnicas de extracción que pueden utilizar mientras su bebé se encuentre

hospitalizado, siendo éstas la técnica de extracción con masaje y el uso de tiraleche de palanca o electrónico y se les pidió su consentimiento para el uso de la técnica de extracción con extractor conectado al vacío, explicándoles las posibles complicaciones y capacitándolas para que puedan utilizarlo de forma independiente en el lactario cada vez que lo amerite.

2. Las 24 madres utilizaron la técnica de extracción de leche humana del extractor conectado al vacío en el lactario durante el día y 19 de ellas usaron otra técnica de extracción en su domicilio durante la noche.
3. Sólo siete madres de las 19 que utilizaron otra técnica de extracción en su domicilio congelaban la leche y la transportaban al lactario del HIECJ.

Las técnicas de extracción que emplearon las madres en su domicilio durante la noche son:

- Once madres utilizaron técnica de masaje.
- Una madre utilizó tiraleche electrónico.
- Una madre utilizó tiraleche de bombilla.
- Seis madres utilizaron tiraleche de palanca.

4. De las 24 madres, 12 iniciaron la lactancia materna exclusiva con sus bebés en cuanto se suspendió su ayuno dentro del HIECJ y al momento de ser egresados la continuaron (Figuras 3 a 6).

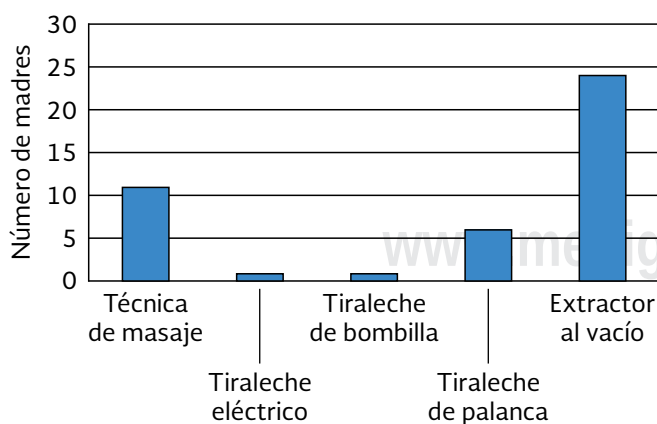
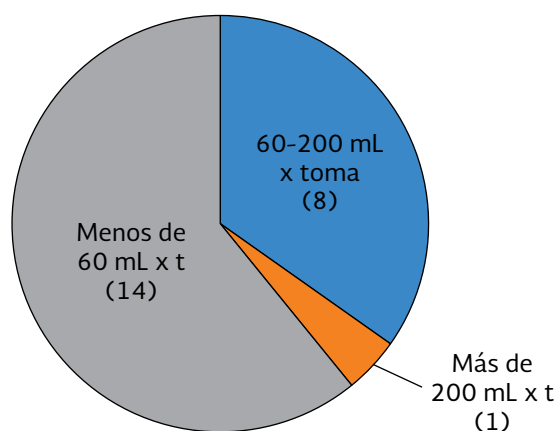


Figura 3. Técnicas de extracción utilizada en combinación con la técnica de extracción conectada al vacío.

Testimonio del cuestionario aplicado a las madres

Mediante los cuestionarios aplicados, las 24 madres de los neonatos hospitalizados en el HIECJ tuvieron la oportunidad de hablar de su experiencia al utilizar la técnica de extracción: **extractor conectado al vacío**, al que describen como fácil de usar, cómodo y según sus propias palabras, expresan que «sale más leche» y sienten la estimulación para la producción.



* Una de las madres inició lactancia materna el mismo día que visitó a su bebé y no fue posible cuantificar el volumen de leche.

Figura 4. Producción de leche con técnica de extractor conectado al vacío.

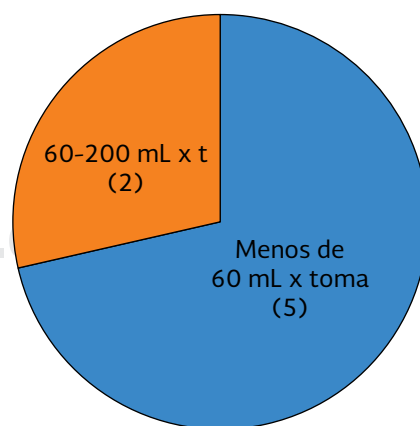
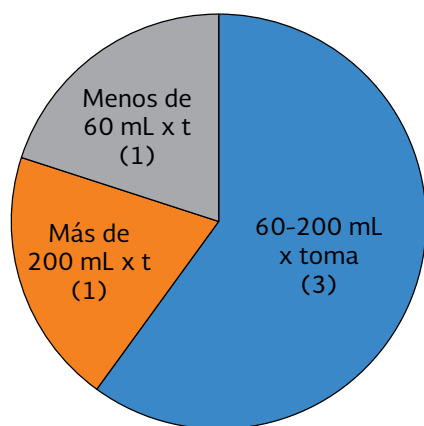


Figura 5. Producción de leche con técnica de masaje.



*Sólo una de las madres que se extrajo la leche en su domicilio durante la noche con tiraleche de palanca no la trasladó al lactario del HIECJ.

Figura 6. Producción de leche con tiraleche de palanca.

CONCLUSIONES

Los servicios de neonatología son lugares que suman mayor estrés por parte de los padres de los neonatos. Invariablemente algún paciente se encuentra comprometido en su estado de salud y a su alrededor se evidencia preocupación. Las madres encuentran esta ambientación muy distinta de la hogareña y nuevamente se incrementa el temor y la ansiedad ante lo desconocido hasta ahora. Por ello, debemos crear una alianza amigable entre la madre y la enfermera en beneficio del neonato, enfatizando un aspecto muy importante: **la lactancia materna** ayuda a fortalecer el vínculo familiar.

En el lactario, el personal del HIECJ está comprometido en función del servicio y con fuerte vocación en el cuidado de los recién nacidos. Una adecuada información no es tarea fácil; sin embargo, se ha logrado una comunicación positiva entre enfermera y madre y el recién nacido es quien indudablemente se beneficia con su alimentación, lo cual es la tarea principal del personal que se encuentra en el lactario.

La técnica de extracción de leche humana con el extractor conectado al vacío ha dado excelentes resultados sin ninguna complicación. Ha beneficiado a los recién nacidos que están en ayuno, ya que la

madre ha encontrado una manera más cómoda de extraerse la leche, lo que ayuda a que se continúe la lactancia después del egreso del paciente del HIECJ.

Se está trabajando continuamente por mejorar aún más, en la medida de lo posible, la calidad de atención prestada a las usuarias en este lactario, por lo cual ya se envía leche materna al banco de leche humana del Hospital de la Mujer donde se pasteuriza con éxito, lo que demuestra el compromiso por parte del personal que labora en el lactario del HIECJ.

BIBLIOGRAFÍA

1. Plascencia-Ordaz J, Villalobos-Alcázar G, Márquez-Aguirre P. Enfermería en salud perinatal y reproducción humana. Cuidados avanzados en el neonato. Nutrición en el Recién Nacido Libro 2. México: Intersistemas; 2012.
2. KidsHealth® from Nemours. Breastfeeding FAQs: Pumping [Internet]. [acceso 2017-16-12]. Disponible en: <http://kidshealth.org/en/parents/breastfeed-pump.html?ref=search&WT.ac=msh-p-dtop-en-search-clk>
3. Malerba MC. El rol educador de enfermería en el fomento de la lactancia materna en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Revista Enfermería Neonatal [Internet]. 2007 [acceso 2017-24-02]; 1 (2). Disponible en: <http://www.fundasamin.org.ar/archivos/El%20rol%20educador%20de%20enfermeria%20en%20el%20fomento%20de%20la%20lactancia%20materna.pdf>
4. Medela. Breast Pumps [Internet]. Estados Unidos de Norteamérica. [acceso 2017-24-02]. Disponible en: <https://www.medelabreastfeedingus.com/products/category/breast-pumps>
5. Argomedeo A, Bribiesca-Godoy F, Espinosa-Aguilera A, Reyes-Vázquez H. CAALMA Curso avanzado de apoyo a la lactancia materna. México: Confederación Nacional de Pediatría de México; 2008.
6. Instituto Nacional de Perinatología. Isidro Espinosa de los Reyes. Normas y procedimientos de neonatología. 5a edición. México: Intersistemas; 2015.
7. Reanimación neonatal. 7a ed., American Academy of Pediatrics, American Heart Association. 2015.
8. Nascimento-Tamez R, Pantoja-Silva M. Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. Asistencia del recién nacido de alto riesgo. 2a edición. Argentina: Editorial Panamericana; 2003.
9. Alba. Lactancia materna. Extracción de la leche humana [Internet]. Barcelona. [acceso 2018-24-02]. Disponible en: <http://albalactanciamaterna.org/>
10. Grupo de Lactancia Materna del Complejo Hospitalario Universitario Granada y Atención Primaria. Guía de lactancia materna [Internet]. Granada: Complejo Hospitalario Universitario Granada y Distrito Granada Metropolitano; 2015 [acceso 2018-24-02]. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/guia_lactancia.pdf



Curso sobre prevención del conflicto derivado del Acto Médico

Del 3 al 7 de septiembre de 2018 de 9:00 a 15:00 h

Sede:

Facultad de Medicina, UNAM
Auditorio «Dr. Fernando Ocaranza»

Temario

1. Origen del conflicto médico.
2. Ética y derecho sanitario.
3. Modelo CONAMED.
4. Marco jurídico de la medicina.
5. Calidad de la atención hospitalaria.
6. Expediente clínico y consentimiento informado.
7. Marco conceptual del análisis de casos.
8. Análisis de casos CONAMED.
9. La Comunicación en la relación médico-paciente.

Dirigido a profesionales de la salud:

Medicina, Odontología, Psicología, Enfermería y Trabajo Social.

Informes e inscripciones CONAMED:

01 (55) 5420-7148	01 (55) 5420-7102	01 (55) 5420-7093
Mtra. Sandra Martínez López	Ing. Brenda Magos Acuña	Lic. Cintia J. Rojano Fernández

<http://www.gob.mx/conamed>



COMPEDIA

Colegio Mexicano de Pediatras Especialistas
en Inmunología Clínica y Alergia

Congreso
binacional

XXV CONGRESO NACIONAL DE ALERGIA, ASMA E INMUNOLOGÍA PEDIÁTRICA 2018

XXV Congreso
estatal de
pediatría de
Baja
California



Del 24 al 27
de Julio de 2018

TIJUANA

ROSARITO

**BAJA
CALIFORNIA**

BAJA CENTER
CONGRESOS Y EXPOSICIONES