INSTITUTO DE CIENCIAS Y ESTUDIOS SUPERIORES DE TAMAULIPAS, A. C.
UNIVERSIDAD

ENFERMERÍA ICEST
UNA VISIÓN INNOVADORA

- **Importancia de las intervenciones de enfermería para la concientización de la mujer en la muerte perinatal y duelo.**
- **Nivel de conocimiento del personal de enfermería asignados al área de UCIN y pediatría sobre la técnica de exanguinotransfusión.**
- **Causas y consecuencias del síndrome de burnout en el personal docente.**
- **Conocimiento del personal de enfermería sobre el código infarto en el área de urgencias del ISSSTE.**
- **Importancia del perfil de enfermería en la atención del paciente oncológico pediátrico.**

Vol 2- N° 3, Septiembre-Diciembre 2026

ÍNDICE

1.-Editorial....1

2.- Importancia de las intervenciones de enfermería para la concientización de la mujer en la muerte perinatal y duelo....2

3.- Nivel de conocimiento del personal de enfermería asignados al área de UCIN y pediatría sobre la técnica de exanguinotransfusión....7

4.-Causas y consecuencias del síndrome de burnout en el personal docente....14

5.- Conocimiento del personal de enfermería sobre el código infarto en el área de urgencias del ISSSTE....20

6.-Importancia del perfil de enfermería en la atención del paciente oncológico pediátrico....26

7.-Instrucciones para los autores....32

Comité Editorial

EDITOR
Lic. Dora Luz Martínez Serna

MIEMBROS DEL COMITÉ EDITORIAL
Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg
Academia Nacional de Medicina

Dr. Rafael Violante Ortiz
Miembro del Sistema Nacional de Investigadores

Dr. Ramón Álvarez Carrillo
Neumólogo Académico

Dra. Nancy E. Fernández Garza
Universidad Autónoma de Nuevo León

Directorio

Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas, A. C.

Lic. Carlos L. Dorantes del Rosal, D.E.
Fundador y Rector Emérito
Lic. Sandra L. Avila Ramírez, M.E.
Rectora
Lic. Carlos Dorantes Acosta, M.D.C.
Vicerrector
Lic. María del Socorro Moreno González, M.C.A.
Directora General de Desarrollo Académico
Dra. Mireya Gochicoa Acosta. PhD.
Directora de Investigación
Ing. Claudia América Vázquez Rivera
Directora del ICEST Campus López Mateos.
Lic. Daniel Camacho Cervantes, M.E.
Jefe de carrera de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

ENFERMERÍAICEST UNA VISIÓN INNOVADORA, Vol 2, No. 3, septiembre-diciembre 2026, es una publicación cuatrimestral editada y distribuida por el Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas, A.C., Av. Diagonal Norte-Sur No. 112, Col. Tampico, entre Choapas y Ejército Mexicano, C.P. 89137, Tampico,Tamps., Tel: (833) 230 0060, https://www.icest.edu.mx/. Correo: editor_revistaicest@icest.edu.mx Editor responsable: Lic. Dora Luz Martínez Serna, Reserva de Derechos al uso exclusivo No:04-2026-030410214400-102 ISSN: en trámite , Responsable de la última actualización de este número,Dirección General de Desarrollo Académico,Dirección de Investigación. Fecha de última modificación 15 de septiembre de 2026.Tamaño del archivo: 3 MB

ENFERMERÍAICEST UNA VISIÓN INNOVADORA
Revista del Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas, A. C

Editorial

Con profunda satisfacción presento esta nueva edición, que reúne valiosas contribuciones científicas orientadas a fortalecer el conocimiento, la práctica profesional y el cuidado integral de la salud. Como editora, reafirmo mi compromiso con la investigación rigurosa, la difusión del conocimiento basado en evidencia y la promoción de espacios académicos que impulsen la reflexión crítica y la mejora continua de los servicios de salud.

Los artículos que conforman este número abordan temáticas de gran relevancia humana, clínica y social. Desde la sensibilidad y complejidad del Duelo y muerte perinatal, que nos invita a comprender y acompañar el sufrimiento de las familias en momentos de profunda vulnerabilidad; hasta la Exanguinotransfusión, procedimiento especializado que continúa representando un desafío para los equipos de atención neonatal y pediátrica.

Asimismo, se presenta una reflexión necesaria sobre el Síndrome de Burnout, problemática que impacta la salud física y emocional de los profesionales sanitarios, destacando la importancia de generar entornos laborales más saludables y sostenibles. De igual manera, el artículo sobre Código Infarto resalta la trascendencia de la actuación oportuna, coordinada y basada en protocolos para salvar vidas y reducir las secuelas de una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial.

Finalmente, el Perfil de la Enfermería Pediátrica Oncológica reconoce la invaluable labor de quienes acompañan a niños y adolescentes durante complejos procesos terapéuticos, brindando cuidados especializados, apoyo emocional y esperanza a pacientes y familias.

Cada una de estas investigaciones refleja el esfuerzo, la dedicación y el compromiso de sus autores. Nuestra misión editorial es seguir promoviendo trabajos que no solo aporten evidencia científica, sino que también visibilicen las dimensiones humanas del cuidado, fomentando una atención más ética, empática y de excelencia.

Agradezco a los investigadores, revisores y colaboradores que hacen posible esta publicación. Su trabajo fortalece la construcción de una comunidad científica comprometida con la innovación, la calidad y la transformación positiva de la atención en salud.

La investigación es un puente hacia una mayor calidad y humanización.

Lic. Dora Luz Martínez Serna, M. E.
Editora

IMPORTANCIA DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA PARA LA CONCIENTIZACIÓN DE LA MUJER EN LA MUERTE PERINATAL Y DUELO

Malka Hiromi Leon Valdes
Fecha de recepción: 15-01-2026
Fecha de aceptación: 27-05-2026

RESUMEN

Introducción:
El presente estudio aborda la importancia de las intervenciones de enfermería enfocadas en la concientización, prevención y acompañamiento de la mujer embarazada ante la muerte perinatal. Se resalta el papel del personal de enfermería en la promoción de prácticas saludables, detección de signos de alarma y seguimiento prenatal oportuno para disminuir complicaciones y mejorar la atención integral.

Objetivo:
Desarrollar intervenciones de enfermería orientadas a la concientización y al apoyo emocional de la mujer que enfrenta una pérdida perinatal, favoreciendo un duelo saludable y humanizado.

Método:
Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. La población estuvo integrada por 15 enfermeras del área gineco-obstétrica del Hospital General Civil de Ciudad Madero, a quienes se aplicó una encuesta para la recolección de datos. Los resultados fueron organizados y analizados mediante gráficas.

Resultados:
Los hallazgos permitieron identificar el nivel de conocimiento y percepción del personal de enfermería respecto a la muerte perinatal y al proceso de duelo. Las enfermeras reconocieron la importancia de brindar apoyo emocional y orientación a las pacientes durante este proceso, destacando su papel en la atención humanizada.

Conclusión:
Se identificó la necesidad de fortalecer la capacitación continua y la actualización de conocimientos para garantizar la correcta aplicación de protocolos institucionales. El personal de enfermería desempeña un papel fundamental en la atención integral y humanizada de la mujer ante la muerte perinatal, contribuyendo significativamente a su bienestar emocional y al adecuado manejo del duelo.

PALABRAS CLAVE

Concientización, muerte perinatal, duelo, intervenciones, enfermería.

ABSTRACT

Introduction:
The present study addresses the importance of nursing interventions focused on awareness, prevention, and support for pregnant women in the face of perinatal death. The role of nursing staff in promoting healthy practices, detecting warning signs, and timely prenatal follow-up to reduce complications and improve comprehensive care is emphasized.

Objective:
To develop nursing interventions aimed at raising awareness and providing emotional support for women facing perinatal loss, promoting healthy and humanized mourning.

Method:
A quantitative, descriptive, and cross-sectional study was conducted. The population consisted of 15 nurses from the gyneco-obstetric area of the Civil General Hospital of Ciudad Madero, who were surveyed for data collection. The results were organized and analyzed through graphs.

Results:
The findings made it possible to identify the level of knowledge and perception of nursing staff regarding perinatal death and the grieving process. The nurses recognized the importance of providing emotional support and guidance to patients during this process, highlighting their role in humanized care.

Conclusion:
The need to strengthen continuous training and knowledge updating was identified to ensure the correct application of institutional protocols. Nursing staff play a fundamental role in the comprehensive and humanized care of women facing perinatal death, significantly contributing to their emotional well-being and the proper management of grief.

KEYWORDS

Awareness, perinatal death, grief, interventions, nursing.

ORCID: 0009-0006-0283-4342

INTRODUCCIÓN

La muerte perinatal constituye una experiencia profundamente dolorosa que afecta no solo a la mujer, sino también a su pareja, familia y entorno social. Esta problemática continúa siendo invisibilizada en muchos contextos hospitalarios, provocando que las mujeres enfrenten su duelo sin acompañamiento emocional adecuado. (1)

El personal de enfermería tiene un papel fundamental en la atención integral de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, participando activamente en intervenciones preventivas, educativas y emocionales. La calidad de la comunicación terapéutica y el trato humanizado pueden influir directamente en la recuperación emocional de las pacientes que enfrentan una pérdida perinatal. (2)

Diversos estudios han demostrado que el duelo perinatal puede generar ansiedad, tristeza, desesperanza y alteraciones emocionales importantes, especialmente cuando no existe apoyo profesional ni validación social del dolor. (3) Además, investigaciones recientes señalan que muchas enfermeras consideran insuficiente su preparación para abordar emocionalmente estos casos, lo que evidencia la necesidad de fortalecer la capacitación profesional en duelo perinatal. (3)

La presente investigación busca analizar el impacto de las intervenciones de enfermería centradas en el apoyo emocional durante el duelo perinatal, promoviendo estrategias humanizadas que permitan mejorar la calidad de atención y el bienestar emocional de las mujeres afectadas.

La muerte perinatal constituye un importante problema de salud pública debido a su impacto físico, emocional y social en las mujeres y sus familias. Este evento comprende la muerte fetal tardía y la muerte neonatal temprana, generando procesos de duelo complejos que requieren atención integral y humanizada. El personal de enfermería desempeña un papel fundamental en la prevención, educación, detección de factores de riesgo y acompañamiento emocional de las mujeres que atraviesan esta experiencia. (1)

La evolución histórica del duelo perinatal ha permitido reconocer la necesidad de brindar cuidados centrados en la persona, incorporando estrategias de apoyo psicológico y protocolos específicos de atención. Desde la década de 1970 se han desarrollado programas de acompañamiento y, actualmente, diversos países promueven políticas públicas enfocadas en la humanización del cuidado perinatal.

El estudio se fundamenta en el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, el cual establece que las conductas saludables pueden modificarse mediante intervenciones educativas, apoyo social y fortalecimiento de la autoeficacia. En este contexto, las intervenciones de enfermería favorecen la concientización sobre la muerte perinatal y promueven un proceso de duelo saludable. (4)

ANTECEDENTES

La mortalidad fetal en México es un tema de vital importancia que refleja tanto las condiciones de salud materno-infantil como la eficacia de los sistemas de salud pública. En 2023, el país registró 23,541 defunciones fetales, lo que representa una tasa de 67.5 por cada 100,000 mujeres en edad fértil, según el reciente informe de Estadísticas de Defunciones Fetales (EDF) publicado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Esta cifra es ligeramente menor que la tasa de 72.2 reportada en 2022, donde se documentaron 25,041 muertes fetales. Esta nota presenta una visión comparativa de las estadísticas entre ambos años. (2)

Distribución de las defunciones fetales

En 2023, el 81.7% de las muertes fetales ocurrieron antes del parto, mientras que el 17.2% sucedió durante el mismo. En 2022, estos porcentajes fueron ligeramente diferentes, con un 83.2% de muertes antes del parto y un 15.8% durante el parto. Estos datos indican una tendencia constante en la distribución de muertes fetales según el momento del parto, aunque se observan ligeros cambios entre los años.

Tasa de defunciones fetales

La tasa nacional de defunciones fetales en 2023 fue de 67.5 por cada 100,000 mujeres en edad fértil, comparada con los 72.2 por cada 100,000 en 2022. Esta reducción refleja una mejora en la atención prenatal y los resultados perinatales, aunque las cifras aún subrayan la necesidad de intervenciones más efectivas en salud pública.

Factores y causas

Las causas principales de muerte fetal en ambos años estuvieron asociadas a complicaciones del embarazo y factores maternos. En 2023, el 45.9% de las muertes fetales fueron atribuidas a estas causas, un incremento respecto al 43.9% registrado en 2022. Otros trastornos originados en el período perinatal representaron el 25.7% de los casos en 2023, en comparación con

el 29.0% en 2022. Estos datos resaltan la importancia de mejorar el manejo de las complicaciones durante el embarazo y el parto para prevenir muertes fetales.

Edad gestacional

El análisis de la edad gestacional revela que, en 2023, las muertes fetales intermedias (20 a 27 semanas) representaron el 36.4% del total, seguidas por las tardías (28 semanas o más) con 35.4% y las precoces (12 a 19 semanas) con 27.8%. Estas cifras son muy similares a las de 2022, lo que sugiere patrones consistentes en la temporalidad de las muertes fetales. (1)

ESTADÍSTICAS DE DEFUNCIONES FETALES (EDF)

En 2023, en México se registraron 23 541 muertes fetales. Estas correspondieron a una tasa nacional de 67.5 por cada 100 mil mujeres en edad fértil.

• Del total de muertes fetales, 81.7 % ocurrió antes del parto, 17.2 % sucedió durante el parto y en 1.1 % de los casos no se especificó el momento.

• 53.2 % de los casos de muertes fetales correspondió al sexo masculino y 37.4 %, al femenino. En 9.4 % de los casos no se especificó el sexo.

Las Estadísticas de Defunciones Fetales (EDF) se obtienen de los registros administrativos derivados de la expedición del permiso de inhumación que realizan las oficinas del Registro Civil distribuidas en todo el país. La información que integra las EDF la suministraron 1 288 fuentes informantes, a las que se sumaron los casos en formato digital por parte de la Secretaría de Salud, en el marco del convenio suscrito en 2018 para el intercambio de información en la materia. Lo anterior se realizó con base en la propuesta sometida a consulta pública en 2020 para mejorar la captación en las EDF.

La tasa nacional de embarazos que terminaron en muerte fetal fue de 50.4 por cada 100 mil mujeres en edad fértil, con la captación tradicional. Con la información adicional de la Secretaría de Salud, la tasa fue de 67.5. (2)

METODOLOGÍA

Objetivo general

Analizar las intervenciones de enfermería orientadas a la concientización y apoyo emocional de las mujeres ante la experiencia de muerte perinatal, con el propósito de promover un proceso de duelo saludable y humanizado.

Tipo de investigación

La investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal, ya que busca identificar la percepción del personal de enfermería respecto a las intervenciones aplicadas durante el acompañamiento emocional de mujeres que enfrentan una pérdida perinatal.

Diseño de la investigación

El estudio presenta un diseño no experimental, debido a que no se manipulan variables, sino que se analizan los conocimientos, percepciones y estrategias utilizadas por el personal de enfermería dentro de su contexto laboral habitual.

Población

La población de estudio estuvo conformada por personal de enfermería perteneciente al área gineco-obstétrica del Hospital Regional de Ciudad Madero, Tamaulipas.

Muestra y muestreo

La muestra estuvo conformada por 15 enfermeras del área gineco-obstétrica del Hospital Regional de Ciudad Madero, Tamaulipas, quienes participaron voluntariamente en la investigación. Debido a que la población fue reducida, se trabajó con la totalidad del personal disponible que cumplió con los criterios de inclusión establecidos durante el periodo de estudio comprendido de mayo de 2025 a abril de 2026.

El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico por conveniencia, ya que se seleccionó al personal de enfermería accesible y dispuesto a participar en la investigación. La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de encuestas dirigidas al personal de enfermería, con el propósito de identificar el nivel de conocimiento, percepción y estrategias de intervención relacionadas con la muerte perinatal y el acompañamiento emocional durante el proceso de duelo.

Instrumento de medición

Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario estructurado enfocado en evaluar:

1. Nivel de conocimiento sobre muerte perinatal y duelo.

2. Estrategias de apoyo emocional utilizadas por enfermería.

3. Comunicación terapéutica y empatía.

4. Capacitación profesional sobre duelo perinatal.

5. Intervenciones humanizadas en la atención a las pacientes.

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se realizó mediante encuestas estructuradas aplicadas de manera presencial a las enfermeras de cada turno. Se garantizo la confidencialidad y anonimato de los participantes antes de responder la encuesta.

El procedimiento de recolección de datos se llevó a cabo en los siguientes pasos:

1. Aprobación del estudio por el Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas y del Hospital Civil de Ciudad Madero.

2. Presentación del estudio a la jefa de enseñanza del hospital para coordinar la aplicación de encuestas.

3. Aplicación de encuesta al personal de enfermería en sus respectivos turnos

4. Registro de datos en una base estructurada para su análisis estadístico

Los datos obtenidos fueron analizados con el programa Excel, donde se calcularon frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central, lo que permitió describir cual es el nivel de conocimiento del personal de enfermería.

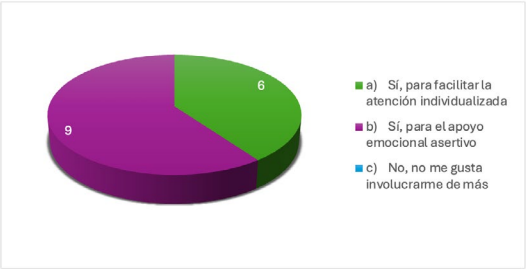
RESULTADOS

Los resultados obtenidos en relación con la importancia de la comunicación enfermera-paciente en situaciones de muerte perinatal evidencian que la totalidad de los participantes (100%; n=15) reconoce la relevancia de establecer una comunicación efectiva durante este proceso. Del total de la muestra, el 60% (n=9) manifestó que la principal finalidad de la comunicación es proporcionar un apoyo emocional asertivo, mientras que el 40% (n=6) señaló que esta favorece la atención individualizada de la paciente. Cabe destacar que ningún participante (0%; n=0) expresó desinterés en involucrarse emocionalmente o consideró innecesaria la comunicación con la paciente.

Tabla ¿Es importante tener comunicación enfermera-paciente en caso de muerte perinatal?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
a) Si, para facilitar la atención individualizada	6	40%
b) Si, para el apoyo emocional asertivo	9	60%
c) No, no me gusta involucrarme de mas	0	0%
Total	**15**	**100%**

Fuente: Hospital General Civil De Ciudad Madero



Fuente: Hospital Civil de Ciudad Madero

Figura **Interpretación del resultado:** los resultados muestran que el personal de enfermería reconoce de manera unánime la relevancia de la comunicación como un elemento esencial del cuidado. Las participantes señalaron que la comunicación permite principalmente brindar apoyo emocional asertivo, facilitando el acompañamiento de la mujer y su familia durante el proceso de duelo. Asimismo, se identificó que la comunicación favorece una atención individualizada, permitiendo adaptar los cuidados a las necesidades emocionales y personales de cada paciente. No se identificaron posturas de rechazo hacia la implicación emocional, lo que refleja una actitud empática y comprometida del personal de enfermería.

En conjunto, estos hallazgos reflejan una tendencia favorable hacia la humanización de los cuidados de enfermería, evidenciando que el personal de salud reconoce la comunicación terapéutica como una herramienta indispensable para afrontar el impacto emocional derivado de la muerte perinatal. Asimismo, la predominancia del apoyo emocional asertivo sobre la atención individualizada, con una diferencia de 20 puntos porcentuales, sugiere que el personal prioriza el acompañamiento psicológico y afectivo como parte fundamental del cuidado integral. Lo anterior pone de manifiesto la necesidad de fortalecer estrategias comunicativas que permitan brindar una atención sensible, empática y centrada en las necesidades biopsicosociales de las pacientes y sus familias durante el proceso de duelo perinatal.

Los resultados obtenidos respecto a la percepción del personal de enfermería sobre la muerte perinatal como un evento emocionalmente significativo para la madre y su familia evidencian que la mayoría de los participantes reconoce el profundo impacto psicológico y emocional que esta experiencia genera.

Del total de la muestra (n=15), 11 profesionales de enfermería (73%) señalaron que la muerte perinatal siempre representa una pérdida profunda y traumática, mientras que 4 participantes (27%) consideraron que, aunque en la mayoría de los casos constituye un evento de gran relevancia emocional, su intensidad puede variar dependiendo del vínculo desarrollado durante el embarazo.

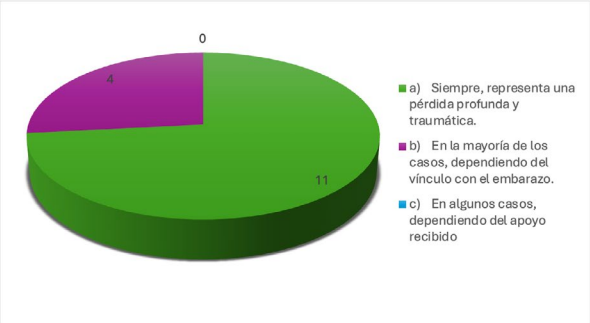
Ninguno de los encuestados (0%; n=0) indicó que el significado emocional de la pérdida depende exclusivamente del apoyo recibido.

En conjunto, estos hallazgos ponen de manifiesto un amplio consenso entre el personal de enfermería respecto a la trascendencia emocional inherente a la muerte perinatal, predominando la percepción de que se trata de una experiencia potencialmente traumática con repercusiones significativas en la salud mental de la madre y su entorno familiar. La diferencia de 46 puntos porcentuales entre quienes consideran que la pérdida es siempre profunda y traumática y aquellos que estiman que su impacto puede variar según el vínculo gestacional, refleja una tendencia marcada hacia el reconocimiento de la muerte perinatal como un acontecimiento crítico que requiere intervenciones integrales orientadas al acompañamiento emocional.

Tabla **¿Considera que la muerte perinatal es un evento emocionalmente significativo para la madre y su familia?**

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
a) Siempre, representa una perdida profunda y traumática	11	73%
b) En la mayoría de los casos, dependiendo del vínculo con el embarazo	4	27%
c) En algunos casos, dependiendo del apoyo recibido	0	0%
Total	**15**	**100%**

Fuente: Hospital General Civil De Ciudad Madero



Fuente: Hospital Civil de Cuidad Madero

Figura **Interpretación del resultado:** El personal de enfermería coincide en que este evento representa una experiencia emocionalmente significativa para la madre y su familia. Predomina la percepción de que se trata de una pérdida profunda y traumática, aunque algunas participantes consideran que la intensidad del impacto puede variar en función del vínculo establecido con el embarazo. En ningún caso se minimizó la importancia emocional de la pérdida, lo que demuestra una alta sensibilidad y conciencia profesional ante esta situación.

CONCLUSIONES

Se puede concluir enfatizando en el personal de enfermería, ya que se reconoce ampliamente la importancia de la comunicación terapéutica y el impacto emocional que conlleva la muerte perinatal. La totalidad de los participantes coincidió en que la comunicación enfermera-paciente es un elemento fundamental durante este proceso, destacando principalmente su función como herramienta de apoyo emocional. Este hallazgo refleja una visión humanizada del cuidado, donde la empatía, la escucha activa y el acompañamiento emocional son considerados componentes esenciales para atender las necesidades de la madre y su familia ante una pérdida tan significativa.

Asimismo, la mayoría de los profesionales considera que la muerte perinatal representa una pérdida profunda y traumática, evidenciando una alta sensibilidad respecto a las repercusiones psicológicas y emocionales que este acontecimiento genera. El consenso observado demuestra que el personal de enfermería es consciente de la necesidad de brindar una atención integral que trascienda los aspectos clínicos y contemple el bienestar emocional de los pacientes. En consecuencia, se destaca la importancia de fortalecer las competencias comunicativas y las estrategias de apoyo emocional del personal de salud, con el fin de garantizar una atención más empática, individualizada y centrada en las necesidades biopsicosociales de las familias que enfrentan un duelo perinatal.

BIBLIOGRAFÍA

1.Infancia FdlNUpl. UNICEF. [Online]; 2023. Acceso Enero de 18de 2026. Disponible en: https://www.unicef.org/reports/never-forgotten-situation-of-stillbirth-around-globe.

2.Mexico SdSd. Diario Oficial de la Federacion. [Online]; 2016. Acceso 18 de Septiembrede 2025. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016.

3.Burden C BSSCEAHADSea. BMC Pregnancy and Childbirth. [Online]; 2018. Acceso 11 de Noviembrede 2025. Disponible en: https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-0800-8.

4.Gold KJ LIBMSA. Journal of Women's Health. [Online]; 2016. Acceso 23 de Enerode 2026. Disponible en: https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jwh.2015.5294.

5.Salud OMdl. World Health Organization. [Online]; 2025. Acceso 14 de 03de 2025. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/stillbirth].

6.Pender NJ. Health Promotion in Nursing Practice. 8th ed.: Pearson Education; 2020.

7.Geografía INdEy. INEGI. [Online]; 2023. Acceso 29 de Agostode 2024. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/programas/edf/.

8.F c. codigo F. [Online]; 2022-2023. Disponible en: https://codigof.mx/estadisticas-de-defunciones-fetales-en-mexico-analisis-comparativo-2022-2023/.

9.INEGI. INEGI. [Online]; 2024. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/.

10.salud omdl. WHO. [Online]; 2023. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/stillbirth.

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ASIGNADOS AL ÁREA DE UCIN Y PEDIATRÍA SOBRE LA TÉCNICA DE EXANGUINOTRANSFUSIÓN

Yair Eloy Cruz Marcelino
Fecha de recepción: 25-01-2026
Fecha de aceptación: 29-05-2026

RESUMEN

Introducción:
La exanguinotransfusión neonatal es un procedimiento terapéutico utilizado posterior a la fototerapia, principalmente en el manejo de la hiperbilirrubinemia severa y otras alteraciones hematológicas. Este procedimiento permite disminuir los niveles elevados de bilirrubina y eliminar anticuerpos circulantes, reduciendo el riesgo de complicaciones. Es fundamental que el personal de enfermería cuente con conocimientos sobre sus indicaciones, cuidados y posibles complicaciones, con el fin de garantizar una atención segura y de calidad.

Objetivo:
Determinar el nivel de conocimiento del personal de enfermería asignado al área de UCIN y Pediatría sobre la técnica de exanguinotransfusión en el Hospital General "B" del ISSSTE de Tampico, Tamaulipas.

Método:
Se realizo un estudio de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, bibliográfico, no experimental y de corte transversal. Se aplico un instrumento de medición el cual consto de 30 Ítems de opción múltiple, los resultados recabados fueron trabajados en Excel representándose mediante tablas y graficas.

Resultados:
Los resultados mostraron que el personal de enfermería identifica correctamente las principales indicaciones para realizar una exanguinotransfusión, como la enfermedad hemolítica del recién nacido, la hiperbilirrubinemia severa, la policitemia y la ictericia neonatal. Asimismo, se observó que el personal reconoce la importancia de los cuidados posteriores al procedimiento. La infección fue identificada como una de las complicaciones asociadas más frecuentes. Sin embargo, hay una experiencia limitada en la participación directa en procedimientos de exanguinotransfusión.

Conclusión:
El estudio permitió identificar que el personal de enfermería cuenta con conocimientos generales sobre la exanguinotransfusión neonatal; sin embargo, se detectaron áreas de oportunidad relacionadas con la experiencia práctica y algunos aspectos específicos del manejo posterior al procedimiento. Por lo tanto, se considera necesario fortalecer la capacitación y actualización del personal de enfermería.

PALABRAS CLAVE

Exanguinotransfusión neonatal, hiperbilirrubinemia, recién nacido, enfermería, cuidados neonatales.

ABSTRACT

Introduction:
Neonatal exchange transfusion is a therapeutic procedure used after phototherapy, primarily in the management of severe hyperbilirubinemia and other hematological disorders. This procedure helps to decrease elevated bilirubin levels and eliminate circulating antibodies, reducing the risk of complications. It is essential for nursing staff to have knowledge of its indications, care, and potential complications to ensure safe and quality care.

Objective:
To determine the level of knowledge among nursing staff assigned to the NICU and Pediatrics areas regarding the exchange transfusion technique at the General Hospital "B" of the ISSSTE in Tampico, Tamaulipas.

Method:
A quantitative, descriptive, bibliographic, non-experimental, and cross-sectional study was conducted. A measurement instrument consisting of 30 multiple-choice items was applied. The collected results were processed in Excel and represented using tables and graphs.

Results:
The results showed that nursing staff correctly identify the main indications for performing an exchange transfusion, such as hemolytic disease of the newborn, severe hyperbilirubinemia, polycythemia, and neonatal jaundice. Furthermore, it was observed that the staff recognizes the importance of post-procedure care. Infection was identified as one of the most frequent associated complications. However, there is limited experience in direct participation in exchange transfusion procedures.

Conclusion:
The study identified that nursing staff possess general knowledge about neonatal exchange transfusion; however, areas for improvement were detected related to practical experience and some specific aspects of post-procedure management. Therefore, it is considered necessary to strengthen the training and updating of nursing staff.

KEYWORDS

Neonatal exchange transfusion, hyperbilirubinemia, newborn, nursing, neonatal care.

ORCID: 0009-0002-1794-0296

INTRODUCCIÓN

La ictericia neonatal, si bien es un fenómeno transitorio normal en la mayoría de los lactantes, ocasionalmente puede agravarse. Las incompatibilidades de grupo sanguíneo (p. ej., Rh , ABO) pueden aumentar la producción de bilirrubina debido a una mayor hemólisis. Históricamente, la isoinmunización Rh fue una causa importante de ictericia grave, que a menudo derivaba en kernícterus (1). Aunque esta afección se ha vuelto relativamente infrecuente en los países industrializados tras el uso de la profilaxis Rh en mujeres Rh negativas, la isoinmunización Rh sigue siendo común en los países de ingresos bajos y medianos (PIBM).

Los trastornos hemolíticos no inmunitarios (esferocitosis, deficiencia de G-6-PD) también pueden causar ictericia aumentada, y se ha observado un aumento de la hemólisis en algunos lactantes que desarrollaron kernícterus en Estados Unidos durante los últimos 15-20 años.

La posible interacción entre estas afecciones y las variantes genéticas de los genes Gilbert y UDPGT1A1, así como las variantes genéticas de otras proteínas y enzimas implicadas en el metabolismo de la bilirrubina, se analiza anteriormente (2). Recientemente, se han identificado tres nuevas mutaciones en genes que codifican la espectrina alfa o beta (SPTA1 o SPTB) en tres neonatos no emparentados con ictericia hemolítica no inmunitaria.

Estos hallazgos también ponen de relieve las dificultades que entraña el uso común de los términos "ictericia fisiológica" e "ictericia patológica" (3). Si bien la ictericia fisiológica es un concepto útil desde una perspectiva didáctica, su aplicación a un neonato real con ictericia resulta más compleja.

Etiología del trastorno

La etiología subyacente de la ictericia neonatal es la hiperbilirrubinemia neonatal, que presenta dos tipos distintos: hiperbilirrubinemia no conjugada e hiperbilirrubinemia conjugada, también conocidas como hiperbilirrubinemia indirecta e hiperbilirrubinemia directa, respectivamente (4).

Hiperbilirrubinemia no conjugada: es el tipo más común y puede ser fisiológica o patológica. La ictericia fisiológica representa el 75 % de la hiperbilirrubinemia neonatal y se debe a una alteración fisiológica en el metabolismo de la bilirrubina en el neonato. La eliminación metabólica de la bilirrubina también se ve comprometida debido a la actividad reducida de la uridina difosfato glucuronosiltransferasa (UGT), la enzima necesaria para la conjugación de la bilirrubina. La ictericia fisiológica suele aparecer en los recién nacidos a término 24 horas después del nacimiento, alcanza su punto máximo entre las 48 y las 96 horas, y se resuelve entre las 2 y las 3 semanas (5). Por el contrario, la hiperbilirrubinemia no conjugada patológica se presenta en las primeras 24 horas posteriores al nacimiento cuando la bilirrubina sérica total (BST) es superior al 95 % en los nomogramas de bilirrubina específicos para la edad o aumenta ≥5 mg/dL/día o >0,2 mg/dL/hora.

Según el mecanismo de elevación de la bilirrubina, la etiología de la hiperbilirrubinemia no conjugada se puede subdividir en las siguientes tres categorías: aumento de la producción de bilirrubina, disminución del aclaramiento de bilirrubina y otras causas.

Factores predisponentes

- Prematurez
- Género masculino
- Lactancia materna
- Edad gestacional menor de 35 semanas
- Cefalohematoma
- Policitemia
- Íleo meconial obstructivo
- Incompatibilidad de grupo y Rh

Estos factores predisponentes son de gran relevancia y se deben estudiar por el riesgo de complicaciones que pueden comprometer la vida del recién nacido.

DIAGNÓSTICO

Los métodos diagnósticos de la ictericia neonatal se basan en la evaluación clínica y la confirmación mediante estudios de laboratorio, con el objetivo de identificar oportunamente la hiperbilirrubinemia y prevenir complicaciones. Inicialmente, se realiza una inspección visual del recién nacido en un ambiente con iluminación adecuada, preferiblemente luz natural, observando la coloración de la piel, mucosas y escleróticas. La técnica de blanqueamiento cutáneo permite identificar la ictericia en diferentes tonalidades de piel (6). No obstante, la inspección visual no permite cuantificar la severidad, por lo que es indispensable medir los niveles de bilirrubina.

Para ello, se emplean la medición sérica y el uso de bilirrubinómetro transcutáneo. Este último puede utilizarse en recién nacidos con edad gestacional ≥35 semanas y edad postnatal mayor de 24 horas; sin embargo, si se obtiene valores ≥14.7 mg/dl (250 µmol/L), se debe confirmar mediante bilirrubina sérica.

En recién nacidos con ictericia en las primeras 24 horas de vida, la bilirrubina sérica debe medirse en forma inmediata y repetirse cada 6 horas hasta observar una tendencia descendente. En aquellos con ictericia posterior a las 24 horas, la medición debe realizarse dentro de las siguientes 6 horas de su detección. Como parte del abordaje integral, se recomienda realizar estudios complementarios en caso de hiperbilirrubinemia significativa, tales como biometría hemática, reticulocitosis, grupo sanguíneo y factor Rh, así como prueba de Coombs.

Tratamiento médico

El tratamiento de la Ictericia neonatal depende de los niveles séricos de la bilirrubina, la edad gestacional y la edad posnatal del recién nacido. La fototerapia es el tratamiento de primera elección y está indicada cuando los niveles de bilirrubina alcanzan los umbrales establecidos en relación con la edad en horas.

Se recomienda iniciar fototerapia cuando los niveles de bilirrubina se encuentran aproximadamente en los siguientes rangos:

- 24 horas: ≥8–10 mg/dl
- 48 horas: ≥11–13 mg/dl
- 72 horas: ≥14–15 mg/dl

Puede ser:

- Fototerapia simple
- Fototerapia múltiple continua

Durante el tratamiento, se deben monitorizar los niveles de bilirrubina cada 4 a 6 horas inicialmente, y posteriormente cada 6 a 12 horas cuando exista estabilidad o descenso. Se suspende cuando la bilirrubina desciende al menos 2.9 mg/dl por debajo del umbral de inicio, verificando posteriormente la ausencia de rebote (7). Sin embargo, en los casos de hiperbilirrubinemia severa, o cuándo existe riesgos de daño neurológico, se recurre a la exanguinotransfusión, la cual es un procedimiento terapéutico de urgencia que consiste en el recambio parcial o total de la sangre del recién nacido. Su principal objetivo es disminuir rápidamente, los niveles de bilirrubina sérica, eliminar anticuerpos circulantes (en caso de enfermedad hemolítica) y corregir alteraciones hematológicas asociadas.

La exanguinotransfusión está indicada, principalmente cuando los niveles de bilirrubina alcanzan cifras críticas, generalmente ≥25–26 mg/dl, o cuando estos valores se mantienen por encima del umbral, a pesar de la fototerapia intensiva (8). Previo al procedimiento, es fundamental preparar al recién nacido, asegurando estabilidad, hemodinámica y disponibilidad de sangre compatible, de acuerdo con el grupo y factor Rh (9). El volumen de recambio generalmente corresponde al doble del volumen sanguíneo del recién nacido, calculado como aproximadamente 160 ml/kg en recién nacidos de término (80 ml/kg × 2) y 180 ml/kg en prematuros (90 ml/kg × 2). La velocidad de intercambio se realiza de forma gradual, entre 2 a 3 ml/kg por minuto, con una duración aproximada de 1 a 2 horas.

Intervenciones de enfermería

Antes del procedimiento

Previo a la exanguinotransfusión, el personal de enfermería desempeña un papel fundamental en la preparación del recién nacido y del entorno:

- Verificar la indicación médica del procedimiento, así como los niveles de bilirrubina sérica y criterios clínicos.
- Identificar correctamente al recién nacido y corroborar grupo sanguíneo y factor Rh.
- Preparar el equipo necesario, incluyendo material estéril, catéteres (generalmente umbilicales), soluciones y equipo de monitoreo.
- Comprobar la disponibilidad de sangre compatible, revisando caducidad, temperatura y condiciones de conservación.
- Mantener al recién nacido en ambiente térmico neutro, evitando la hipotermia.
- Monitorizar signos vitales basales: frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura y saturación de oxígeno.
- Valorar el estado neurológico y detectar signos de encefalopatía.
- Canalizar acceso vascular (umbilical o periférico) bajo técnica estéril.

- Mantener ayuno según indicación médica y asegurar hidratación adecuada.
- Brindar apoyo a la lactancia materna si está indicado antes del procedimiento.
- Informar y orientar a los padres sobre el procedimiento, resolviendo dudas y disminuyendo la ansiedad.

Durante el procedimiento

Durante la exanguinotransfusión, el personal de enfermería debe mantener vigilancia continua y actuar de manera oportuna ante cualquier complicación:

- Monitorizar continuamente signos vitales (frecuencia cardíaca, respiratoria, presión arterial, temperatura y saturación de oxígeno).
- Vigilar el estado hemodinámico del recién nacido.
- Controlar la velocidad de intercambio sanguíneo (aproximadamente 2–3 ml/kg/min), según indicación médica.
- Mantener técnica estéril en todo momento para prevenir infecciones.
- Verificar que la sangre se administre correctamente, evitando errores de compatibilidad.
- Vigilar la permeabilidad del acceso vascular (catéter umbilical).
- Observar signos de complicaciones como:
  - » Bradicardia o taquicardia
  - » Apnea o dificultad respiratoria
  - » Cambios en la coloración de la piel
  - » Hipotermia o hipertermia
  - » Sangrado o extravasación
- Controlar el balance hídrico estricto (ingresos y egresos).
- Mantener la fototerapia continua durante el procedimiento si está indicada.
- Registrar detalladamente cada fase del procedimiento, volúmenes intercambiados y respuesta del paciente.

Después del procedimiento

Posterior a la exanguinotransfusión, la vigilancia es esencial para detectar complicaciones y evaluar la efectividad del tratamiento:

- Monitorizar signos vitales de forma continua y frecuente.
- Medir niveles de bilirrubina sérica aproximadamente a las 2 horas posteriores al procedimiento.
- Vigilar signos de rebote de hiperbilirrubinemia.
- Evaluar el estado neurológico del recién nacido.
- Controlar el balance hídrico y el estado de hidratación.
- Vigilar posibles complicaciones:
  - » Hipoglucemia
  - » Hipocalcemia
  - » Alteraciones electrolíticas
  - » Infecciones
  - » Anemia o trombocitopenia
- Mantener la fototerapia según indicación médica.
- Vigilar el sitio de inserción del catéter, detectando signos de infección o sangrado.
- Brindar cuidados de confort y mantener ambiente térmico adecuado.
- Educar a los padres sobre signos de alarma y la importancia del seguimiento.
- Registrar la evolución clínica y respuesta al tratamiento en el expediente.

Pronóstico

El pronóstico de los recién nacidos con ictericia neonatal que requieren exanguinotransfusión depende de múltiples factores, entre los que destacan la severidad de la hiperbilirrubinemia, la oportunidad en la intervención, la causa subyacente y la calidad del manejo clínico y de enfermería durante y después del procedimiento.

En general, cuando la exanguinotransfusión se realiza de manera oportuna y bajo condiciones adecuadas, el pronóstico suele ser favorable, ya que este procedimiento permite una rápida disminución de los niveles séricos de bilirrubina, la eliminación de anticuerpos circulantes y la corrección de alteraciones hematológicas.

Esto contribuye significativamente a la prevención de complicaciones graves, como la encefalopatía bilirrubínica y el kernicterus, condiciones que pueden ocasionar daño neurológico irreversible. Diversos estudios han demostrado que la mayoría de los neonatos sometidos a exanguinotransfusión presentan evolución clínica satisfactoria, con recuperación progresiva y disminución de los niveles de bilirrubina tras el procedimiento.

ANTECEDENTES

"Al recién nacido que requiere exanguinotransfusión"

Del autor: Yaritza Coromoto Hernández Zambrano, Año: 2021

En este artículo se aborda fisiopatológicamente la ictericia neonatal, concluyendo en la importancia de conocer los síntomas y signos característicos de este y saber cuándo es un problema real; podemos encontrar explicada y detalladamente la técnica de exanguinotransfusión como método de tratamiento para este padecimiento y la efectividad que tiene si se realiza correctamente.

"Exanguinotransfusión para hiperbilirrubinemia neonatal: Un estudio prospectivo multicéntrico de la Sociedad Neonatal Turca"

De los autores: Emel Okulu, Ömer Erdeve, Año: 2021

La exanguinotransfusión es una terapia definitiva y eficaz cuando la fototerapia intensiva es insuficiente o resulta ineficaz para detener el aumento de los niveles de bilirrubina en lactantes. En este estudio, se determinó la incidencia y las causas subyacentes de los pacientes sometidos a exanguinotransfusión, los eventos adversos asociados a la misma y los desenlaces clínicos adversos relacionados con la hiperbilirrubinemia. Este estudio mostró que la enfermedad hemolítica del recién nacido (EHRN) fue la segunda causa más común de ictericia hemolítica.

METODOLOGÍA

Objetivo:

Determinar el nivel de conocimiento del personal de enfermería asignado al área de UCIN y Pediatría sobre la técnica de exanguinotransfusión en el Hospital General "B" del ISSSTE de Tampico, Tamaulipas.

Tipo de investigación:

Cuantitativa: Se aplico un instrumento de medición para determinar el grado de conocimiento del personal de enfermería asignado al área de UCIN y Pediatría sobre la técnica de exanguinotransfusión en el Hospital General "B" del ISSSTE de Tampico, Tamaulipas.

Bibliográfica: Se obtuvieron datos de distintas fuentes de información como: revistas, libros, guía de práctica clínica, manuales, tesis y fuentes de internet.

Campo: Se entrevisto directamente a la muestra seleccionada

Diseño de investigación:

Diseño no experimental de corte transversal

- Población de estudio: Profesionales de enfermería que trabajan en el Hospital General "B" del ISSSTE de Tampico, Tamaulipas.
- Muestra: Se entrevistó a 16 enfermeras(os) de los servicios de UCIN y pediatría de los diferentes turnos.
- Técnica de recolección de datos:

Se elaboró un cuestionario que consta de 30 ítems con respuesta de opción múltiple. Estas preguntas se encuentran relacionadas a la problemática de esta investigación y ayudaron a medir "El nivel de conocimiento del personal de enfermería asignado al área de UCIN y Pediatría sobre la técnica de exanguinotransfusión en el Hospital General "B" del ISSSTE de Tampico, Tamaulipas.".

La recolección de datos estará a cargo del autor de la investigación iniciando con una breve y clara explicación. Una vez con previa autorización se explicará al personal de enfermería el propósito del estudio, así como el tiempo requerido para contestar la encuesta, también se les informa que su participación es voluntaria y anónima. Se les entrego el instrumento de medición y se recoge al finalizar la entrevista. Al finalizar la aplicación

se agradecerá a los participantes por la colaboración brindada. Los instrumentos de medición serán guardados y analizados solo por el autor y el asesor de la investigación. Finalmente se agradecerá el apoyo a las autoridades de la institución con el compromiso de dales a conocer los resultados.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio se sometió al dictamen del Comité de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería del Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas, A.C. y se obtuvo la autorización del Hospital General "B" del ISSSTE de Tampico, Tamaulipas.

El estudio se apegó a lo estipulado en el Título Segundo referente a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987), donde se respetaron los siguientes artículos: Del Artículo 13, se respetaran la dignidad y los derechos de bienestar del participante, se aplicaran los instrumentos en un lugar cómodo y respetando la privacidad del participante al no permitir que la información obtenida sea manejada por personas ajenas a la investigación.

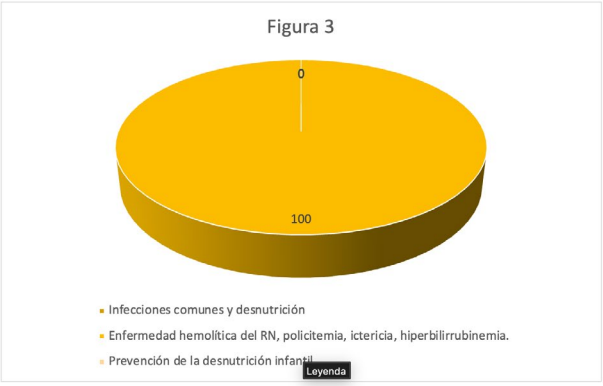
RESULTADOS

Tablas y Gráficas:

Tabla 3. **¿Cuáles son las principales indicaciones para realizar una exanguinotransfusión?**

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
a) Infecciones comunes y desnutrición	0	0%
b) Enfermedad hemolítica del RN, policitemia, ictericia, hiperbilirrubinemia.	16	100%
c) Prevención de la desnutrición infantil.	0	0%
Total	**16**	**100%**

Fuente: Hospital General "B" ISSSTE de Tampico, Tamps.



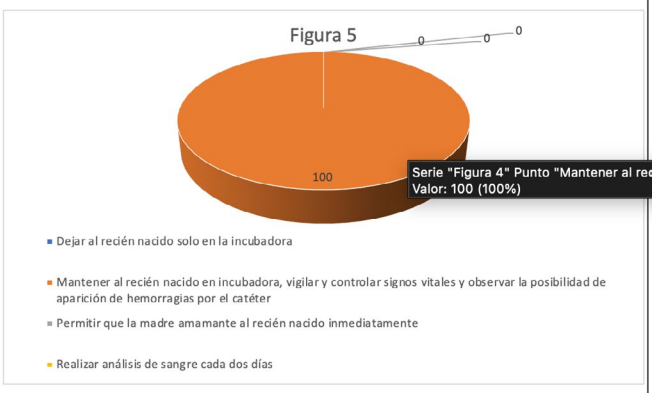
Fuente: Tabla 3.

Figura 3. **Interpretación del resultado:** De acuerdo con los resultados obtenidos, los encuestados reconocen adecuadamente las principales indicaciones clínicas para realizar una exanguinotransfusión, destacando patologías como enfermedad hemolítica del recién nacido e hiperbilirrubinemia. Esto refleja dominio conceptual sobre los criterios médicos que justifican la intervención.

Tabla 5. **¿Qué tipo de cuidados se requieren después de una exanguinotransfusión?**

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
a) Dejar al recién nacido solo en la incubadora	0	0%
b) Mantener al recién nacido en incubadora, vigilar y controlar signos vitales y observar la posibilidad de aparición de hemorragias por el catéter	16	100%
c) Permitir que la madre amamante al recién nacido inmediatamente	0	0%
d) Realizar análisis de sangre cada dos días	0	0%
Total	**16**	**100%**

Fuente: Hospital General "B" ISSSTE de Tampico, Tamps.



Fuente: Tabla 5.

Figura 5. **Interpretación del resultado:** Con los datos obtenidos se observa que el personal identifica correctamente los cuidados posteriores al procedimiento. Esto demuestra conciencia sobre la importancia del monitoreo estrecho para prevenir complicaciones.

Los resultados obtenidos permitieron identificar diversos aspectos relacionados con la experiencia, el conocimiento técnico y la percepción del papel que desempeña el personal de enfermería durante este procedimiento.

En relación con el tipo de sangre que se utiliza con mayor frecuencia durante la exanguinotransfusión neonatal, los resultados mostraron que el 56.25% del personal encuestado identificó la sangre de donante dirigido como la más utilizada, mientras que el 43.75% señaló la sangre homóloga como la opción más común durante el procedimiento. Por otra parte, ninguno de los participantes seleccionó la sangre de donante anónimo no compatible.

Respecto al conocimiento sobre el volumen de sangre requerido para realizar una exanguinotransfusión de doble volumen en un recién nacido con peso aproximado de 2 kg, se observó que el 37.5% de los participantes seleccionó 160 ml, mientras que el 31.25% indicó 320 ml, el 25% respondió 240 ml y el 6.25% señaló 400 ml. Estos resultados evidencian variabilidad en las respuestas proporcionadas por el personal de enfermería.

En relación con el conocimiento del personal de enfermería sobre los cuidados que se requieren después de realizar una exanguinotransfusión, los resultados

obtenidos mostraron que el 100% de los participantes, señalaron que es necesario mantener al recién nacido en incubadora, vigilar y controlar signos vitales y observar la posible aparición de hemorragias en el sitio del catéter.

En cuanto al conocimiento del personal de enfermería sobre la posición que debe adoptar el recién nacido durante la realización de una exanguinotransfusión, los resultados mostraron que el 81.25% identificó correctamente que el recién nacido debe colocarse en posición de decúbito supino, ya que esta postura permite un mejor acceso vascular y facilita la vigilancia clínica durante el procedimiento.

En relación con el conocimiento del personal de enfermería acerca de las recomendaciones sobre la alimentación del recién nacido después de una exanguinotransfusión, los resultados mostraron que el 62.5% de los encuestados considera que se debe retrasar la alimentación del recién nacido al menos durante 24 horas después de realizado el procedimiento. Por otra parte, el 31.25% de los participantes señaló que no existe restricción en la alimentación posterior.

En cuanto al conocimiento sobre las alteraciones metabólicas que pueden presentarse en recién nacidos hijos de madres diabéticas, los resultados mostraron que el 43.75% del personal identificó la hipoglucemia como la alteración más probable, seguida de hipocalcemia con 31.25%. Asimismo, el 12.5% mencionó hiperpotasemia y otro 12.5% hipernatremia.

Con respecto a la experiencia práctica del personal de enfermería en la participación en procedimientos de exanguinotransfusión, los resultados evidenciaron que el 43.75% no han participado en ningún procedimiento, solamente el 31.25% ha participado en menos de 3 procedimientos, el 25% de los encuestados ha participado al menos en 3 procedimientos.

En relación con la percepción del papel del personal de enfermería durante el proceso de exanguinotransfusión, el 100% de los participantes consideró que la enfermera desempeña un papel muy importante durante el procedimiento. Este resultado refleja el reconocimiento generalizado de la relevancia del personal de enfermería en la preparación del paciente, la monitorización de los signos vitales y la detección oportuna de posibles complicaciones.

En conjunto, los resultados obtenidos permiten identificar que el personal de enfermería posee conocimientos generales sobre diversos aspectos relacionados con la exanguinotransfusión neonatal; sin embargo, también se evidencian algunas áreas de oportunidad relacionadas con el conocimiento técnico y la experiencia práctica en la realización del procedimiento.

CONCLUSIONES

El personal de enfermería posee conocimientos generales sobre la exanguinotransfusión neonatal y reconoce la importancia de su participación durante este procedimiento. Se evidenció un adecuado dominio de los cuidados posteriores y de la posición correcta del recién nacido durante la intervención. Sin embargo, se identificaron diferencias en el conocimiento técnico relacionado con el volumen de sangre requerido y las recomendaciones de alimentación posteriores. Asimismo, la experiencia práctica resultó limitada, ya que una proporción importante del personal no ha participado en procedimientos de exanguinotransfusión, se comprende que esta es una técnica mayormente practicada por los neonatólogos, pero enfermería es la base para el éxito en estos procedimientos. Estos hallazgos ponen de manifiesto la necesidad de fortalecer la capacitación continua y las oportunidades de práctica clínica. De esta manera, se contribuirá a mejorar la seguridad, la calidad de la atención y los resultados en los recién nacidos que requieren este procedimiento especializado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alex R. Kemper TBNJLSAVH. Revisión de la guía de práctica clínica: Manejo de la hiperbilirrubinemia en el recién nacido de 35 semanas o más de gestación. American Academy of Pediatrics. 2022.

2. Angela Liseth Mena Toapanta NACT. Fototerapia y Exanguinotransfusión como Tratamiento en Neonatos con Hiperbilirrubinemia. Revisión sistemática.Reincisol. 2024.

3. Angie Lizeth Galíndez-González SRCB. Factores predisponentes para ictericia neonatal en los pacientes egresados de la UCI neonatal, Hospital Infantil los Ángeles de Pasto. Universidad y Salud. 2017.

4. Emel Okulu ,ÖEOT. Exanguinotransfusión para la hiperbilirrubinemia neonatal: un estudio prospectivo multicéntrico de la Sociedad Neonatal Turca. Turkish Archives of Pediatrics. 2021.

5. Castaño-Picó MJ,&SMM. Hiperbilirrubinemia neonatal. Sociedad Científica Española de Enfermería. 2011.

6. Daniela Salazar Porras LMAH. Ictericia neonatal: manifestación clínica frecuente en pediatría. Revista Médica Sinergia. 2023.

7. Social IMdS. Diagnostico y Tratamiento de la Ictericia. Guía de Practica Clínica. 2019.

8. Carmen FTMd, Pérez-Muñuzuri A, Ces Tarrío MdC, Baloira Nogueira MdC, Fernández Lorenzo JR. Técnica de exanguinotransfusión. Metas enferm. 2007.

9. Evelyn PP. Atencion al recien nacido que requieren Exanguineotransfusion en el aea de Neonatologia. Universidad Regional Autonoma de Los Andes. 2020.

10. Hernández YC. Al recien nacido que requiere exanguinotransfusión. Revista Universidad y Sociedad. 2021.

CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DOCENTE

Ramiro Rafael Ramos Nepomuceno
Fecha de recepción: 20-01-2026
Fecha de aceptación: 29-05-2026

RESUMEN

Introducción:
El síndrome de Burnout se ha convertido en un problema cada vez más relevante dentro del ámbito educativo, especialmente entre el personal docente. Este síndrome se caracteriza por el agotamiento emocional, la despersonalización suele desarrollarse como consecuencia de la exposición prolongada a situaciones de estrés laboral. Los docentes enfrentan diversas demandas que pueden favorecer la aparición de este síndrome, entre ellas la sobrecarga de trabajo, la presión por cumplir metas institucionales.

Objetivo:
Analizar las causas y consecuencias del síndrome de burnout en el personal docente, con el fin de identificar los factores que influyen en su desarrollo y su impacto en el desempeño profesional y en la calidad del proceso educativo para su mejor rendimiento.

Método:
Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 15 docentes que laboran en una Universidad Privada del Sur de Tamaulipas, con mayor de 5 años de experiencia en el mismo ámbito y a su vez laborando en el ámbito del sector salud (clínicas, hospitales, etc.), así mismo, para la recolección de datos se aplicó una encuesta de 30 ítems el cual con los datos obtenidos fueron organizados en tablas y gráficos bajo el programa Excel.

Resultados:
Los resultados obtenidos evidencian que el Síndrome de Burnout en el personal docente está estrechamente relacionado con múltiples factores de origen laboral y emocional. Entre las principales causas identificadas se encuentran la sobrecarga de trabajo, la presión administrativa, la falta de reconocimiento profesional.

Entre los efectos más relevantes se encuentran el agotamiento emocional, la despersonalización en el trato con los estudiantes y una disminución en la realización personal.

Conclusión:
Es importante comprender que se trata de un fenómeno complejo y multifactorial, estrechamente vinculado a las condiciones laborales, organizacionales y personales que rodean la práctica educativa. Entre las principales causas Identificadas destacan la sobrecarga de trabajo, la presión administrativa, la falta de reconocimiento institucional, entre otras.

PALABRAS CLAVE

Concientización, muerte perinatal, duelo, intervenciones, enfermería.

ABSTRACT

Introduction:
Burnout Syndrome has become an increasingly relevant problem in the educational field, especially among teaching staff. This syndrome is characterized by emotional exhaustion and depersonalization, and it usually develops as a result of prolonged exposure to work-related stress situations. Teachers face various demands that may contribute to the development of this syndrome, including workload overload and pressure to meet institutional goals.

Objective:
To analyze the causes and consequences of burnout syndrome in teaching staff, in order to identify the factors that influence its development and its impact on professional performance and the quality of the educational process, aiming to improve performance.

Methodology:
A quantitative, descriptive, cross-sectional study was conducted. The population consisted of 15 teachers working at the Private University with more than 5 years of service in the same institution and also working in the healthcare sector. For data collection, a 30-item survey was applied, and the obtained data were organized into tables.

Results:
The results show that burnout syndrome among teachers is closely related to multiple occupational and emotional factors. The main identified causes include workload overload, administrative pressure, and lack of professional recognition.

Among the most relevant consequences are emotional exhaustion, depersonalization in interactions with students, and a decrease in personal accomplishment.

Conclusions:
Burnout syndrome in teachers is a complex and multifactorial phenomenon, closely linked to working conditions, organizational factors, and personal aspects involved in educational practice. The main identified causes include workload overload, administrative pressure, and lack of institutional recognition.

KEYWORDS

Burnout Syndrome, exhaustion, fatigue, work stress.

ORCID:0009-008-1106-1331

INTRODUCCION

El síndrome de burnout en el personal docente es una problemática causada por el estrés y las exigencias laborales constantes. Sus consecuencias afectan la salud física y emocional de los docentes, así como su desempeño profesional y la calidad educativa.

- **Consecuencias en el desempeño docente**

El síndrome de burnout tiene un impacto importante en el desempeño laboral de los docentes, ya que afecta su bienestar físico, emocional y profesional. Cuando un profesor experimenta un estado constante de agotamiento, estrés y desmotivación, su capacidad para enseñar de manera efectiva disminuye considerablemente. Esto no solo perjudica al docente, sino también a los estudiantes y al ambiente escolar en general.

- **Consecuencias en los estudiantes y ambiente escolar**

El síndrome de burnout en el personal docente no solo afecta la salud y el desempeño de los profesores, sino también el proceso de aprendizaje de los estudiantes y el ambiente dentro de la institución educativa. Cuando un docente se encuentra agotado física y emocionalmente, las relaciones en el aula y la calidad de la enseñanza pueden deteriorarse de manera significativa.

- **Papel de las instituciones educativas**

Las instituciones educativas desempeñan un papel fundamental en la prevención y atención del síndrome de burnout en el personal docente. Debido a que gran parte del estrés laboral se relaciona con las condiciones de trabajo, la organización escolar y la carga de responsabilidades, es importante que las escuelas implementen estrategias que favorezcan el bienestar físico y emocional de los profesores. (1)

Una de las principales responsabilidades de las instituciones es crear un ambiente laboral saludable y equilibrado. Esto implica promover una buena comunicación entre directivos y docentes, fomentar el respeto y el trabajo en equipo, así como mantener relaciones laborales basadas en el apoyo y la colaboración.

- **Afección de la memoria**

Afectaciones principales en la memoria por las causas del síndrome de burnout en el personal docente:

- **Señales de agotamiento mental:** el estrés y la ansiedad son los principales protagonistas que preceden al síndrome del trabajador quemado. Es más, el burnout se alimenta de ambos, además de tener relación con la aparición de trastornos adaptativos, relacionados con el estrés, la ansiedad, la depresión y el insomnio.

- **Despersonalización y cinismo**

El burnout produce un cambio en el comportamiento del trabajador que lo sufre. Este adopta una actitud de indiferencia y desapego, reduciendo claramente su compromiso hacia el trabajo. Esto se manifiesta también en sus relaciones en el ámbito laboral, tanto con compañeros como con clientes. La irritabilidad y el endurecimiento del trato se convierten en tónicas habituales dentro de la forma de actuar de un trabajador quemado, los clientes, usuarios o personas con las que interaccionan perciben este cambio de actitud, pero también la familia y su entorno social.

- **Afección de la conciencia**

Principales afectaciones en la conciencia por síndrome de burnout en el personal docente:

A nivel neuroendocrino y fisiológico:

- Respuesta al estrés crónico: La exposición prolongada a factores estresantes laborales activa el sistema de respuesta al estrés del cuerpo (el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal o HPA), llevando a una sobre activación de cortisol.

- Alteraciones cardiovasculares: Este estrés crónico puede llevar a un aumento de la presión arterial y la frecuencia cardíaca (taquicardia).

- Alteraciones del sueño: El insomnio es un síntoma común, lo que perpetúa el ciclo de agotamiento y estrés.

- Síntomas físicos: Se pueden presentar dolores musculares, dolores de cabeza y fatiga general.

Tipología del Síndrome de burnout en el personal docente:

El síndrome de burnout (o síndrome de desgaste profesional) en el personal docente suele dividirse en tres dimensiones principales, según el modelo desarrollado por Christina Maslach y colaboradores:

Agotamiento emocional:

- El docente se siente física y emocionalmente exhausto.
- Puede experimentar cansancio constante, falta de energía y sensación de no poder seguir afrontando las demandas del trabajo.
- Es la dimensión más característica del burnout.

Despersonalización o cinismo:

- Aparece una actitud distante, fría o negativa hacia los estudiantes, compañeros o la institución.
- El docente puede mostrar irritabilidad, indiferencia o pérdida de empatía.
- En el ámbito educativo, también se manifiesta como una menor implicación afectiva con los alumnos.

Baja realización personal o baja eficacia profesional:

- Sensación de incompetencia o falta de logros en el trabajo.
- El docente percibe que su labor tiene poco impacto o que no está alcanzando los resultados deseados.
- Puede disminuir la satisfacción laboral y la motivación por enseñar.

Etiología del Síndrome de Burnout en el personal docente:

La etiología del síndrome de burnout en el personal docente es multifactorial, es decir, resulta de la interacción de factores laborales, organizacionales y personales que generan estrés crónico y dificultan la adaptación del profesor a las demandas de su trabajo.

Factores laborales y organizacionales

- Sobrecarga de trabajo (planeación, evaluación, actividades administrativas y extracurriculares).
- Exceso de alumnos por grupo.
- Falta de recursos didácticos y tecnológicos.
- Presión por cumplir objetivos académicos y administrativos.
- Ambigüedad o conflicto de roles dentro de la institución.
- Escaso apoyo de directivos o compañeros.

Diagnóstico:

El diagnóstico del síndrome de burnout se basa principalmente en la evaluación clínica y en la aplicación de instrumentos psicométricos validados que permiten medir sus dimensiones fundamentales: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. (2)

El burnout no se encuentra clasificado como un trastorno mental independiente en los principales manuales diagnósticos; sin embargo, la Organización Mundial de la Salud lo reconoce como un fenómeno ocupacional asociado al estrés crónico en el trabajo que no ha sido gestionado adecuadamente. Su evaluación debe complementarse con la valoración de síntomas físicos, emocionales y conductuales, así como con el análisis de las condiciones laborales y organizacionales del trabajador.

Diagnostico Diferencial

El diagnóstico diferencial de las patologías relacionadas con el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HHS/HPA) incluye principalmente trastornos de hiperfunción (exceso hormonal) e hipofunción (deficiencia hormonal) que pueden originarse en cualquiera de los tres niveles del eje.

Trastornos de Hipofunción (Insuficiencia Suprarrenal)

La insuficiencia suprarrenal se clasifica según el nivel de afectación del eje:

- Insuficiencia suprarrenal primaria (Enfermedad de Addison): Las glándulas suprarrenales no producen suficiente cortisol (y a menudo aldosterona).
- Diagnóstico diferencial: Otras enfermedades que causan síntomas similares como hipotensión, pigmentación de la piel, debilidad y dolor abdominal, incluyendo miopatías, enfermedad celíaca, síndrome de Peutz-Jeghers, anorexia nerviosa, SIADH y trastornos tiroideos.
- Insuficiencia suprarrenal secundaria: Problema en la hipófisis que resulta en una producción insuficiente de ACTH, lo que lleva a una menor producción de cortisol por las suprarrenales.
- Insuficiencia suprarrenal terciaria: Problema en el hipotálamo (producción insuficiente de CRH).

- Diagnóstico diferencial de causas secundarias/terciarias: Supresión del eje por uso crónico de corticoides exógenos, tumores hipofisarios, traumatismo craneoencefálico, o hipopituitarismo general. (3)

TRATAMIENTO:

El síndrome de burnout en el personal docente constituye un problema de salud ocupacional que requiere un abordaje integral, debido a su impacto en la salud física, mental y en el desempeño profesional. Considerando que este síndrome es consecuencia del estrés laboral crónico, su tratamiento debe orientarse tanto al fortalecimiento de los recursos individuales del docente como a la mejora de las condiciones organizacionales en las que desempeña su labor.

En el ámbito individual, la atención psicológica representa una de las principales estrategias de intervención.

La terapia cognitivo-conductual ha demostrado ser eficaz en la identificación y modificación de pensamientos disfuncionales relacionados con la autoexigencia, el perfeccionismo y la percepción de ineficacia profesional. Asimismo, favorece el desarrollo de habilidades de afrontamiento, la regulación emocional y el fortalecimiento de la autoestima.

No obstante, el tratamiento del burnout no debe centrarse exclusivamente en el individuo, ya que su origen está estrechamente relacionado con factores organizacionales.

En este sentido, las instituciones educativas desempeñan un papel clave en la implementación de medidas correctivas. La reducción de la sobrecarga laboral, la distribución equitativa de tareas, la disminución de responsabilidades administrativas excesivas y la adecuación del número de estudiantes por aula son acciones que pueden disminuir significativamente el desgaste profesional.

ANTECEDENTES

El Síndrome de Burnout o desgaste profesional fue descrito por Herbert Freudenberger en la década de 1970 como una respuesta al estrés laboral crónico. Posteriormente, Christina Maslach desarrolló estudios que identificaron tres dimensiones principales del síndrome: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. (4)

En los últimos años, el burnout ha aumentado considerablemente en el sector educativo debido a las exigencias laborales y emocionales que enfrenta el personal docente. De acuerdo con datos de la OCDE, el 46% de los docentes en México reporta altos niveles de estrés laboral y el 22% ha considerado abandonar la profesión debido a la presión y desgaste emocional. (5)

Asimismo, estudios realizados en México señalan que aproximadamente el 50% de los docentes presenta agotamiento físico y mental relacionado con la carga administrativa, exceso de trabajo y falta de reconocimiento profesional.

Además, investigaciones de la Universidad Nacional Autónoma de México indican que hasta el 42% de los docentes sufre afectaciones en su salud mental y física derivadas del estrés laboral. (6)

Las consecuencias del Burnout afectan tanto al docente como al proceso educativo. Entre las más frecuentes se encuentran ansiedad, depresión, fatiga crónica, irritabilidad, insomnio y problemas cardiovasculares. También se observa disminución del rendimiento laboral, ausentismo y desmotivación profesional. Algunas investigaciones muestran que cerca del 18% de los docentes presenta niveles altos de Burnout y alrededor del 5% niveles críticos. (7)

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud reconoce el burnout como un fenómeno asociado al estrés laboral crónico, lo que ha impulsado el desarrollo de estrategias para proteger la salud mental del personal educativo.

METODOLOGÍA

Objetivo:

Determinar las causas y consecuencias del síndrome de burnout en el personal docente, con el fin de identificar los factores que influyen en su desarrollo y su impacto en el desempeño profesional y en la calidad del proceso educativo.

Tipo de investigación:

Este tipo de investigación es Cuantitativa el cual Se aplico un instrumento de medición para determinar las causas y las consecuencias del Síndrome de Burnout en el personal docente y con los resultados se elaboraron tablas y gráficas.

Bibliográfica:

Se obtuvieron datos de distintas fuentes de información como: revistas, libros, guía de práctica clínica, manuales, tesis y fuentes de internet.

Campo:

Se entrevisto directamente a la muestra seleccionada

Diseño:

Este tipo de estudio es transversal el cual se aplicó por única ocasión el instrumento de investigación a la muestra de estudio al personal docente para así descubrir y sobre todo saber cuál serían las principales causas que el personal docente presenta al momento de sentir el síndrome de burnout y así encontrar las consecuencias de este.

Población:

100 catedráticos del área de enfermería de una Universidad privada del Sur de Tamaulipas, con experiencia mínima de 5 años en la docencia y señalándose la necesidad de que estos mismos docentes fueran activos en el área clínica.

Muestra:

Se entrevistaron a 50 docentes del área universitaria de una universidad privada.

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se elaboró un cuestionario que consta de 30 ítems con respuesta de opción múltiple, estas preguntas se encuentran relacionadas a la problemática de esta investigación y ayudaron a medir "Las Causas y Consecuencias del Síndrome de Burnout en el personal Docente".

Para aplicar el instrumento a la muestra selección nos presentamos a la Universidad Privada del Sur de Tamaulipas, y se les informó a los directivos el propósito del estudio y los beneficios que aportará a la disciplina de enfermería, así como el horario y tiempo requerido para la aplicación de los instrumentos.

La recolección de datos estará a cargo del autor de la investigación iniciando con una breve y clara explicación. Una vez con previa autorización se explicará al personal docente el propósito del estudio, así como el tiempo requerido para contestar la encuesta, también se les informa que su participación es voluntaria y anónima. Se les entrego el instrumento de medición y se recoge al finalizar la entrevista. Al finalizar la aplicación se agradecerá a los participantes por la colaboración brindada.

Los instrumentos de medición serán guardados y analizados solo por el autor y el asesor de la investigación. Finalmente se agradecerá el apoyo a las autoridades de la institución con el compromiso de dales a conocer los resultados.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio se sometió al dictamen del Comité de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería del Instituto privado y se obtuvo la autorización de este.

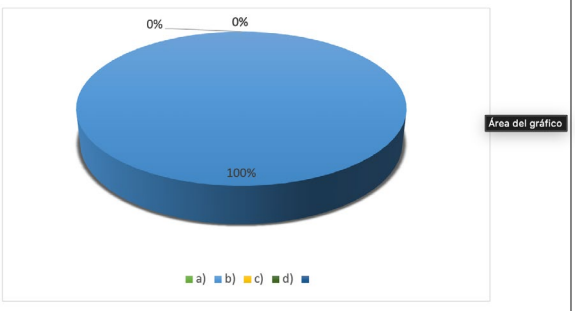
El estudio se apegó a lo estipulado en el Título Segundo referente a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987), donde se respetaron los siguientes artículos: Del Artículo 13, se respetaran la dignidad y los derechos de bienestar del participante, se aplicaran los instrumentos en un lugar cómodo y respetando la privacidad del participante al no permitir que la información obtenida sea manejada por personas ajenas a la investigación.

RESULTADOS

Tabla 16. **¿Qué situación aumenta el riesgo de Burnout?**

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
a) Horarios flexibles	0	0%
b) Excesos de responsabilidades	15	100%
c) Mejor desempeño docente	0	0%
d) Incremento del bienestar	0	0%
Total	**15**	**100%**

Fuente: Universidad Privada del Sur de Tamaulipas.



Fuente: Universidad Privada del Sur de Tamaulipas

Figura **Interpretación del resultado:** Se observa que la mayoría de la población toma a consideración que el exceso de responsabilidades aumenta el riesgo en presentar el síndrome de burnout.

Los datos recopilados demuestran un alto índice de agotamiento y despersonalización en el personal docente. Se observa que la gran mayoría de los encuestados, tan solo el (87%) reconoce que el trabajo en equipo y el apoyo entre colegas puede disminuir el impacto del síndrome de burnout en sus vidas. (8)

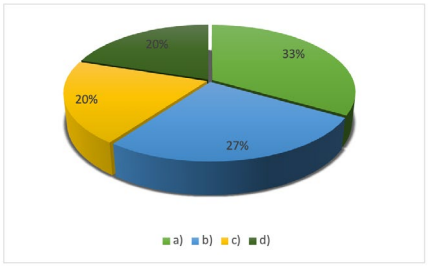
Los datos muestran un consenso absoluto entre los participantes encuestados 100% respecto al impacto del síndrome de burnout para una formación adecuada en el desempeño para evitar este problema.

Los resultados sugieren que la motivación entre los mismos docentes es la principal herramienta para erradicar y evitar que se llegue a presentar el síndrome de burnout la cual sirve para eliminar estigmas y optimizar el desempeño de los alumnos, garantizando un entorno de confianza y profesionalismo.

Tabla **¿Qué entiende usted por Síndrome de Burnout en el ámbito docente?**

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
a) carga de trabajo	5	33.33%
b) agotamiento	4	26.67%
c) respuesta al estrés	3	20%
d) síndrome	3	20%
Total	**15**	**100%**

Fuente: Universidad Privada del Sur de Tamaulipas.



Fuente: Universidad Privada del Sur de Tamaulipas.

Figura **Interpretación del resultado:** Se analiza que el personal docente considera como definición sobre el síndrome de burnout que es la sobre carga de trabajo.

La gran mayoría de los encuestados, el 95% identifica que el personal docente se caracteriza por una atención disciplinada, humanizada y ética. Se evidencia que la motivación es percibida como una herramienta clave para fortalecer la calidad del alumno y mejorar su rendimiento académico, minimizando prejuicios o barreras emocionales en el estudiante. (9)

Existe un consenso total del 100% en que la competencia distintiva del personal docente es la falta de comunicación, por encima de las labores administrativas. Los datos reflejan una relación directa y crítica entre la carencia de formación en el alumno y el desempeño académico. La mayoría de los encuestados identifica que la falta de motivación por parte de la institución, principalmente, es el principal problema entre docentes. (10)

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos evidencian que el personal docente es percibido mayoritariamente como disciplinado, humanizado y ético, características que favorecen un entorno educativo de calidad. Asimismo, la motivación se identifica como un factor determinante para fortalecer el rendimiento académico y reducir barreras emocionales en los estudiantes. No obstante, se observa que la falta de comunicación constituye la principal debilidad del cuerpo docente, afectando de manera significativa los procesos formativos. De igual forma, la escasa motivación institucional emerge como uno de los principales factores que impactan negativamente en el ejercicio docente. Los datos también revelan una elevada presencia de agotamiento y despersonalización, indicadores asociados al síndrome de burnout. En este contexto, el trabajo colaborativo y el apoyo entre colegas son reconocidos como estrategias efectivas para mitigar sus efectos. Existe consenso absoluto respecto a la necesidad de implementar acciones formativas para prevenir este síndrome. Finalmente, se concluye que el fortalecimiento de la motivación, la comunicación y el trabajo en equipo constituye una estrategia fundamental para mejorar el bienestar docente y optimizar la calidad del proceso educativo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramirez J. SCIELO. [Online]; 2017. Acceso 3 de Abirlde 2017. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php.

2. Ramirez J. REDIECH. [Online]; 2025. Acceso 14 de JULIOde 2025. Disponible en: https://www.redalyc.org/journal/.

3. Loaiza C. SCRIBD. [Online]; 2023. Disponible en: https://es.scribd.com/document/714268740/Patologias-del-eje-hipotalamo-hipofisis-suprarrenal.

4. murillo lf. Scielo. [Online]; 2025. Acceso 01 de febrerode 2025. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/pdf/.

5. Mar DGM. Estadisticas de agotamiento docente. [Online]; 2026. Acceso 10 de 03de 2025. Disponible en: https://flipeducation.ai/cl/estadisticas-agotamiento-docente?utm_source.

6. Alatorre ml. gaceta. [Online]; 2024. Disponible en: https://gaceta.facmed.unam.mx/index.php/2024/11/26/bienestar-y-salud-mental-en-docentes-universitarios/.

7. Soto AJC. Frontiers. [Online]; 2025. Acceso 15 de 04de 2026. Disponible en: https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/.

8. Torres EF. Vocación y burnout en docentes mexicanos. [Online]; 2023. Acceso 19 de febrerode 2023. Disponible en: https://revistas.uned.es/index.php/educacionXX1/article/view/32954.

9. Judith Cristina YRMD. Salud uninorte. [Online]; 2017. Acceso 30 de abril-de 2017. Disponible en: https://www.redalyc.org/journal/817/81753189006/html/.

10. Silvert E. Educo. [Online]; 2026. Acceso 02 de juniode 2026. Disponible en: https://www.educo.org/blog/factores-que-influyen-en-calidad-de-la-educacion.

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA SOBRE EL CÓDIGO INFARTO EN EL ÁREA DE URGENCIAS DEL ISSSTE

ORCID: 0009-0000-2981-0769

Maria Jose Garcia Garcia

Fecha de recepción: 15-01-2026

Fecha de aceptación: 31-05-2026

RESUMEN

Introducción:

El Código Infarto constituye una estrategia fundamental dentro de los sistemas de salud, ya que busca reducir el tiempo de respuesta, optimizar la atención en los servicios de urgencias y, en consecuencia, disminuir la mortalidad y las complicaciones asociadas a esta patología. El presente estudio tiene como tema central el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre el Código Infarto, entendido como el conjunto de protocolos y acciones coordinadas que permiten la atención oportuna y eficaz de pacientes con sospecha de infarto agudo al miocardio. En este contexto, el personal de enfermería desempeña un papel crucial, al ser frecuentemente el primer contacto con el paciente y responsable de la identificación temprana de signos y síntomas, así como de la activación adecuada del protocolo establecido.

Objetivo:

Determinar el nivel de conocimiento sobre el código infarto que tiene el personal de enfermería en el área de urgencias del Instituto de seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) Tampico.

Método:

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal. Se entrevistaron a los enfermeros que trabajan en el ISSSTE Tampico. Se les aplicó un instrumento de medición de 20 reactivos a una muestra representativa de 20 enfermeros del área de urgencias.

Resultados:

Los resultados de este estudio muestran que el 70% (14) están totalmente de acuerdo que el IAM es una lesión miocárdica aguda detectada por los biomarcadores cardiacos, el 25% (5) de acuerdo, el 5% (1) ni de acuerdo ni en desacuerdo. Es un hallazgo interesante que el 45% (9) están totalmente de acuerdo que el signo de Levin es muy habitual en pacientes que están sufriendo un ataque cardiaco, el 40% (8) de acuerdo, el10% ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 5% (1) en desacuerdo. Es interesante observar que el 70% (14) está totalmente de acuerdo con que el IAM con elevación del segmento ST ocurre generalmente por la obstrucción de una o más arterias coronarias, el 25% (5) de acuerdo, el 5% (1) ni en de acuerdo ni en desacuerdo.

Conclusión:

La enfermera tiene un papel fundamental en la activación del infarto agudo al miocardio, al ser el primer profesional sanitario que observa al paciente a la llegada del servicio de urgencias. La GPC respalda la participación del enfermero en la valoración del paciente que ingresa al servicio.

PALABRAS CLAVE:

IAM, Código infarto, síndrome coronario agudo, reperfusión.

ABSTRACT

Introduction:

The Infarct Code is a fundamental strategy within health systems, since it seeks to reduce response time, optimize care in emergency services and, consequently, reduce mortality and complications associated with this pathology. The present study has as its central theme the level of knowledge of the nursing staff about the Infarction Code, understood as the set of coordinated protocols and actions that allow the timely and effective care of patients with suspected acute myocardial infarction. In this context, nursing staff play a crucial role, as they are often the first contact with the patient and responsible for the early identification of signs and symptoms, as well as the appropriate activation of the established protocol.

Objective:

To determine the level of knowledge about the infarction code that the nursing staff has in the emergency area of the Institute of Security and Social Services of State Workers (ISSSTE) Tampico.

Methods:

This research has a quantitative, descriptive and cross-sectional approach. The nurses who work at the ISSSTE Tampico were interviewed. A 20-item measurement instrument was applied to a representative sample of 20 nurses in the emergency department.

Results:

The results of this study show that 70% (14) strongly agree that AMI is an acute myocardial lesion detected by cardiac biomarkers, 25% (5) agree, 5% (1) neither agree nor disagree. It is an interesting finding that 45% (9) strongly agree that Levin's sign is very common in patients who are having a heart attack, 40% (8) agree, 10% neither agree nor disagree, 5% (1) disagree. It is interesting to note that 70% (14) strongly agree that ST-segment elevation AMI generally occurs due to obstruction of one or more coronary arteries, 25% (5) agree, 5% (1) neither agree nor disagree.

Conclusions:

The nurse plays a fundamental role in the activation of acute myocardial infarction, as she is the first health professional to observe the patient upon arrival at the emergency department. The CPG supports the participation of nurses in the assessment of the patient who enters the service.

KEYWORDS:

AMI, Code infarction, acute coronary syndrome, reperfusion.

INTRODUCCIÓN

A nivel celular, el infarto agudo de miocardio representa la muerte de las células miocárdicas con necrosis del miocardio. El American Collage of Cardiology (ACC) y la European Society for Cardiology (ESC) han elaborado unos criterios clínicos para definir tanto la lesión como el infarto miocárdico, conocidos como la Cuarta definición universal de infarto de miocardio. (1)

El infarto agudo del corazón se debe a la obstrucción de las arterias coronarias que nutren el territorio cardiaco, conocida técnicamente como "aterosclerosis"; es una enfermedad progresiva debida al cúmulo de grasa dentro de las arterias, hasta que se complica con la presencia de un coagulo o trombo que impiden el flujo sanguíneo ocasionando el infarto en el territorio de la arteria obstruida; de manera que el tamaño del infarto depende del tamaño de la arteria obstruida, y de ahí, el tipo de complicaciones que se pueden presentar. (2)

Los pacientes que sufren un infarto agudo de miocardio pueden morir en la primera hora sin recibir atención médica, este riesgo se reduce significativamente cuando el paciente recibe tratamiento dentro de las primeras horas posteriores al inicio de los síntomas, si el paciente no muere en la primera hora, el infarto puede causar un daño irreversible al corazón. (3)

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La relación entre la trombosis coronaria y el infarto de miocardio (IM) fue descrita hace más de un siglo por Herrick en una presentación de 1912 ante la Asociación de Médicos Estadounidenses. Herrick, uno de los primeros defensores del uso de la electrocardiografía para diagnosticar un infarto de miocardio. El signo de Levine (un paciente que sostiene un puño sobre el pecho para describir el dolor en el pecho), es sólo una de las contribuciones de este cardiólogo en 1929. Enfatizó la frecuencia de arritmias cardíacas posteriores a un infarto de miocardio, que podían diagnosticarse mediante auscultación dado que el monitoreo cardíaco aún no estaba disponible. Arthur M. Master, MD, desarrolló el Master Two Step, la prueba de esfuerzo cardíaco actual. En la década de 1950, el tratamiento del infarto de miocardio se amplió para incluir oxígeno inhalado, nitroglicerina sublingual, atropina subcutánea, papaverina y anticoagulantes como la heparina y la Warfarina. (4)

Históricamente, España ha sido uno de los países con menor mortalidad por infarto agudo de miocardio (IAM); las defunciones por esta causa, además, se han reducido desde 1990 en un 40%, se han obtenido tras realizar un estudio descriptivo de los datos existentes desde 1990 hasta 2006 en el Instituto Nacional de Estadística.

El Codi IAM se inició el 1 de junio de 2009, con el acuerdo entre el Departamento de Salud, el Servicio Catalán de Salud, el Sistema Catalán de Emergencias Médicas (SEM), los colegios profesionales representantes de las partes implicadas (cardiología, urgencias, cuidados intensivos y atención primaria) y los directores de los hospitales de referencia asignados. (5)

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), a partir del año 2015, se desarrolló e implementó el protocolo de atención de urgencias Código Infarto, con el objetivo de mejorar el diagnóstico y tratamiento del infarto agudo de miocardio y así reducir, eventualmente, la mortalidad. (6)

Desde hace décadas, las enfermedades del corazón siguen siendo una de las principales amenazas a la vida en el mundo. En México, representa el 20.2% del total de muertes debidas a problemas de salud de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).El protocolo estandarizado se aplica a cualquier hora, los 7 días de la semana, consiste en que, al llegar un paciente es evaluado, generalmente en menos de 10 minutos, y una vez que se confirma el diagnóstico se aplica uno de los siguientes dos procedimientos: Un medicamento intravenoso (fibrinolítico) que permite disolver el coágulo que obstruye la arteria del corazón responsable del infarto y una intervención llamada angioplastia, procedimiento para abrir la arteria obstruida y restablecer el flujo de sangre, todo este operativo se realiza con una perfecta sincronía para atender a la o el derechohabiente en un lapso que va de los 30 a los 90 minutos. (7)

En México, cerca de 220 mil personas fallecieron por enfermedades cardiovasculares en 2021, de las cuales 177 mil fueron por infarto al miocardio, que puede ser prevenible al evitar o controlar los factores de riesgo como el tabaquismo, presión arterial alta, colesterol elevado y diabetes no controlada. (8)

Durante el periodo enero-junio de 2023, las defunciones por enfermedades del corazón fueron la primera causa de muerte a nivel nacional, con 97 187 casos. (9). En la información preliminar del primer semestre de 2023, las enfermedades del corazón ocuparon el primer lugar dentro de las 10 principales causas de muerte, tanto a nivel general como por su distinción según sexo. (10)

El Código Infarto opera desde el 2015 y a la fecha se encuentra en 23 representaciones estatales en unidades de los tres niveles de atención: 11 Unidades Médicas de Alta Especialidad, 182 Hospitales y 151 Unidades de Medicina Familiar (7).

Las enfermedades del corazón son una de las principales causas de defunción entre la población mexicana, y la tendencia varió a partir de 2020.

Destacaron las isquémicas (reducción del flujo sanguíneo al corazón por bloqueo parcial o total de las arterias), que presentaron una incidencia alta entre la población que falleció a partir de los 45 años. (11).El infarto al miocardio y las enfermedades isquémicas aparecen después de los 65 años y afectan a tres cuartas partes del total de personas adultas mayores, aunque también se han encontrado casos entre los 30 y 35 años. (8)

Fisiopatologia

La rotura de la delgada capa fibrosa de un ateroma coronario expone la matriz subendotelial subyacente a elementos formados de la sangre circulante, lo que conduce a activación de las plaquetas, generación de trombina y formación de trombos. La erosión de una placa coronaria sin rotura también puede conducir a la formación de trombos y se estima que causa hasta 25% de los infartos de miocardio. El síndrome coronario agudo es un proceso dinámico que involucra transición cíclica entre oclusión completa del vaso, oclusión parcial del vaso y reperfusión. (12)

Causas

La interrupción del flujo de sangre puede dañar o destruir una parte del músculo cardíaco, por lo general, la obstrucción se debe a una acumulación de grasa, colesterol y otras sustancias en las arterias del corazón (coronarias). Los depósitos de grasa que contienen colesterol se llaman placas. (13). Las personas con problemas de corazón o que ya han sufrido un evento cardiovascular, las de edad avanzada y las que presentan factores de riesgo - hipertensión arterial, tabaquismo, obesidad, diabetes, elevación del colesterol malo (LDL), descenso del colesterol bueno (HDL)- tienen mayor riesgo. (14)

Consecuencias

La expansión del infarto y la dilatación progresiva del ventrículo izquierdo son consecuencias de una reperfusión coronaria ineficaz. El segmento aneurismático consiste en un inicio en tejido necrótico y es sustituido más tarde por tejido cicatricial fibroso. (12)

Signos y Sintomas

Dolor torácico precordial o retroesternal opresivo, irradiado a hombro, mandíbula o epigastrio, disnea, incremento en duración o intensidad de dolor torácico de la disnea, náusea, vómito, diaforesis, palpitaciones, lipotimia, sincope. (15)

Método de Diagnostico Inicial

Identificar a la persona con síntomas de dolor precordial, disnea o sincope para su atención inmediata en los servicios de urgencias o admisión continua y realizar un electrocardiograma (12 derivaciones) en los primeros 10 minutos. (15)

Tratamiento

Otorgar el tratamiento de reperfusión de manera inmediata una vez establecido el diagnóstico de IAM CEST: Angioplastia primaria (unidades con disponibilidad de sala de hemodinamia o factibilidad de transferencia a una sala dentro de la red en < 120 minutos). (15). La Angioplastia Primaria consiste en la realización de un cateterismo cardiaco, que permite la visualización de la arteria ocluida por el trombo y la resolución de dicha obstrucción mediante el implante de una pequeña prótesis endovascular conocida como "stent coronario". (16)

METODOLOGÍA

Objetivo:

Determinar el nivel de conocimiento sobre el código infarto que tiene el personal de enfermería en el área de urgencias del Instituto de seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) Tampico.

Tipo de investigación:

- Cuantitativa: Se aplico un instrumento de medición para determinar el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre el código infarto en el área de urgencias del ISSSTE
- Bibliográfica: Se obtuvieron datos de distintas fuentes de información como: revistas, libros, guía de práctica clínica, manuales, tesis y fuentes de internet.
- Campo: Se entrevisto directamente a la muestra seleccionada

Diseño de investigación:

Diseño no experimental de corte transversal

Población de estudio: Se entrevistarom a los profesionales de enfermería del Instituto de seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) Tampico

Muestra: 20 enfermeros del servicio de urgencias de los turnosmatutino y vespertino.

Técnica de recolección de datos:

Para la técnica de recolección de datos se realizó un cuestionario de 20 ítems. Se dividió en dos secciones, la primera sección se elaboró 4 ítems de opción múltiple para conocer su nivel socioeconómico y la segunda sección se elaboró una escala Likert con 16 ítems afirmativas sobre el código infarto con la finalidad de medir el nivel de conocimiento del personal de enfermería de urgencias.

Para aplicar el instrumento a la muestra seleccionada, se presentó el trabajo al comité de ética de la Facultad de Enfermería del Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas, AC., Campus López Mateos. Se les informó a los directivos el propósito del estudio y los beneficios que aportará a la disciplina de enfermería, así como el horario y tiempo requerido para la aplicación de los instrumentos.

Con la autorización del comité de ética, nos entrevistamos con el jefe de enseñanza del Hospital ISSSTE Tampico y explicamos el propósito del estudio.

Se llevó a cabo las coordinaciones con las autoridades para la recolección de datos que estará a cargo del autor de la investigación iniciando con una breve y clara explicación.

Una vez con previa autorización se explicará al personal de enfermería el propósito del estudio, así como el tiempo requerido para contestar la encuesta también se les informa que su participación es voluntaria y anónima antes de firmar el consentimiento informado. Se les entrego el instrumento de medición y se recoge al finalizar la entrevista.

Al finalizar la aplicación se agradecerá a los participantes por la colaboración brindada. Los instrumentos de medición serán guardados y analizados solo por los autores y el asesor de la investigación.

Finalmente se agradecerá el apoyo a las autoridades de la institución con el compromiso de dales a conocer los resultados.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Este estudio se sometió al dictamen del Comité de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería del Instituto privado y se obtuvo la autorización de este.

El estudio se apegó a lo estipulado en el Título Segundo referente a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987), donde se respetaron los siguientes artículos: Del Artículo 13, se respetaran la dignidad y los derechos de bienestar del participante, se aplicaran los instrumentos en un lugar cómodo y respetando la privacidad del participante al no permitir que la información obtenida sea manejada por personas ajenas a la investigación.

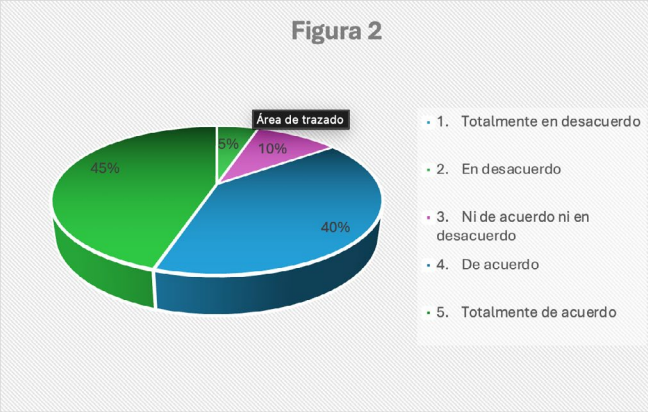
RESULTADOS

Tablas y Graficas

Tabla 2. **¿El signo de Levin es muy habitual en pacientes que están sufriendo un ataque cardiaco?**

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
1. Totalmente en desacuerdo	0	0%
2. En desacuerdo	1	5%
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	10%
4. De acuerdo	8	40%
5. Totalmente de acuerdo	9	45%
Total	**20**	**100%**

Fuente: Instituto de seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado



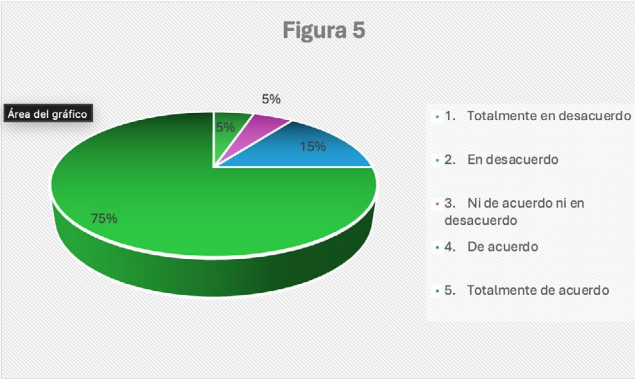
Fuente: Tabla 2.

Figura 2. **Interpretación del resultado:** Como se observa en la gráfica casi la mitad de los entrevistados está totalmente de acuerdo que el signo de Levin es habitual en pacientes que están sufriendo un ataque cardiaco, es de suma importancia reconocer que este signo característico nos puede ser de gran ayuda en la identificación de un IAM.

Tabla 5. **¿En los primeros 10 minutos de identificación de los síntomas de IAM es esencial realizar un ECG?**

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
1. Totalmente en desacuerdo	0	0%
2. En desacuerdo	1	5%
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1	5%
4. De acuerdo	3	15%
5. Totalmente de acuerdo	15	75%
Total	**20**	**100%**

Fuente: Instituto de seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado



Fuente: Tabla 5.

Figura 5. **Interpretación del resultado:** Como se observa en la gráfica tres cuartas partes de los enfermeros entrevistados están totalmente de acuerdo que, en los primeros 10 minutos de identificación de los síntomas de IAM es esencial realizar un ECG permite un diagnóstico rápido y preciso, siendo el pilar fundamental para iniciar terapias de reperfusión que salvan vidas

Durante el desarrollo de la investigación se pudo identificar que los profesionales de enfermería del Servicio de urgencias del ISSSTE Tampico, presentan un buen conocimiento sobre el Código Infarto ya que el 70% del personal posee una licenciatura más especialidad

La capacitación previa y la actualización del personal de enfermería es fundamental dentro del ámbito clínico, ya que, es el primer profesional de la salud en entrar en contacto con el paciente en una emergencia, como lo muestran los resultados el (50%) de los encuestados recibieron una capacitación previa acerca del código infarto.

Los datos muestran números favorables ante la identificación de signos y síntomas presentados de un IAM como lo son: Dolor u opresión precordial retroesternal, que puede irradiarse a brazos, cuello, mandíbula o región epigástrica, acompañada de disnea, diaforesis, nauseas o vomito, con un (70%) de asertividad a su identificación.

El (75%) de los profesionales de la salud están de acuerdo que en los primeros 10 minutos de identificación de los síntomas de IAM es esencial realizar un ECG.

Es favorable observar que el (60%) de los entrevistados conocen lo esencial de la administración de un fibrinolítico en menos de 30 minutos después de la identificación de los signos y síntomas del IAM

Es interesante observar que el (70%) del personal entrevistado tiene el conocimiento de que la Intervención coronaria percutánea debe realizarse preferiblemente en menos de 24 hrs.

CONCLUSIONES

Los profesionales de enfermería presentan un nivel de conocimiento favorable sobre el Código Infarto, lo cual puede estar relacionado con su formación académica y especialización profesional.

La capacitación y actualización continua del personal de enfermería constituyen elementos fundamentales para fortalecer las competencias necesarias en la atención oportuna del paciente con infarto agudo al miocardio, favoreciendo una respuesta eficaz ante situaciones de emergencia.

El personal de enfermería demuestra una adecuada capacidad para identificar los principales signos y síntomas del infarto agudo al miocardio, aspecto esencial para la detección temprana y la activación inmediata de los protocolos de atención. Existe conocimiento sobre la importancia de la realización temprana del electrocardiograma como herramienta diagnóstica indispensable en la valoración inicial del paciente con sospecha de infarto agudo al miocardio.

Los profesionales de enfermería poseen conocimientos relacionados con la administración oportuna de la terapia fibrinolítica, reconociendo su relevancia para la reperfusión miocárdica y la disminución de complicaciones asociadas al evento cardiovascular. Se identifica un conocimiento adecuado respecto a la intervención coronaria percutánea como una estrategia terapéutica fundamental en el manejo del infarto agudo al miocardio, así como de la importancia de su realización dentro de los tiempos recomendados por las guías clínicas.

La preparación académica y el desarrollo continuo de competencias del personal de enfermería son factores clave para optimizar la atención de los pacientes con infarto agudo al miocardio, contribuyendo a mejorar los resultados clínicos y la calidad de los servicios de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Walls R, Hockberger R, Gausche-Hill M, Erickson T. Medicina de Urgencias. Conceptos y Practica Clinica. En Glass GFI, Brandy WJ. Seccion tres. Sistema Cardiaco. Valencia: Elsevier España; 2024. p. 849-889.

2. Gobierno de México y el Instituto Mexicano del Seguro Social. Blog. [Online]; 2022. Acceso 09 de Juliode 2025. Disponible en: https://www.gob.mx/imss/articulos/codigo-infarto-la-estrategia-del-imss-que-salva-vidas/.

3. Avila I. Top Doctors México. [Online]; 2024. Acceso 09 de Juliode 2025.

Disponible en: https://www.topdoctors.mx/articulos-medicos/las-consecuencias-de-no-atender-un-infarto-de-miocardio-a-tiempo/.

4. Gordon HJ. Infarto de Miocardio: Evolución en el Diagnóstico, la Atención y el Pronóstico. American College of Cardiology. 2019;: p. 4.

5. Faixedas MT, Mauri J, Pueyo MJ. Registre Codi IAM: Registro del Código Infarto en Cataluña. Revista Española de Cardiología. 2022; 75(4): p. 291-293.

6. Robledo Aburto ZA, Duque Molina C, Lara Saldaña GJ, Borrayo Sánchez G, Avilés Hernández R, Reyna Sevilla A. Protocolo de Atención del Código Infarto, Rumbo a la Federación del IMSS Bienestar. Revista Medicina del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2022;: p. 49-53.

7. Gobierno de México. Instituto Méxicano del Seguro Social. [Online]; 2021. Acceso 28 de 10de 2025. Disponible en: https://www.gob.mx/imss/articulos/codigo-infarto-cuida-tu-corazon.

8. Gobierno de México y Secretaria de Salud. Cada año, 220 mil personas fallecen debido a enfermedades del corazón. [Online]; 2022. Acceso 28 de 10de 2025. Disponible en: https://www.gob.mx/salud/prensa/490-cada-ano-220-mil-personas-fallecen-debido-a-enfermedades-del-corazon.

9. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Principales resultados preliminares de enero a junio de 2023. Estadísticas de Defunciones Registradas. 2024;: p. 1.

10. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Comunicado de prensa número 26/24. [Online].; 2024. Acceso 09 de Julio de 2025. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/.

11. Instituto Nacional de Geografía y Estadística. Comunicado de Prensa. [Online].; 2024. Acceso 09 de Julio de 2025. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/.

12. Griffin BP. Manual de Medicina Cardiovascular Barcelona: Wolters Kluwer; 2019.

13. Fundación Mayo para la Educación y la Investigación Médica. Mayo Clinic. [Online]; 2023. Acceso 10 de 11de 2025. Disponible en: https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/heart-attack/symptoms-causes.

14. Fernández. Asociación Española de Enfermería. [Online]; 2023. Acceso 27 de 10de 2025. Disponible en: https://enfermeriaencardiologia.com/salud-cardiovascular/enfermedades/infarto-agudo-de-miocardio-iam.

15. Instituto Mexicano del Seguro Social. Gob. [Online].; 2025. Acceso 21 de Octubre de 2025. Disponible en: https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/profesionalesSalud/investigacionSalud/historico/programas/06-pai-codigo-infarto.pdf.

16. Hospital Universitario Lucus Augusti. Angioplastía Primaria. [Online]; 2025. Acceso 27 de 10de 2025. Disponible en: https://cardiologia-lugo.com/angioplastia-primaria/.

IMPORTANCIA DEL PERFIL DE ENFERMERIA EN LA ATENCION DEL PACIENTE ONCOLÓGICO PEDIÁTRICO

Johana Messenger Muñiz
ORCID: 0009-0006-6572-3295
Fecha de recepción: 15-01-2026
Fecha de aceptación: 27-05-2026

RESUMEN

Introducción:
La atención del paciente oncológico pediátrico requiere un enfoque muy integral que no solo contemple el tratamiento médico, sino también el cuidado físico, psicológico y emocional del niño y sus familias, el perfil del profesional de enfermería tiene una gran relevancia, ya que desempeña un papel fundamental en el acompañamiento, la atención, cuidado del niño y el poder lograr un ambiente seguro, cálido y de confianza durante todo el proceso de la enfermedad. Asimismo, la ética profesional, la empatía y la preparación académica, salud mental del personal de enfermería son elementos muy importantes en el área, teniendo esos puntos mencionados podrá abordar y sobrellevar cada uno del tratamiento sin afectar al pediátrico dentro el área de oncología por falta de conocimiento.

Objetivo:
La presente investigación tuvo como objetivo analizar la importancia del perfil de enfermería en la atención del paciente oncológico pediátrico considerando los aspectos como la capacitación y el nivel de conocimiento en el área de oncología, la importancia de apoyar psicológicamente y emocionalmente al niño y familiares y los desafíos que enfrentan el personal de enfermería psicológicamente como emocionalmente al laborar con pacientes oncológicos pediátricos.

Método:
El estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal. La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de un cuestionario dirigido al personal de enfermería, lo que permitió obtener información relacionada con su experiencia y preparación en el área de oncología pediátrica.

Resultados:
Los resultados obtenidos evidenciaron que una gran parte de la muestra encuestada de enfermería cuenta con poca experiencia en el área de oncología pediátrica y que existe una limitada capacitación especializada en este campo como en el manejo emocional y psicológico del paciente. Sin embargo, la mayoría de los participantes reconoce la importancia del perfil profesional de enfermería en la atención integral del paciente pediátrico con cáncer.

Conclusión:
En conclusión, se destaca la necesidad de fortalecer la formación académica, la capacitación continua y el desarrollo de competencias profesionales del personal de enfermería, como estrategias para brindar un lugar cálido para el niño, programas para ayudar al personal psicológicamente y emocionalmente como social para laboral en un área oncológica pediátrica, con el fin de mejorar la calidad de la atención brindada a los pacientes oncológicos pediátricos.

PALABRAS CLAVE:
Enfermería, oncología pediátrica, perfil profesional, cuidados de enfermería.

ABSTRACT

Introduction:
The care of pediatric oncology patients requires a comprehensive approach that considers not only medical treatment but also the physical, psychological, and emotional care of the child and their family. In this context, the nursing professional profile becomes highly relevant, as nurses play a fundamental role in patient support, direct care, and in creating a safe, warm, and trusting environment throughout the course of the illness. Likewise, professional ethics, empathy, and the academic preparation of nursing staff are essential elements to provide quality care when facing different diagnostic outcomes and adverse situations that may arise in the field of pediatric oncology.

Objective:
The objective of this research was to analyze the importance of the nursing professional profile in the care of pediatric oncology patients, considering aspects such as training and level of knowledge in the oncology field, the importance of providing psychological and emotional support to the child and their family, and the psychological and emotional challenges faced by nursing staff when working with pediatric oncology patients.

Method:
The study was developed under a quantitative approach, with a descriptive and cross- sectional design. Data collection was carried out through the application of a question naire directed to nursing staff, which allowed the gathering of information related to their experience and preparation in the area of pediatric oncology.

Results:
The results obtained showed that a large part of the surveyed nursing sample has limited experience in the area of pediatric oncology and that there is limited specialized training in this field, as well as in the emotional and psychological management of the patient. However, most participants recognized the importance of the professional nursing profile in providing comprehensive care to pediatric patients with cancer.

Conclusion:
In conclusion, the need to strengthen academic training, continuous education, and the development of professional competencies among nursing staff is highlighted as strategies to provide a warm environment for the child and to implement programs that support nursing personnel psychologically, emotionally, and socially when working in pediatric oncology areas. This is essential to improve the quality of care provided to pediatric oncology patients.

KEYWORDS:
Nursing, pediatric oncology, professional profile, nursing care.

INTRODUCCIÓN

La oncología pediátrica es una de las áreas más complejas y sensibles del ámbito hospitalario, debido al impacto físico, emocional, psicológico y social que el cáncer genera tanto en el paciente pediátrico como en su familia. En este contexto, el profesional de enfermería desempeña un papel esencial en el cuidado integral, el acompañamiento y la recuperación del niño. Para ello, requiere competencias clínicas especializadas, habilidades de comunicación, empatía, estabilidad emocional y un sólido compromiso ético que favorezcan una atención humanizada y de calidad. La presente investigación tiene como propósito fortalecer el perfil profesional de enfermería en oncología pediátrica mediante la identificación de áreas de mejora relacionadas con la capacitación, la preparación emocional y las competencias profesionales. Asimismo, busca promover estrategias basadas en evidencia científica que contribuyan a brindar una atención segura, integral y centrada en las necesidades del paciente y su familia

Característica perfil enfermería del cuidado de paciente oncológico

El perfil de enfermería oncológica se distingue por competencias avanzadas en valoración clínica, administración de quimioterapia, manejo de síntomas, prevención de complicaciones y apoyo emocional al paciente y su familia. También requiere sensibilidad, empatía, habilidades de comunicación y conocimientos especializados sobre cáncer infantil y sus tratamientos. (1)

Intervenciones de enfermería psicológicamente

Las intervenciones de enfermería en salud mental se centran en proporcionar apoyo emocional, educación y orientación a los pacientes, Establecer una relación de confianza con nuestros pacientes, Escuchar sus preocupaciones y brindarles un espacio seguro para expresar sus emociones puede marcar una gran diferencia en su bienestar mental y Enseñarles técnicas de relajación.

Ética del personal de enfermería en el tratamiento

El código de ética de enfermería se define como la agrupación de elementos normativos que rigen la conducta de los enfermeros. Dicho documento tiene como objetivo fundamental establecer un estándar de comportamiento que garantice la calidad de la atención y la protección de los derechos de los pacientes. (2)

Estos principios son esenciales para asegurar una atención de salud de calidad y ética.

- Autonomía. Respetar la capacidad del paciente para tomar decisiones sobre su atención.
- Beneficencia. Actuar en el mejor interés del paciente, promoviendo su bienestar.
- No maleficencia. Evitar causar daño al paciente en cualquier circunstancia. • Justicia. Tratar a todos los pacientes de manera equitativa y justa, sin discriminación.

Cuidado físico y emocional en enfermería

Los cuidados deben abordar tanto las necesidades físicas como las emocionales, asegurando que el niño reciba atención personalizada y un entorno seguro para expresar sus miedos y preocupaciones. La enfermería oncológica juega un papel crucial en el manejo integral del paciente, proporcionando apoyo emocional y educando a los pacientes y sus familias sobre el diagnóstico, tratamiento y posibles efectos secundarios. (3)

Retos y barreras enfrentan las enfermeras

El personal enfrenta retos como carga laboral elevada, estrés emocional, falta de recursos, comunicación limitada con el equipo multidisciplinario y situaciones clínicas complejas. También existen barreras institucionales, como insuficiente capacitación, escasez de personal y falta de apoyo psicológico, que afectan la calidad del cuidado. (4)

Cuidado emocional personal enfermera

El bienestar emocional del personal es esencial para ofrecer cuidados de calidad. Enfermería puede experimentar cansancio, ansiedad y desgaste emocional debido al contacto constante con el sufrimiento y la muerte.

Actitudes de enfermería para enfrentar retos

Para enfrentar retos, el personal debe demostrar resiliencia, adaptabilidad, pensamiento crítico, capacidad para trabajar bajo presión y disposición para colaborar con el equipo multidisciplinario. También requiere manejo adecuado de emociones y habilidades para tomar decisiones éticas en situaciones complejas. (5)

Factores que tiene enfermería para tener un buen perfil de enfermería

Los factores incluyen formación académica, experiencia clínica, capacitación continua, habilidades técnicas, competencias de comunicación, valores éticos y apoyo

institucional. La combinación de estos elementos fortalece el desempeño profesional y mejora la atención al paciente oncológico pediátrico.

Importancia de la relación de enfermera, paciente y familia

La relación terapéutica entre enfermería, el paciente pediátrico y su familia es fundamental para el éxito del tratamiento. Construye confianza, facilita la comunicación, mejora la adherencia terapéutica y permite comprender las necesidades físicas y emocionales del niño. Esta relación fortalece el acompañamiento y favorece una atención integral y humanizada. (6)

ANTECEDENTES

Patricia Llop Barcia e Irene Llagostera Reverter , concluyeron que la atención de enfermería influye directamente en la calidad asistencial de los cuidados paliativos pediátricos, destacando la necesidad de fortalecer la formación del personal. (García, 2023) (7)

Leticia Sales Cardoso y colaboradores señalaron que el uso de estrategias humanizadas y lúdicas favorece la comunicación y la expresión emocional del niño hospitalizado, permitiendo disminuir el miedo y la ansiedad. (Cardoso, 2021). (8)

Villacreses-Merino (2024) analizó el papel de la enfermería en los cuidados paliativos pediátricos mediante una revisión documental. Los hallazgos señalan que el personal de enfermería desempeña una función esencial en el alivio del sufrimiento y en el acompañamiento del paciente y su familia, requiriendo actualización continua y competencias especializadas. Este antecedente resalta la relevancia de los cuidados humanizados en oncología pediátrica. (Monserrate Villacreses-Merino, 2024)

Hermosilla-Ávila y Sanhueza-Alvarado (2020) exploraron las experiencias de personas que viven con cáncer y la influencia del cuidado de enfermería. Los resultados mostraron que el proceso oncológico implica importantes cambios emocionales, físicos y sociales, donde el apoyo profesional favorece la adaptación y afrontamiento de la enfermedad. (Hermosilla-Ávila, 2020)

López Encina y colaboradores (2022) identificaron las estrategias utilizadas por los profesionales de salud para afrontar la muerte de pacientes pediátricos con cáncer. Los resultados mostraron la necesidad de apoyo institucional, acompañamiento emocional y capacitación para el manejo del duelo. Este antecedente aporta evidencia sobre los desafíos emocionales que enfrenta el personal de enfermería en oncología pediátrica. (Encina, 2022) (9)

Delgado-Riffo y Sanhueza-Alvarado (2024) analizaron la experiencia de las enfermeras que trabajan en oncología pediátrica. Los hallazgos revelaron que los vínculos emocionales establecidos con los pacientes influyen positivamente en la calidad del cuidado, promoviendo una atención más humana y empática. Sin embargo, también se identificaron situaciones de sobrecarga emocional. Este estudio destaca la importancia de fortalecer el apoyo profesional para garantizar cuidados de calidad. (10)

Por otra parte, estudios enfocados en la calidad de vida del paciente pediátrico con cáncer resaltan que el acompañamiento emocional del personal de enfermería y la participación de la familia son factores fundamentales para mejorar la adaptación del niño al tratamiento.

Estos antecedentes reflejan la necesidad de fortalecer continuamente el perfil profesional de enfermería en oncología pediátrica, no solo en conocimientos científicos, sino también en competencias emocionales y humanísticas.

METODOLOGÍA

Objetivo:

Determinar la importancia del perfil profesional de enfermería y su influencia en la calidad de la atención integral brindada al paciente oncológico pediátrico en una unidad hospitalaria

Tipo de investigación:

- Cuantitativa: Se aplico un instrumento de medición para determinar el grado de conocimiento del personal de enfermería sobre: Importancia del perfil de enfermería en la atención del paciente oncológico pediátrico.

- Bibliográfica: Se obtuvieron datos de distintas fuentes de información como: revistas, libros, guía de práctica clínica, manuales, tesis y fuentes de internet.

- Campo: Se entrevisto directamente al personal involucrado en el tema de investigación que labora en el personal de Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas, AC. Campus López Mateos.

Diseño de investigación:

- Diseño no experimental de corte transversal
- Población de estudio: Profesionales de enfermería que trabajan en Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas, AC. Campus López Mateos.
- Muestra: Se entrevisto a 20 enfermeras del servicio de Pediatría

Técnica de recolección de datos:

Se elaboró un cuestionario que consta de 30 ítems con respuesta de opción múltiple que identificaron el nivel de conocimiento del personal de enfermería de pediatría oncológica. Estas preguntas se encuentran relacionadas a la problemática de esta investigación y ayudaron a medir "La importancia del perfil de enfermería en la atención del paciente oncológico pediátrico.

Para aplicar el instrumento a la muestra selección nos presentamos a la Universidad Privada y se les informó a los directivos el propósito del estudio y los beneficios que aportará a la disciplina de enfermería, así como el horario y tiempo requerido para la aplicación de los instrumentos.

La recolección de datos estará a cargo del autor de la investigación iniciando con una breve y clara explicación. Una vez con previa autorización se explicará al personal docente el propósito del estudio, así como el tiempo requerido para contestar la encuesta, también se les informa que su participación es voluntaria y anónima. Se les entrego el instrumento de medición y se recoge al finalizar la entrevista. Al finalizar la aplicación se agradecerá a los participantes por la colaboración brindada. Los instrumentos de medición serán guardados y analizados solo por el autor y el asesor de la investigación. Finalmente se agradecerá el apoyo a las autoridades de la institución con el compromiso de dales a conocer los resultados.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio se sometió al dictamen del Comité de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería del Instituto privado y se obtuvo la autorización de este.

El estudio se apegó a lo estipulado en el Título Segundo referente a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987), donde se respetaron los siguientes artículos: Del Artículo 13, se respetaran la dignidad y los derechos de bienestar del participante, se aplicaran los instrumentos en un lugar cómodo y respetando la privacidad del participante al no permitir que la información obtenida sea manejada por personas ajenas a la investigación.

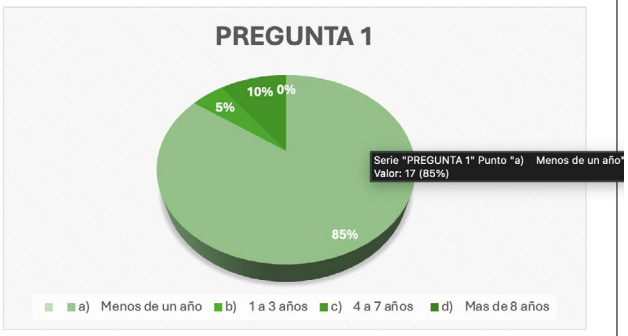
RESULTADOS

Tablas y Gráficas:

Tabla 1. **¿Cuál es su nivel de experiencia en la atención del paciente oncológico pediátrico?**

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
a) Menos de un año	17	85%
b) 1 a 3 años	1	5%
c) 4 a 7 años	2	10%
d) Más de 8 años	0	0%
Total	**20**	**100%**

Fuente: Icest Campus López Mateos



Fuente: Tabla 1.

Figura 1. **Interpretación del resultado:** Con los datos obtenidos se observa que la mayoría de la muestra encuestada cuenta con menos de un año de experiencia en la atención del paciente oncológico pediátrico, lo que puede influir en la calidad en la calidad del cuidado brindado al paciente pediátrico.

Los resultados mostraron que el 85% del personal de enfermería encuestado contaba con menos de un año de experiencia en la atención del paciente oncológico pediátrico. Asimismo, el 10% selecciono entre 4 y 7 años de experiencia, mientras que el 5indicó tener entre 1 y 3 años. Ningún participante refirió contar con más de 8 años de experiencia. Estos hallazgos evidencian una limitada trayectoria profesional en el área de oncología pediátrica entre la mayoría de los encuestados.

Respecto a la evaluación del conocimiento en la atención del paciente oncológico pediátrico, el 70% calificó su nivel como regular, el 20% lo consideró muy

bueno y el 10% manifestó poseer un nivel malo. Estos resultados sugieren la necesidad de fortalecer los conocimientos especializados mediante programas de capacitación continua.

Tabla 2. **¿Cuáles son los desafíos que más enfrentan como personal de enfermería en el cuidado y capacitación de un paciente pediátrico oncológico?**

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
a) La falta de recursos	15	75%
b) La falta de comunicación	1	5%
c) Los problemas personales	4	20%
Total	**20**	**100%**

Fuente: Icest Campus López Mateos



Fuente: Tabla 2.

Figura 2. **Interpretación del resultado:** De acuerdo con los datos obtenidos se muestra que mayoría de la muestra encuestada indica que la falta de recursos son unos de los desafíos que más enfrentan como personal de enfermería en el cuidado del paciente oncológico pediátrico, mientras que la mínima parte indica que los desafíos que más enfrentan como personal son los problemas personales.

En relación con la percepción del rol más importante de enfermería en el área de oncología pediátrica, el 80% señaló el apoyo emocional al paciente y sus familiares como la función primordial. Por su parte, el 15% consideró más relevante la educación a la familia, mientras que el 5% destacó la coordinación con el equipo de salud. Lo anterior refleja la importancia que el personal de enfermería atribuye al acompañamiento emocional dentro del cuidado integral.

Los principales desafíos identificados por el personal de enfermería fueron aceptar el diagnóstico del paciente, señalado por el 40% de los participantes. Además, tanto la carga laboral como el estrés en el trabajo fueron reportados por el 30% respectivamente. Estos resultados evidencian que las dificultades emocionales y laborales representan retos importantes en la atención oncológica pediátrica.

En cuanto a los factores que limitan el cuidado y la capacitación del paciente oncológico pediátrico, el 75% de los encuestados identificó la falta de recursos como el principal obstáculo. Asimismo, el 20% señaló los problemas personales y el 5% mencionó la falta de comunicación. Estos hallazgos ponen de manifiesto la necesidad de fortalecer los recursos institucionales para mejorar la calidad de la atención y el desarrollo profesional del personal de enfermería.

CONCLUSIONES

Los resultados muestran que el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre la atención del paciente oncológico pediátrico requiere fortalecimiento, por lo que resulta fundamental promover programas permanentes de capacitación y actualización que contribuyan a mejorar la calidad del cuidado.

El apoyo emocional fue considerado como la principal función de enfermería dentro del contexto oncológico pediátrico, lo que reafirma la importancia del cuidado humanizado y del acompañamiento integral tanto al paciente como a su familia durante el proceso de enfermedad y tratamiento.

Las dificultades relacionadas con la aceptación del diagnóstico, la carga laboral y el estrés ocupacional constituyen desafíos significativos para el personal de enfermería, influyendo en su desempeño y en la atención brindada a los pacientes.

La insuficiencia de recursos institucionales fue identificada como una de las principales barreras para el cuidado y la capacitación en oncología pediátrica. Asimismo, factores personales y de comunicación pueden afectar el cumplimiento adecuado de las actividades asistenciales y educativas.

Se concluye que es necesario implementar estrategias institucionales orientadas al fortalecimiento de la capacitación especializada, la optimización de los recursos disponibles y la mejora de las condiciones laborales del personal de enfermería, con el fin de favorecer una atención integral, segura y de calidad para el paciente oncológico pediátrico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto de Formacion Continua. [Online]. Disponible en: https://www.il3.ub.edu/blog/enfermeria-oncologica-importancia-y-cuidados-il3-ub/amp/.

2. Ratiu DTF. Ética en enfermería. Revista Electronica Portal Medicos. 2023;(12).

3. Soto LD. Bienestar. [Online]; 2024. Disponible en: https://www.bienestarcolsanitas.com/cuerpo-del-cuidador-enfermeria-desgaste.

4. Andrade-Pizarro LM. Retos y desafíos de enfermería en la actualidad. Scielo. 2023;(8).

5. Andrade-Pizarro LM. Scielo. [Online]. Disponible en: https://ve.scielo.

org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2610-80382023000200041.

6. Duque-Ortiz. Elsevier. [Online]. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-relacion-enfermera-familia-mas-alla-apertura-S1130239920300250.

7. Garcia PL. Atencion de enfermeria en la calidd asistencial en los cuiddos paliativos pediatricos. Recien. 2024;(25).

8. Cardoso LS. Scielo. [Online]; 2021. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682021000100006.

9. Encina MEL. Ecimed. [Online]; 2022. Acceso 27 de 05de 2021.

10. Delgado C. La enfermera oncologica infantil en primera persona influncia en el cuidado entregado. Scielo. 2024;(12).

11. Claudio EF. Revista sanitaria de investigacion. 2021.

Instrucciones para autores

La ENFERMERÍAICEST UNA VISIÓN INNOVADORA es una publicación periódica, que se publica cuatrimestralmente por el Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas A.C a través de la Facultad de Medicina del Campus Tampico 2000, con arbitraje por pares y considera para su publicación artículos de investigación original tanto del área clínico-epidemiológica, casos clínicos y artículos de revisión en el área de la salud, así como del área educativa.

La ENFERMERÍAICEST UNA VISIÓN INNOVADORA, está indexada en el Índice Mexicano de Revistas Biomédicas Iberoamericanas (IMBIOMED), el cual es un índice virtual de publicaciones médicas y científicas.

La ENFERMERÍAICEST UNA VISIÓN INNOVADORA, está dirigida a instituciones de salud y educativas de nivel profesional, académicos, profesionales y estudiantes en el campo de la medicina y ciencias de la salud interesados en los aspectos teóricos y prácticos de la educación y ciencias de la salud.

La ENFERMERÍAICEST UNA VISIÓN INNOVADORA es de acceso abierto; sin cobro de publicación; todos los artículos están disponibles al inicio de cada cuatrimestre y se permite su lectura y su descarga.

El contenido de los artículos es responsabilidad de los autores y no refleja necesariamente el punto de vista de los árbitros ni del Editor. Se autoriza la reproducción de los artículos (no así de las imágenes) con la condición de citar la fuente y se respeten los derechos de autor.

En relación a los manuscritos

Todos los trabajos enviados a ENFERMERÍAICEST UNA VISIÓN INNOVADORA se someten de manera inicial a un proceso de revisión técnica a cargo del editor de la revista y de acuerdo con su dictamen, se enviará a la revisión por pares de acuerdo con el tema de la investigación propuesto. El manuscrito de los artículos originales debe tener las siguientes características:

1. Formato. Todo el manuscrito debe tener un interlineado a 1.5 líneas, con justificación a la izquierda, fuente Arial de 12 puntos, con márgenes de por lo menos 2.5 cm en tamaño carta. Las páginas deben estar numeradas.

2. Para ser evaluado, el manuscrito debe ser enviado en archivo tipo Word, con tres apartados: primera página, manuscrito anónimo y cuadros y figuras.
3. En la primera página, se deben incluir los siguientes puntos:
   - Título principal del manuscrito en español e inglés.
   - Título corto en español e inglés de hasta 10 palabras.
   - Nombre completo, ORCID (si no lo tiene, debe registrarse de forma gratuita en https://orcid.org/) e institución a la que pertenece cada autor.
   - Información de contacto del autor responsable del manuscrito (correo electrónico, dirección completa preferentemente institucional y teléfono).

4. En el apartado correspondiente al manuscrito anónimo, incluya:

   - El resumen en dos versiones: español e inglés, respectivamente. Los resúmenes son de máximo 300 palabras. Incluir introducción, objetivo, métodos, resultados y conclusiones. Para artículos originales, los resúmenes deben estar subdivididos en las mismas secciones que el texto principal, además de las conclusiones, excepto referencias. Al final de ambos resúmenes incluir en el idioma correspondiente hasta cinco palabras clave.

   - El texto principal del manuscrito debe incluir las secciones de: Introducción, Métodos, Resultados, Discusión y Referencias. Solo en los artículos de metodología y de revisión los autores pueden decidir los nombres de las secciones del manuscrito.

- Para el contenido de cada sección del manuscrito se sugiere al autor revisar las recomendaciones de los Requisitos de Uniformidad para Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas el cual puede consultar en http://www.icmje.org

- Al final de la sección de Métodos, describir un apartado para especificar las "Consideraciones éticas", aplicadas en su trabajo de investigación como por ejemplo lo relacionado con el consentimiento informado y la aprobación por el comité de investigación de la institución en donde se realizó el estudio e indicar si todos los participantes tuvieron conocimiento de la finalidad de la investigación y si su participación fue voluntaria.

- Una recomendación es incluir en la Discusión las limitaciones del estudio, sus fortalezas y áreas de oportunidad de mejora, así como las medidas que se llevaron a cabo para subsanar estas limitaciones.

- Las referencias, deben ser de acuerdo con el estilo Vancouver y es responsabilidad de los autores de la exactitud de estas.

- La numeración de las referencias debe ser el orden al que se hace referencia en el manuscrito con el número en superíndice. El nombre de las revistas debe aparecer con la abreviatura oficial de la revista correspondiente.

- En el texto principal anónimo que se utilizará para el proceso de revisión por pares, así como en el archivo de tablas y figuras, los autores no deben incluir información alguna que los identifique a ellos o a su institución (en título, resumen, método, instrumentos, etc.). Esto incluye el asegurarse que el nombre del archivo o encabezados o pies de página no tengan los nombres o instituciones de los autores.

5. Incluir documento con tablas y figuras numeradas consecutivamente. Para asegurar la calidad de la publicación, los autores deberán observar estrictamente:

   - Formatos: Gráficas y fotos solo en JPG o PNG (mínimo 300 DPI).
   - Tablas: Exclusivamente en Word editable.
   - Prohibición: Se rechazará automáticamente cualquier material de apoyo que sea una "captura de pantalla" (screenshot) o que pierda nitidez al aplicarle zoom.

6. Además, incluir por favor un documento en donde se establece que los autores aceptan libremente ceder los derechos del manuscrito a la revista, así como que el manuscrito es original y no ha sido publicado o se encuentra en proceso de revisión en otra revista. Este documento debe estar firmado por todos los autores.

7. Los manuscritos que no estén en el formato adecuado serán regresados a los autores para corrección y reenvío antes de ser considerados para el proceso de arbitraje.

Los envíos del manuscrito para evaluación de posible publicación deben ser enviados al editor Lic. Dora Luz Martínez Serna, al correo: editor_revistaicest@icest.edu.mx

Una vez cumplido el proceso editorial incluida la revisión por pares, los manuscritos aceptados serán editados de acuerdo con el formato de estilo de la revista y enviados al autor de correspondencia para aprobación de la versión final.



ENFERMERÍAICEST UNA VISIÓN INNOVADORA

Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas, A. C