HORIZONTES DEL conocimiento

No. 200 | Octubre 2026



Portada: Mtra. Leticia Lafón

Avances en el cuidado de **Cáncer de Mama**

www.horizontesdelconocimiento.com

DIRECTORIO

CONSEJO DIRECTIVO
FUNDACIÓN ACADEMIA AESCULAP MÉXICO, A.C.

Lic. Juan Carlos Jimenez Rincón
Director General / Presidente

Mtra. Verónica Ramos Terrazas
Directora Ejecutiva de FAAM, Coordinadora de AA LATAM y Vicepresidenta

Ing. Guillermo Fernández Castillo
Director de MKT / Vicepresidente

C.P. Yazmín Ruiz López
Tesorera

Lic. Erika García Ramos Díaz Escobar
Secretaria

COMITÉ EDITORIAL
HORIZONTES DEL CONOCIMIENTO

Mtra. Verónica Ramos Terrazas
Directora General y Consejo Editorial

Lic. Elsa Itandeui Hernández Terán
Diseño y Maquetación

Lic. Alba Sandra Damián Ayala
Revisora editorial de texto

Lic. Circe Guadalupe Corona Meda
Difusión

Dr. Enrique Mendoza Carrera
Bioética y Humanidades

Mtra. Irian Itzel Mena López

Enf. María de Lourdes García Sánchez

Mtra. Mahumppti Colmenares Torres

Enf. Ernesto Aguilar Sánchez
Enfermería

Lic. Miguel Antonio Martí García

MSc. Luis Alberto Cortez Huerta
Dispositivos Médicos

Ing. Marco Antonio García Barriga

Ing. Marco Antonio González Hidalgo
Administración y Educación

Dra. Lilia Cote Estrada
Seguridad del Paciente

Dr. José Félix Saavedra Ramírez
Salud

Dra . Guadalupe Yaratze Santiago Hernández
Anestesia

Dr. Francisco Rosero Villarreal
IA y Salud Pública

Lic. Marco Antonio Cuevas Campuzano
Cultura General y Miscelanea

Mtra. C. Verónica Ramos Terrazas
LATAM y Actividades

Dr. Ricardo Gómez Espinosa
Neurocirugía

INTRODUCCIÓN

Gracias por hacer la diferencia donde más importa

Mi mensaje es para todo el grandioso personal de salud dedicados al cuidado de las personas con cáncer:

Hablar de cáncer en México es hablar de uno de los mayores desafíos de salud de nuestro tiempo. Cada año, de acuerdo con cifras del INEGI y de la OMS lamentablemente, más de 200 mil mexicanos reciben un diagnóstico de cáncer y cerca de 100 mil personas pierden la vida a causa de esta mortal enfermedad. Lo más triste es que detrás de cada una de estas cifras hay una historia, una familia, un proyecto de vida, pero por otro lado casi siempre también encontramos a un profesional de la salud que decidió acompañar a un paciente en uno de los momentos más complejos de su existencia, a todos ustedes muchas gracias por tan significativa labor.

Hoy quiero dedicar estas palabras a ustedes, quienes día tras día transforman la ciencia en esperanza, la innovación en oportunidades y el conocimiento en una mejor calidad de vida para miles de personas.

La Oncología vive una etapa extraordinaria. Los avances en diagnóstico temprano, biomarcadores, medicina de precisión, inmunoterapia y terapias dirigidas están redefiniendo las expectativas de tratamiento para numerosos tipos de cáncer. Sin embargo, sabemos que ningún avance científico tendría impacto sin el criterio clínico, la experiencia y la vocación de quienes los llevan a la práctica.

Ustedes son quienes escuchan antes de tratar, quienes explican cuando existe incertidumbre y quienes acompañan cuando las circunstancias exigen fortaleza y sensibilidad. Son quienes convierten un protocolo terapéutico en una experiencia de atención humana y quienes ayudan a los pacientes a encontrar esperanza incluso en los momentos más difíciles.

Las cifras nos recuerdan la magnitud del reto. En México se estimaron más de 201 mil nuevos casos de cáncer en 2024, y más de medio millón de personas viven actualmente con un diagnóstico oncológico dentro de los últimos cinco años. Además, aproximadamente uno de cada siete mexicanos desarrollará cáncer antes de los 75 años. Estas cifras reflejan la creciente necesidad de fortalecer la prevención, el diagnóstico oportuno y el acceso a tratamientos innovadores.

Frente a este panorama, su labor adquiere una relevancia extraordinaria. Cada consulta, cada procedimiento, cada tratamiento administrado y cada conversación con un paciente representan una oportunidad para generar un impacto que trasciende la atención médica, representa la oportunidad de cuidar y proteger la salud de esa persona que está frente a nosotros preocupado por su tratamiento.

Como *Business Unit Manager* en B. Braun tengo el privilegio de colaborar con una comunidad médica y de Enfermería excepcional, comprometida con elevar permanentemente los estándares de atención y con brindar a los pacientes acceso a las mejores alternativas terapéuticas disponibles. Su dedicación inspira a toda la industria de la salud a continuar innovando y trabajando con un mismo propósito: Cuidar y proteger la vida de las personas que enfrentan cáncer, no solo en México si no en el mundo.

En nombre de nuestro equipo y de B. Braun quiero expresarles mi más profundo agradecimiento y reconocimiento. Gracias por su profesionalismo, por su compromiso inquebrantable con sus pacientes y por recordarnos cada día, que la verdadera innovación cobra sentido cuando llega a quienes más la necesitan.

Sigamos trabajando juntos para construir un futuro en el que cada vez más pacientes puedan recibir un diagnóstico oportuno, acceder a terapias innovadoras y tener una mejor oportunidad de vivir plenamente.

Gracias por su vocación. Gracias por su liderazgo. Gracias por hacer la diferencia donde más importa.

Atentamente,
Adolfo Pacheco M.
Business Unit Manager Nursing
B. Braun Medical de México



REVISTA
HORIZONTES
DEL CONOCIMIENTO
No. 200 | Octubre 2026

CONTENIDO

SEGURIDAD DEL PACIENTE

More Time for Patient Care: transformando la eficiencia hospitalaria en tiempo para lo que realmente importa P. 05
Lic. Judith Pérez Mares
En un contexto donde cada minuto cuenta, la innovación en salud emerge como una herramienta para mejorar la eficiencia hospitalaria y favorecer una atención más cercana, segura y centrada en las personas.

Concientización sobre el cáncer de mama en la mujer: detección temprana y papel de Enfermería P. 09
Lic. Enf. Ana Karen Rivera Miranda | Lic. Gerardo Landis Antonio | DCA Yessenia Martínez Mariano
La detección temprana del cáncer de mama salva vidas, pero requiere más que información. Este artículo explora cómo la concientización y el acompañamiento de Enfermería fortalecen el acceso oportuno al diagnóstico y la continuidad de la atención.

HUMANIDADES

La lucha contra el cáncer: acompañar a las personas, transformar realidades P. 12
Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo
Cada paciente tiene una historia que merece ser escuchada. Un llamado a comprender el cáncer desde una perspectiva humana, donde la prevención, el acompañamiento y la solidaridad se convierten en herramientas para transformar vidas.

Humanizar el cuidado en casa en cuidados paliativos P. 16
Dra. Luz Adriana Templos Esteban | Dra. Martha Esthela Vázquez Navarro
¿Cómo transformar el hogar en un espacio de cuidado integral y respetuoso? A través de los principios de los cuidados paliativos, este texto aborda estrategias para promover una atención centrada en la persona, sus necesidades y sus vínculos más cercanos.

CIRUGÍA

Avances en el cuidado de Cáncer de Mama P. 33
Acad. Dra. Eva Ruvalcaba Limón
Nuevas herramientas diagnósticas, terapias dirigidas y cirugías menos invasivas están transformando el abordaje del cáncer de mama y mejorando las expectativas de las pacientes.

ENFERMERÍA

Heridas oncológicas: enfoque integral para el manejo avanzado P.19
M. T. H. E. y Q. Jacqueline Pérez Huerta
Las heridas oncológicas representan uno de los mayores desafíos en la atención especializada. Abordaremos estrategias avanzadas de valoración y manejo centradas en el control de síntomas, la calidad de vida y la dignidad de las personas que viven con enfermedad.

ENTREVISTAS

Entrevista a: Ana Laura Santiago P. 29
L.E. María de Lourdes García Sánchez
Más allá del cuidado clínico, la Enfermería encuentra en la cultura física una herramienta para transformar hábitos y promover la salud. Conoce el papel del profesional de Enfermería en el ámbito deportivo y su contribución al autocuidado y la prevención.

Comunicación de malas noticias en Oncología y Medicina Paliativa: de la competencia clínica a la empatía humana P. 31
Mtra. Ivonne Alferez Mancera
Las noticias difíciles marcan momentos que permanecen en la memoria de los pacientes y sus familias. Esta reflexión aborda el poder de una comunicación clara, compasiva y humanizada para acompañar con dignidad los desafíos de la enfermedad.

Trato digno en Oncología: retos para la gestión de Enfermería distribución y dotación del personal de Enfermería en una unidad ambulatoria de México P. 35
DCA. Yessenia Martínez Mariano
¿Cómo impacta la organización del personal de Enfermería en la percepción del paciente? A partir de evidencia obtenida en una unidad oncológica, este trabajo reflexiona sobre la importancia de fortalecer la educación, la privacidad y la continuidad del cuidado.

DISPOSITIVOS MÉDICOS

Desafíos de la Quimioterapia en México P. 39
Lic. Enf. Griscel Farfán Plascencia
Detrás de cada tratamiento de quimioterapia existe una compleja red de procesos, decisiones y cuidados. Este texto aborda los retos que enfrentan pacientes y profesionales de la salud para construir una atención oncológica más segura, eficiente y humana.

Próximos eventos P. 43

MORE TIME FOR PATIENT CARE: TRANSFORMANDO LA EFICIENCIA HOSPITALARIA EN TIEMPO PARA LO QUE REALMENTE IMPORTA

CUANDO EL RECURSO MÁS ESCASO ES EL TIEMPO

La atención sanitaria moderna enfrenta una paradoja compleja. Mientras la tecnología médica avanza a un ritmo acelerado y los hospitales cuentan con herramientas cada vez más sofisticadas para diagnosticar y tratar enfermedades, los profesionales de la salud continúan enfrentando una limitación crítica: el tiempo disponible para atender a sus pacientes. La creciente demanda asistencial, el envejecimiento poblacional, la complejidad de los tratamientos y la escasez global de personal sanitario han convertido al tiempo clínico en uno de los recursos más valiosos dentro de las instituciones de salud.

La Organización Mundial de la Salud ha advertido sobre la necesidad de fortalecer la fuerza laboral sanitaria a nivel global, mientras que los hospitales buscan alternativas para optimizar sus procesos sin comprometer la seguridad ni la calidad de la atención. En este contexto surge el concepto "*More Time for Patient Care*", desarrollado por B. Braun, una iniciativa que propone una visión innovadora: simplificar los procesos clínicos para devolver tiempo al profesional de la salud y permitirle concentrarse en lo que genera mayor valor, el cuidado directo del paciente.

Más que una campaña institucional, esta filosofía representa una transformación de la manera en que los hospitales evalúan la eficiencia, desplazando el enfoque desde la productividad operativa hacia la creación de tiempo clínico de calidad.

EL DESAFÍO INVISIBLE DE LA TERAPIA INTRAVENOSA

La terapia intravenosa constituye uno de los procedimientos más frecuentes dentro de los hospitales modernos. Se estima que aproximadamente el 85% de los pacientes hospitalizados reciben algún tipo de tratamiento intravenoso durante su estancia hospitalaria. Esto convierte a la preparación, administración y monitoreo de medicamentos intravenosos en una actividad cotidiana para el personal de Enfermería.



Sin embargo, detrás de cada administración existe una serie de actividades que consumen tiempo y recursos: preparación de medicamentos, reconstitución de soluciones, validación de dosis, manejo de dispositivos, documentación y control de riesgos asociados a la manipulación. Cada paso adicional aumenta no solo la carga operativa, sino también la posibilidad de errores, contaminación microbiológica, lesiones por punción accidental o variabilidad en los procesos.

Para el personal de Enfermería, estas actividades son indispensables, pero muchas veces limitan el tiempo disponible para acciones de alto valor clínico como la valoración del paciente, la educación terapéutica, el acompañamiento emocional o la vigilancia temprana de eventos adversos.

Desde una perspectiva administrativa, la situación también genera presión sobre los hospitales. Cuando una cantidad significativa del tiempo laboral se destina a tareas operativas repetitivas, la institución debe invertir más recursos para mantener los niveles de atención requeridos, especialmente en escenarios caracterizados por la escasez de talento sanitario.

LA PROPUESTA DE VALOR: SIMPLICIDAD, SEGURIDAD Y EFICIENCIA

La filosofía *More Time for Patient Care* parte de una premisa sencilla pero poderosa: cada minuto que se elimina de



actividades innecesarias puede convertirse en un minuto disponible para el paciente.

Para lograrlo, B. Braun ha desarrollado un ecosistema de soluciones orientadas a simplificar los flujos de trabajo relacionados con la terapia intravenosa. Estas incluyen medicamentos listos para administrar (*Ready-to-Administer*), sistemas de infusión estandarizados, dispositivos con menor número de pasos operativos y tecnologías diseñadas para reducir riesgos durante la preparación y administración de tratamientos.

Los resultados reportados por la compañía muestran reducciones significativas en el tiempo necesario para preparar medicamentos intravenosos. Dependiendo de la solución utilizada, algunos procesos pueden ahorrar hasta 110 segundos por preparación y eliminar múltiples pasos manuales habitualmente requeridos en la mezcla y reconstitución de medicamentos.

Aunque a primera vista estos ahorros pueden parecer modestos, su impacto acumulado resulta considerable cuando se analizan miles de preparaciones realizadas diariamente en un hospital.

DEL AHORRO DE SEGUNDOS A LA GENERACIÓN DE VALOR CLÍNICO

Uno de los aspectos más relevantes del concepto *More Time for Patient Care* es que traduce la eficiencia operativa en beneficios clínicos concretos.

Consideremos un hospital típico de 200 camas con una ocupación promedio del 85%. Bajo estas condiciones, aproximadamente 145 pacientes recibirían terapia intravenosa diariamente. Si cada paciente recibe tres administraciones intravenosas por día, el hospital realizaría cerca de 159 mil preparaciones anuales.

Suponiendo un ahorro conservador de apenas un minuto por preparación, la institución podría recuperar más de 2,600 horas de trabajo de Enfermería al año. Esta cifra equivale aproximadamente a 1.3 profesionales de Enfermería de tiempo completo. En otras palabras, la simplificación de procesos permite liberar capacidad asistencial sin necesidad de aumentar la plantilla laboral.

Sin embargo, el verdadero valor no reside únicamente en la eficiencia económica. Las horas recuperadas pueden destinarse a actividades que impactan directamente la experiencia del paciente: monitoreo clínico, educación terapéutica, prevención de complicaciones, atención personalizada y fortalecimiento de la comunicación entre pacientes, familiares y equipos médicos.

Esta perspectiva es particularmente relevante en una época donde los indicadores de calidad hospitalaria no solo se miden por resultados clínicos, sino también por la experiencia integral del paciente durante su proceso de atención.

SEGURIDAD DEL PACIENTE: UN BENEFICIO ADICIONAL

La simplificación de procesos también tiene implicaciones significativas en materia de seguridad.

Diversos riesgos asociados a la terapia intravenosa están relacionados con la manipulación manual de medicamentos y dispositivos. Cada intervención adicional representa una oportunidad potencial para errores de medicación, contaminación microbiológica, introducción de aire en los sistemas de infusión o fallas derivadas de la complejidad operativa.





Al reducir pasos y estandarizar procedimientos, las soluciones promovidas por B. Braun buscan disminuir la exposición a estos riesgos y fortalecer la confiabilidad de los procesos clínicos.

Este enfoque resulta especialmente valioso en áreas de alta complejidad como cuidados intensivos, Oncología, Neonatología y urgencias, donde la precisión en la administración de medicamentos constituye un componente crítico para la Seguridad del Paciente.

UNA VISIÓN ALINEADA CON LOS DESAFÍOS DEL FUTURO

El sector salud enfrenta un escenario desafiante para las próximas décadas. El incremento de enfermedades crónicas, el envejecimiento poblacional y la presión financiera sobre los sistemas sanitarios obligarán a las instituciones a buscar modelos de atención más eficientes y sostenibles.

En este contexto, iniciativas como *More Time for Patient Care* reflejan una evolución en la forma de concebir la innovación hospitalaria. Ya no se trata únicamente de incorporar nuevas tecnologías, sino de utilizar la innovación para resolver uno de los problemas más relevantes de los profesionales de la salud: la falta de tiempo.

La verdadera transformación ocurre cuando la tecnología y los procesos dejan de ser un fin en sí mismos y se convierten en herramientas que permiten fortalecer la relación entre el profesional sanitario y el paciente.

CONCLUSIÓN

El concepto *More Time for Patient Care* representa una nueva forma de entender el valor en salud. Al simplificar la terapia intravenosa y reducir actividades operativas de bajo valor, los hospitales pueden recuperar miles de horas de atención clínica cada año, mejorar la eficiencia institucional y fortalecer la seguridad del paciente.

Más tiempo para el paciente mediante la simplificación de los flujos de trabajo clínicos. "*Más tiempo para cuidar*".

Más allá de los indicadores económicos, la propuesta de B. Braun plantea una reflexión profunda para los sistemas de salud del presente y del futuro: el objetivo final de toda innovación hospitalaria debe ser permitir que médicos y enfermeras dediquen más tiempo a quienes realmente importan, los pacientes.

"MENOS PASOS DE PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN"

Porque, al final, cada minuto recuperado en un proceso administrativo o técnico puede convertirse en un minuto adicional de escucha, acompañamiento, cuidado y humanidad. Y en un entorno sanitario cada vez más complejo, ese puede ser el recurso más valioso de todos.

Mayor eficiencia operativa que permita que enfermeras y médicos dediquen más tiempo al cuidado del paciente y menos a tareas administrativas o técnicas. "*Menos tiempo en procesos. Más tiempo junto al paciente.*"

Lic. Judith Pérez Mares
judith.perez@bbraun.com

REFERENCIAS

1. https://www.bbraun.com/en/products-and-solutions/therapies/more-time-for-patient-care.html



REGISTRO ÚNICO
EXCLUSIVO EN LÍNEA

FEMECOT XXXVI

CONGRESO MEXICANO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

20 - 24 DE OCTUBRE 2026

Centro de Convenciones Expo Santa Fe, CDMX

FEDERACIÓN MEXICANA DE COLEGIOS DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA A.C.
FEMECOT

Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology
EFORT
EFORT – JOINT EFFORTS

Federación Invitada

ZONA NOROESTE FEMECOT

AO SPINE AO RECON AO TRAUMA AO SPORTS

AAOS American Academy of Orthopaedic Surgeons

Asociación Mexicana de Metabolismo Óseo y Mineral A.C.

SMIOT

JODA

ICORS

IOA International Orthopaedic Trauma Association

TC México

AESCULAP ACADEMY

AMDUC

FEMEEQ

Sociedad Iberoamericana de Patient Blood Management

CONCIENTIZACIÓN SOBRE EL CÁNCER DE MAMA EN LA MUJER: DETECCIÓN TEMPRANA Y PAPEL DE ENFERMERÍA

CONCIENTIZACIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA

La concientización sobre el cáncer de mama debe entenderse como un proceso educativo continuo mediante el cual las mujeres adquieren conocimientos para reconocer cambios relevantes, comprender sus factores de riesgo y solicitar atención cuando identifican signos persistentes. Entre las manifestaciones que requieren valoración clínica se encuentran la aparición de una masa nueva en la mama o axila, engrosamiento localizado, cambios recientes en forma o tamaño, alteraciones persistentes de la piel, retracción del pezón y secreción espontánea, particularmente sanguinolenta.[5] La presencia de estos signos no confirma un cáncer, pero sí justifica una valoración profesional oportuna.

La detección temprana y el tamizaje son estrategias relacionadas, pero no equivalentes. El diagnóstico temprano se dirige a personas que presentan signos o síntomas y busca acortar el intervalo hasta la evaluación y confirmación diagnóstica. El tamizaje, en cambio, se aplica a población aparentemente sana dentro de grupos definidos por edad o riesgo. La mamografía es una herramienta central en los programas de tamizaje, aunque su indicación debe considerar beneficios, posibles daños, edad, riesgo individual y recomendaciones sanitarias vigentes.[6] En México, la NOM-041-SSA2-2011 continúa siendo un referente normativo para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.[7]

La educación también debe evitar dos mensajes extremos: generar miedo excesivo o crear una falsa sensación de seguridad. La ausencia de antecedentes familiares no elimina la posibilidad de desarrollar cáncer de mama. Los factores de riesgo incluyen edad, antecedentes personales o familiares, algunas alteraciones genéticas hereditarias, exposición previa a radioterapia torácica, factores reproductivos, sobrepeso y obesidad después de la menopausia, consumo de alcohol e inactividad física. Sin embargo, una proporción importante de casos aparece en mujeres sin factores de riesgo específicos más allá del sexo y la edad.[8]



BARRERAS Y NAVEGACIÓN DE PACIENTES

La detección temprana es un proceso multifactorial. Las barreras personales pueden incluir miedo, ansiedad, estigma, desconocimiento o experiencias negativas previas. A ellas se añaden condiciones familiares, laborales, económicas y geográficas que dificultan acudir a consulta o completar estudios. En el ámbito institucional, la fragmentación de los servicios, los tiempos prolongados, la disponibilidad limitada de pruebas y la falta de mecanismos de seguimiento pueden interrumpir la trayectoria asistencial. Por ello, la concientización aislada resulta insuficiente si no existe una respuesta organizada del sistema de salud.

La navegación de pacientes se ha propuesto como una estrategia para disminuir estas barreras y favorecer la continuidad desde la sospecha hasta el diagnóstico y tratamiento. La OMS reconoce la navegación como una intervención útil para facilitar el acceso, reducir pérdidas durante la atención y

acompañar a las personas en sistemas complejos.[9] En cáncer de mama, los programas de navegación pueden ayudar a coordinar consultas y estudios, mejorar la comunicación entre servicios y disminuir demoras diagnóstico-tratamiento.[10]

PAPEL DE ENFERMERÍA

Enfermería mantiene contacto cercano y continuo con las mujeres en distintos niveles de atención, lo que le permite desempeñar un papel transversal. Su contribución inicia con educación para la salud basada en evidencia y adaptada al contexto sociocultural de cada persona. Explicar los signos de alarma, resolver conceptos erróneos, orientar sobre hábitos saludables y comunicar cuándo y dónde solicitar atención son intervenciones que pueden incrementar el conocimiento y favorecer conductas de búsqueda de ayuda.

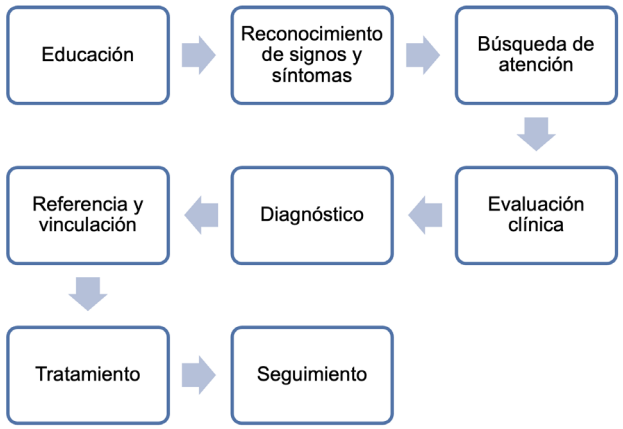
El profesional de Enfermería también puede identificar barreras que no siempre se hacen visibles durante una consulta breve: temor al diagnóstico, dificultades económicas, falta de apoyo familiar, problemas de traslado o dudas sobre la ruta asistencial. Esta valoración permite individualizar la orientación, canalizar a otros profesionales y favorecer la continuidad. Las revisiones recientes sobre enfermería especializada en cáncer de mama describen funciones de educación, apoyo, coordinación, seguimiento y navegación como componentes relevantes del cuidado integral.[11]

Las intervenciones educativas lideradas por enfermería muestran potencial para mejorar conocimientos, autocuidado y participación de las mujeres en acciones relacionadas con su atención.[12] En este sentido, enfermería no debe considerarse únicamente como transmisora de información, sino como facilitadora del paso entre conocimiento y acción. Una ruta práctica de intervención puede organizarse en ocho momentos: educación, reconocimiento de signos y síntomas, búsqueda de atención, evaluación clínica, confirmación diagnóstica, referencia y vinculación, tratamiento y seguimiento. En cada fase pueden establecerse indicadores, por ejemplo: proporción de mujeres que reconocen signos de alarma, tiempo desde la identificación de una alteración hasta la valoración, porcentaje que completa el proceso diagnóstico y satisfacción con la información y acompañamiento recibidos.

Mantener estas acciones durante todo el año es especialmente relevante. Octubre puede funcionar como un momento de alta visibilidad social, pero la prevención y la detección temprana requieren continuidad. Integrar mensajes de concientización en consulta de enfermería, atención primaria, programas comunitarios, instituciones educativas y centros laborales permite convertir una campaña temporal en una estrategia permanente de promoción de la salud.

Este proceso puede representarse como una secuencia en la que cada etapa se encuentra relacionada con la siguiente:

CONCLUSIONES



Fuente: Elaboración propia con base en la literatura revisada y en el enfoque de detección temprana, diagnóstico oportuno y tratamiento integral propuesto por la OMS.

La detección temprana del cáncer de mama requiere una visión que integre conocimiento, acceso y continuidad. La concientización es necesaria, pero su efecto depende de que las mujeres puedan transformar la información en una búsqueda oportuna de atención y encuentren servicios capaces de responder sin retrasos innecesarios. En este proceso, Enfermería ocupa una posición estratégica por su cercanía con las pacientes y su capacidad para educar, identificar necesidades, orientar, referir, acompañar y dar seguimiento.

Fortalecer el papel de enfermería implica pasar de campañas aisladas a intervenciones estructuradas, medibles y permanentes. Educar para reconocer, orientar para actuar, acompañar para evitar pérdidas en la atención y dar seguimiento para favorecer la continuidad del cuidado constituyen acciones concretas que pueden contribuir a una detección más oportuna y a una atención oncológica más equitativa.

Lic. Enf. Ana Karen Rivera Miranda
enfermeria.educacion@coisalud.com
Lic. Gerardo Landis Antonio
jefatura.enfermeria@coisalud.com
DCA. Yessenia Martínez Mariano
yessemartinez90@gmail.com

REFERENCIAS

1. International Agency for Research on Cancer. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Breast cancer fact sheet, GLOBOCAN 2022 [Internet]. Lyon: IARC; 2024 [citado 28 ago 2026]. Disponible en: https://gco.iarc.who.int/
2. International Agency for Research on Cancer. Global Cancer Observatory: Mexico fact sheet, GLOBOCAN 2022 [Internet]. Lyon: IARC; 2024 [citado 28 ago 2026]. Disponible en: https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/484-mexico-fact-sheet.pdf
3. World Health Organization. The Global Breast Cancer Initiative: operational approach based on 3 pillars of action [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [citado 28 ago 2026]. Disponible en: https://www.who.int/initiatives/global-breast-cancer-initiative
4. Baethge C, Goldbeck-Wood S, Mertens S. SANRA—a scale for the quality assessment of narrative review articles. Res Integr Peer Rev. 2019;4:5. doi:10.1186/s41073-019-0064-8.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Síntomas del cáncer de mama [Internet]. Atlanta: CDC; 2026 [citado 20 ago 2026]. Disponible en: https://www.cdc.gov/breast-cancer/es/signs-symptoms/
6. World Health Organization. A short guide to cancer screening: increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022 [citado 28 ago 2026].
7. 7. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama [Internet]. México: Diario Oficial de la Federación; 2011 [citado 12 ago 2026].
8. World Health Organization. Breast cancer [Internet]. Geneva: WHO; 2026 [citado 28 ago 2026]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer
9. World Health Organization. Patient navigation for early detection, diagnosis and treatment of breast cancer: technical brief [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [citado 28 ago 2026]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240100954
10. Pautasso FF, Floriani MA, De Pertile N, Oliveira JLC. Programa de navegación: comparación de los tiempos diagnóstico-tratamiento entre pacientes con cáncer de mama. Rev Latino-Am Enfermagem. 2026;34:e4845. doi:10.1590/1518-8345.8049.4845.
11. D'Alessandro L, Morales Palomares S, Mancin S, Sguanci M, Cattani D, Cosmai S, et al. Professional roles, skills and advanced educational programs of breast cancer nurses: a scoping review. Nurs Open. 2025;12(10):e70251. doi:10.1002/nop2.70251.
12. Sánchez-Castro S, Pueyo-Garrigues M, Canga-Armayor N, Alfaro-Díaz C, Lavilla-Gracia M, Esandi N. Nurse-led health education interventions for women with primary breast cancer initiating treatment: a scoping review. Semin Oncol Nurs. 2026;42(4):152242. doi:10.1016/j.soncn.2026.152242.

LA LUCHA CONTRA EL CÁNCER: ACOMPAÑAR A LAS PERSONAS, TRANSFORMAR REALIDADES

Cuando hablamos de cáncer, con frecuencia pensamos en diagnósticos, tratamientos, hospitales o avances científicos. Sin embargo, quienes convivimos diariamente con esta realidad sabemos que el cáncer es mucho más que una enfermedad. Es una experiencia que transforma la vida de las personas, de sus familias y de quienes participan en su cuidado. Es una condición que pone a prueba no solamente a los sistemas de salud, sino también a la solidaridad social y a nuestra capacidad de acompañar.

Cada diagnóstico representa una historia única. Detrás de cada paciente existe una familia que busca respuestas, un cuidador que reorganiza su vida para brindar apoyo, un equipo de profesionales de la salud que enfrenta decisiones complejas y una sociedad que tiene la responsabilidad de generar condiciones más justas para quienes atraviesan esta experiencia. Por ello, hablar de cáncer implica necesariamente hablar de humanidad, de empatía y de compromiso colectivo.

Desde hace más de cinco décadas, la Asociación Mexicana de Lucha Contra el Cáncer (AMLCC) ha trabajado bajo la convicción de que ninguna persona debería enfrentar sola esta enfermedad. Fundada en 1972, nuestra organización ha evolucionado para responder a los desafíos cambiantes que representa el cáncer en México, manteniendo siempre el mismo propósito: contribuir a que más personas tengan acceso a prevención, detección oportuna, atención integral y acompañamiento digno.

La AMLCC nació en una época en la que el cáncer era un tema escasamente discutido en la esfera pública y en la que muchas personas enfrentaban la enfermedad con limitadas opciones de información y apoyo. A lo largo de los años, la organización ha sido testigo de profundas transformaciones en la oncología: el desarrollo de nuevas tecnologías diagnósticas, la incorporación de terapias innovadoras, la medicina personalizada, la inmunoterapia y los avances en investigación clínica.

Sin embargo, también hemos sido testigos de una realidad que permanece constante: las desigualdades que dificultan que miles de personas accedan oportunamente a estos avances.

Por ello, la AMLCC ha ampliado progresivamente su visión, pasando de una labor predominantemente asistencial a un modelo integral que busca generar cambios sostenibles tanto en la vida de las personas como en el sistema de salud. Hoy entendemos que la lucha contra el cáncer exige acciones simultáneas en múltiples niveles: educación, prevención, detección temprana, acompañamiento, fortalecimiento institucional e incidencia en políticas públicas.

Nuestra misión es luchar contra el cáncer en México mediante la educación, la capacitación de profesionales de la salud, la promoción de la detección temprana, el acompañamiento integral de pacientes y sus familias, así como la incidencia en políticas públicas que contribuyan a construir un sistema de salud más equitativo. Paralelamente, nuestra visión es consolidarnos como la organización de referencia en el país en la lucha contra el cáncer, articulando esfuerzos y promoviendo soluciones integrales que permitan prevenir, detectar y atender esta enfermedad con calidad y oportunidad para todas las personas.

Más allá de las estrategias, programas o indicadores, el principio que guía nuestro trabajo es el enfoque centrado en las personas.

Este concepto, ampliamente reconocido en los sistemas modernos de salud, adquiere una dimensión particularmente relevante en oncología. El cáncer no afecta únicamente órganos o tejidos; impacta proyectos de vida, relaciones familiares, estabilidad emocional, desarrollo profesional y condiciones económicas. Cada paciente vive una experiencia



diferente y requiere respuestas acordes con su contexto, necesidades y expectativas.

Por ello, el acompañamiento integral constituye uno de los pilares fundamentales de nuestra labor. Entendemos que una atención verdaderamente humanizada no se limita a proporcionar información o facilitar servicios; implica escuchar, comprender y acompañar a las personas durante todo su recorrido por la enfermedad.

La AMLCC ha desarrollado un modelo que busca precisamente responder a estas necesidades. Desde la orientación para la prevención y detección temprana hasta el apoyo emocional, la canalización institucional y la vinculación con recursos disponibles, nuestras acciones están diseñadas para reducir barreras y favorecer la continuidad de la atención.

Los resultados alcanzados durante 2025 reflejan el impacto que puede lograrse cuando se trabaja con una visión integral y colaborativa.

A través de campañas de sensibilización desarrolladas en espacios públicos, medios de comunicación y plataformas digitales, logramos que más de 107 millones de personas tuvieran contacto con mensajes relacionados con la prevención y detección oportuna del cáncer. Adicionalmente, más de 6.8 millones de personas fueron alcanzadas mediante redes sociales y medios de comunicación, fortaleciendo el acceso a información confiable y basada en evidencia.

Estas cifras representan mucho más que alcances estadísticos. Representan oportunidades para generar conciencia, derribar mitos, fomentar estilos de vida saludables y promover la búsqueda oportuna de atención médica. En cáncer, el conocimiento puede marcar la diferencia entre un diagnóstico temprano y uno tardío; entre mayores posibilidades de tratamiento y escenarios más complejos.

La educación médica continua constituye otro componente esencial de esta estrategia. Ningún sistema de salud puede aspirar a mejorar sus resultados sin fortalecer permanentemente las capacidades de sus profesionales.

Durante 2025, más de 21 mil profesionales de la salud participaron en actividades académicas impulsadas por la AMLCC, abordando temas relacionados con prevención, diagnóstico oportuno, actualización terapéutica y atención integral de personas con cáncer.

La relevancia de estas actividades va más allá de la actualización científica. Cada profesional capacitado representa una oportunidad adicional para identificar tempranamente factores de riesgo, reconocer signos de alarma y favorecer referencias oportunas. En otras palabras, el impacto de la educación médica se multiplica en beneficio de miles de pacientes.

Pero quizá el aspecto más representativo de nuestra labor se encuentra en el contacto directo con quienes enfrentan la enfermedad.

Durante el último año, más de 6,300 personas recibieron apoyo a través de los distintos programas de la Asociación, alcanzando las 32 entidades federativas del país. Pacientes, familiares y cuidadores encontraron orientación, apoyo emocional, acompañamiento psicológico, gestión de recursos

y herramientas que les permitieron enfrentar de mejor manera los desafíos asociados con el cáncer.

Cada uno de estos apoyos tiene un rostro y una historia.

Son personas que necesitaban trasladarse para recibir tratamiento y encontraron una alternativa para hacerlo posible. Son pacientes que requerían orientación para navegar un sistema de salud complejo. Son familias que buscaban apoyo emocional para afrontar el impacto del diagnóstico. Son cuidadores que necesitaban información para acompañar adecuadamente a sus seres queridos.

La experiencia acumulada por la AMLCC durante más de cincuenta años confirma una realidad fundamental: acompañar también es cuidar.

Cuando una persona recibe apoyo oportuno, aumenta su capacidad para adherirse a los tratamientos, comprender mejor su enfermedad, disminuir niveles de ansiedad y participar activamente en las decisiones relacionadas con su atención.

Otro de los grandes retos que enfrentamos en México continúa siendo el diagnóstico tardío.

A pesar de los avances científicos y tecnológicos, una proporción importante de los casos de cáncer sigue identificándose en etapas avanzadas, cuando las alternativas terapéuticas pueden ser más limitadas y los resultados menos favorables.

Por ello, la prevención y la detección temprana constituyen prioridades estratégicas para la AMLCC. Nuestro trabajo busca fortalecer la cultura de prevención, promover la identificación de factores de riesgo y facilitar el acceso a mecanismos de evaluación que permitan reconocer oportunamente a personas con mayor probabilidad de desarrollar ciertos tipos de cáncer.

No obstante, debemos reconocer que los desafíos actuales exigen una visión más amplia. El futuro de la lucha contra el cáncer dependerá de nuestra capacidad para fortalecer la coordinación entre instituciones públicas, organizaciones de la sociedad civil, academia, sector privado y organismos internacionales.

La complejidad de esta enfermedad demanda respuestas integrales. Ninguna institución, por sí sola, puede resolver los retos que representa la creciente carga oncológica en nuestro país.



Por ello, la AMLCC ha asumido también un papel activo en la generación de propuestas, la construcción de alianzas estratégicas y la promoción de políticas públicas orientadas a mejorar el acceso, la calidad y la equidad de la atención oncológica.

Creemos firmemente que la voz de las personas pacientes debe formar parte de las decisiones que afectan su atención. Creemos que la evidencia científica debe orientar las políticas públicas. Y creemos que la colaboración constituye la herramienta más poderosa para transformar realidades.

Con frecuencia se nos pregunta:

¿Cuándo es conveniente acercarse a la Asociación Mexicana de Lucha Contra el Cáncer?

La respuesta es clara: cuanto antes.

La prevención constituye el primer nivel de apoyo. Cualquier persona que busque información sobre factores de riesgo, hábitos saludables o programas de detección puede encontrar orientación en la AMLCC. Del mismo modo, quienes enfrentan

una sospecha diagnóstica o han recibido recientemente un diagnóstico, pueden beneficiarse del acompañamiento y la información que ofrecemos para comprender mejor las alternativas de atención disponibles.

Los pacientes que ya se encuentran en tratamiento también pueden recibir apoyo para enfrentar barreras logísticas, emocionales o sociales que pudieran afectar la continuidad de su atención. Igualmente, familiares y cuidadores pueden acceder a orientación y espacios de acompañamiento que fortalezcan su capacidad para afrontar el proceso de manera más informada y segura.

La experiencia nos ha enseñado que acompañar oportunamente puede cambiar la manera en que una persona vive su enfermedad.

El cáncer seguirá representando uno de los mayores desafíos de salud para México durante las próximas décadas. Sin embargo, también tenemos la oportunidad de construir respuestas más humanas, más equitativas y más eficaces.

Desde la Asociación Mexicana de Lucha Contra el Cáncer seguiremos trabajando para que cada vez más personas puedan acceder a información confiable, diagnóstico oportuno, tratamiento integral y acompañamiento digno.

Porque detrás de cada paciente existe una historia que merece ser escuchada.

Y porque la lucha contra el cáncer no comienza en un hospital ni termina en un tratamiento; comienza con la prevención, se fortalece con la solidaridad y se transforma cuando colocamos verdaderamente a las personas en el centro de nuestras acciones.

Asimismo, para conocer con mayor detalle los programas, resultados e impacto de la Asociación, invitamos a consultar el Informe Anual de Resultados 2025, disponible en nuestro sitio web:

https://amlcc.org/assets/INFORME_ANUAL_AMLCC_2025-C2r_PNTw.pdf

Contacto Asociación Mexicana de Lucha contra el Cáncer, A.C.

Dirección: Patricio Sanz 1504, Tlacoquemecatl del Valle, Benito Juárez, 03200 Ciudad de México, CDMX *https://maps.app.goo.gl/HtPLcW6DXzjiFzKg6*

Teléfonos: 55 5564 0794 / 55 5574 0393

WhatsApp: 56 5092 1787

Correo electrónico: contacto@amlcc.org

Sitio web: www.amlcc.org

Facebook: Asociación Mexicana de Lucha Contra el Cáncer A.C. *https://www.facebook.com/amlccorg*

Instagram: @amlcc_mx *https://www.instagram.com/p/DSVcD2CieSG/?igsh=ZzBsbmV6a2J6bzZ6*

X: @AMLCC_MX *https://x.com/amlccorg/status/2001000687203967432?s=20*

LinkedIn: Asociación Mexicana de Lucha Contra el Cáncer A.C. *https://www.linkedin.com/in/asociacion-mexicana-de-la-lucha-contra-el-c%C3%A1ncer-4a3381380/*

Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo
ochoacarrillo@prodigy.net.mx

REFERENCIAS

1. Asociación Mexicana de Lucha Contra el Cáncer, A.C. Informe Anual de Resultados 2025. Ciudad de México: AMLCC; 2025.
2. International Agency for Research on Cancer. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Disponible en: https://gco.iarc.fr
3. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2024: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024;74(3):229-263.
4. World Health Organization. Guide to Cancer Early Diagnosis. Geneva: World Health Organization; 2017.
5. Epstein RM, Street RL Jr. Patient-Centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering. Bethesda (MD): National Cancer Institute, National Institutes of Health; 2007.

HUMANIZAR EL CUIDADO EN CASA EN CUIDADOS PALIATIVOS



INTRODUCCIÓN

El final de la vida es un proceso significativo y complejo para el paciente y para la familia. Desde el cuidado paliativos podemos brindar atención holística y multidisciplinaria al sufrimiento desde un punto de vista físico, psicológico, social, espiritual y emocional.

Se estima que, a nivel mundial, más de la mitad de las muertes ocurren en los hogares, un espacio màs íntimo y confortable, en compañía de la familia, qué representa muchos vínculos afectivos en compañía de la familia, en la cama del paciente, con rutinas definidas, imágenes, alimentación cotidiana, en un espacio cálido bajo el cuidado habitualmente de los seres queridos y cercanos.

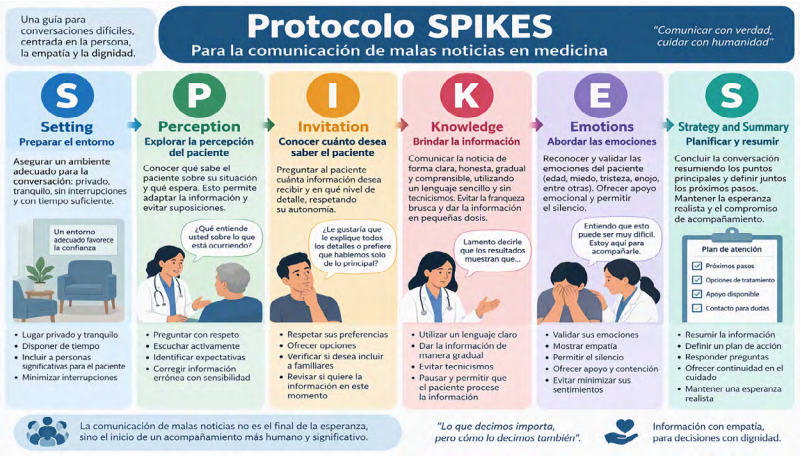
Por otro lado, el concepto de humanización en la salud se utiliza para referirse a un tipo de atención que valora la calidad del cuidado desde una perspectiva técnica, asociada al reconocimiento de los derechos del paciente, su subjetividad y referencias culturales, con un diálogo adecuado, que mejora la calidad de la atención,valorarando la dimensión multidimensionalidad de las intervenciones, tanto en prácticas de atención en salud como de gestión; garantizando el acceso de los usuarios a la información sobre la salud (en este caso sobre el diagnóstico y el pronóstico, así como los objetivos de los tratamientos y alternativas de manejo); estableciendo los vínculos solidarios y participación colectiva, mediante una gestión participativa que articule a profesionales y pacientes en este proceso bajo una relación simétrica.

Mencionaremos a continuación algunos de los elementos dentro del proceso de la humanización del cuidado en casa:

RESPETO A LA DIGNIDAD Y AUTONOMÍA

La dignidad humana es un valor inherente a todas las personas por el simple hecho de ser humanas, se refiere al respeto para cada persona independiente de su origen, condición social, capacidades o creencias. El respeto a la dignidad se refleja así mediante acciones concretas como tratar a los pacientes y familias con cortesía, escuchar activa y asertivamente, valorar opiniones, garantizar igualdad dentro de las intervenciones y proteger a quienes se encuentran en situaciones vulnerables.

Cuando hablamos de autonomía, el individuo es el que actúa libremente de acuerdo con un plan auto escogido, bajo dos condiciones esenciales: **a)** la libertad, entendida como la independencia de influencias que controlen, y **b)** la agencia, es decir, la capacidad para la acción intencional. El decir la verdad, respetar la privacidad de otros, proteger la confidencialidad de la información y tener consentimiento



Elaboración propia mediante inteligencia artificial basada en el protocolo SPIKES descrito por Baile et al. (2000). Adaptación gráfica: Luz Adriana Templos, 2026.

o no de todas las intervenciones (bajo un documento de consentimiento informado) y la valoración de las directrices anticipadas son ejemplos en donde se muestra el respeto a la voluntad del paciente.

COMUNICACIÓN EMPÁTICA Y COMPASIVA

Dentro los objetivos de una adecuada comunicación se deberán establecer por parte del profesional de la salud las metas de tratamiento de acuerdo con las preferencias del paciente para su vida, informando sobre el diagnóstico, pronóstico y evolución del padecimiento. El mantener este proceso entre el paciente, su familia o cuidadores y todo el equipo médico involucrado en el tratamiento de su enfermedad es fundamental tanto en hospitalización como en el contexto del egreso hacia el domicilio.

Es necesario el uso del lenguaje correcto, sin tecnicismos, o imprecisiones, ya que será fundamental para el proceso de la toma de decisiones, incluyendo el lenguaje no verbal, con adecuados protocolos para la comunicación de malas noticias como el protocolo SPIKES, que es el más utilizado en los entornos clínicos bajo un adecuado entrenamiento.

ATENCIÓN INTEGRAL

El considerar el cuidado de la persona bajo una mirada física, emocional, psicológica social se requiere para el entorno en casa. Se requiere un adecuado control sintomático por las molestias o disconfort ocasionadas por la propia enfermedad, los tratamientos instaurados y por las morbilidades previas, siendo el dolor uno de los síntomas más frecuentes. Desde la dimensión emocional se pueden presentar situaciones relacionadas con el proceso de adaptación a la enfermedad, la autopercepción, ansiedad, depresión, entre otros. Los aspectos sociales para cubrir tienen que ver con las redes familiares y de apoyo, los recursos y medios económicos para afrontar la enfermedad, así como la vulnerabilidad de las personas. La dimensión espiritual abarca la trascendencia del ser humano, el legado, miedo a lo desconocido, en ocasiones aspectos religiosos, el sentido de vida, entre otros.

PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA Y EL PACIENTE DURANTE EL PROCESO

Incluir a familiares y cuidadores primarios en el proceso de atención es fundamental. Ellos realizarán gran parte de los cuidados básicos, de gestión e instrumentales y además no reciben retribución económica por dicha labor de cuidado. El ofrecer información, capacitación y apoyo emocional por parte del equipo de soporte y/o cuidados paliativos permite disminuir la sobrecarga del cuidador.

Los cuidadores promueven el respeto y dignidad de la persona, al favorecer sus deseos acordes a sus necesidades, acompañando activamente a la persona, favoreciendo la continuidad de los planes de cuidado. Facilitan además la comunicación y pueden tener el papel de interlocutores con el personal de salud.

No olvidar también favorecer capacitar a los cuidadores sobre su autocuidado para evitar la sobrecarga, así como dar herramientas emocionales para afrontar este proceso en casa.

ENTORNO SEGURO

El hogar debe ser adaptado para proporcionar las condiciones óptimas de la persona bajo una nueva condición, asegurando seguridad y confort. Se deben de mantener en la medida de lo posible y de acuerdo con cada situación espacios de convivencia e independencia. El mantener rutinas significativas para la persona y mantener la medicación prescrita para el control sintomático e indicaciones terapéuticas, así números de emergencia en caso de requerirlo y contar con diario de síntomas como guía del cuidado.

La capacitación y asesoría por parte de los equipos de cuidados paliativos en fundamental para lograr el objetivo.



Templos, L. A. (2026). Humanización del cuidado en casa [Imagen generada con inteligencia artificial mediante Microsoft Copilot]. Archivo personal.

COMPASIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO

El estar presentes no solo para realizar procedimientos y/ò cuidados, sino también para acompañar. El reconocer el sufrimiento y responder con sensibilidad, comprenderlo y sentir el deseo genuino de aliviarlo o acompañarlo de manera solidaria, como una respuesta activa orientada al bienestar de la persona que sufre, ofreciendo consuelo, respetando la dignidad de la persona. Estos conceptos deben de ser aplicables tanto para el personal de salud como para los cuidadores.

CONCLUSIONES

La humanización del cuidado en casa es un proceso de atención centrado en la persona que reconoce su dignidad y autonomía, integrando intervenciones físicas, emocionales, sociales y espirituales en un ambiente familiar, con el fin de promover bienestar, calidad de vida y una experiencia de cuidado respetuosa y compasiva.

Dra. Luz Adriana Templos Esteban
contacto.comecups@gmail.com

Dra. Martha Esthela Vázquez Navarro
marvazquez90@hotmail.com

REFERENCIAS

1. Chaparro, L. P. O., Diaz, J. C. S., Pinzón, C. J. P., & Aristizábal, M. F. I. (2025). Experiencia en sedación paliativa en el domicilio: humanización en el proceso de final de vida. Meridiano-Revista Colombiana de Salud Mental, 4(1).
2. Meira, M. R. M. D. (2026). Desafíos de la humanización en la atención sanitaria: revisión de la literatura. Revista Bioética, 34, e3934PT.
3. Templos-Esteban, L. A., & Vázquez-Navarro, M. E. Aspectos éticos en la comunicación de malas noticias en cuidados paliativos Ethical aspects in communicating bad news in palliative care. Órgano de Comunicación Científica de la Comisión Nacional de Bioética, 35.
4. Cassim, S., Kidd, J., Keenan, R., Middleton, K., Rolleston, A., Hokowhitu, B., ... & Lawrenson, R. (2021). Indigenous perspectives on breaking bad news: ethical considerations for healthcare providers. Journal of Medical Ethics, 47(12), e62-e62.
5. Quiñónez, D. A. R., Acevedo, H. G., Olmos, L. M. P., Velasco, C. C. P., Clavijo, L. P. G., Giraldo, C. A. S., ... & Oliveros, E. P. R. (2023). Intervención integral al síndrome del cuidador principal con pacientes en programas de cuidados paliativos. Revista Boletín Redipe, 12(9), 302-312.

AVANCES EN EL CUIDADO DE CÁNCER DE MAMA

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en mujeres a nivel mundial con 2´434,087 casos nuevos, correspondiendo a 24.3% de los cánceres en la población femenina, y el segundo lugar en mortalidad después del cáncer de pulmón, acorde al último reporte de OMS 2024.[1] En México, esta neoplasia ocupa el primer lugar tanto en incidencia como en mortalidad, con 34,055 (29.9%) casos nuevos y 8,397 muertes. En las últimas décadas, la prevalencia de este cáncer ha aumentado siendo varios los factores identificados como el envejecimiento poblacional, cambios en el estilo de vida, programa nacional de detección oportuna deficiente y problemas con el acceso a la atención oncológica.[2] Aunque es una neoplasia que incrementa con la edad, en nuestro país el cáncer mamario en mujeres menores de 40 años es más frecuente (13.3%) en comparación con otros países. [3] La edad promedio de diagnóstico en México es a los 50 años, 10 años más jóvenes en comparación con países desarrollados. La supervivencia global a 5 años es cercana al 90% en etapas tempranas, y de 25 a 36 % en etapas avanzadas.[4-5]

AVANCES EN LA IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo para cáncer de mama se dividen en 5 grandes grupos:

- Familiares y hereditarios. En los últimos años, la realización de estudios moleculares ha tenido avances importantes, ya que se han identificado una mayor cantidad de genes con variantes patogénicas reconocidas con mayor predisposición para cáncer de mama, tales como *BRCA1*, *BRCA2*, CDH1, *NF1*, PTEN, *TP53*, PALB2, STK11, ATM, BRIP1, CHEK2, RAD51C, RAD51D y NBS1. Antes de cualquier estudio molecular, es indispensable realizar una historia familiar para identificar miembros de primer y segundo grado afectados, esto mediante una valoración preprueba realizada por un genetista quien determinará la amplitud del estudio molecular y la evaluación posprueba para tomar decisiones en vigilancia y medidas reductoras de riesgo.[2] Los individuos con alguna variante patogénica en estos genes, se consideran población de alto riesgo.
- Hormonales y reproductivos. Ventana estrogénica mayor a 40 años (menarca temprana, menopausia tardía), nuliparidad o primer embarazo a término después de los 30 años, ausencia de lactancia y uso de terapia de reemplazo hormonal.



- Estilo de vida. Dieta rica en grasas, consumo de alcohol, tabaquismo y obesidad, siendo este último un factor asociado también a mayor riesgo de recurrencia.
- Condiciones mamarias benignas. Alta densidad mamaria, lesiones proliferativas de la mama, hiperplasia mamaria con atipias, carcinoma lobulillar *in situ*.
- Factores ambientales. Radioterapia al tórax antes de los 30 años de edad.

Existen calculadoras de riesgo digitales que incluyen estos factores, siendo la herramienta BCSCrisk la recomedada para nuestro país por incluir en sus criterios a población hispana *(https://tools. Bcsc-scc.ucdavis. edu/BC5yearRisk/#calculator).*

Es importante que la población reciba actividades educativas para mayor conocimiento de los factores de riesgo y tomar acciones como la detección temprana y prevención primaria.

Los únicos factores de riesgo modificables son los asociados a dieta y estilo de vida. Esta sensibilización se recomienda iniciarla desde las escuelas, en el trabajo y en clínicas de atención primaria. Es indispensable que el personal de salud de primer contacto mantenga la educación médica continua en temas de patología mamaria para ofrecer diagnósticos

oportunos y referencia temprana a hospitales especializados para manejo multidisciplinario eficaz.

AVANCES EN EL DIAGNÓSTICO

El cáncer de mama no es prevenible, pero si puede detectarse tempranamente.

Se sigue recomendando el autoexamen mamario en forma mensual a partir de los 18 años y el examen clínico mamario anual a partir de los 25 años.[6] Los estudios de imagen mamaria dependerán del riesgo de la población y el objetivo del estudio, siendo estudios de tamizaje (en ausencia de síntomas) o como diagnóstico (cuando ya hay síntomas).

Tamizaje. En población con riesgo promedio se recomienda la mastografía convencional de tamizaje anual a partir de los 40 años. En mamas de alta densidad, se puede realizar la **mastografía 3D (tomosíntesis)** como método de tamizaje anual. [7] Un avance en los programas de tamizaje es la telemedicina, donde las imágenes de la **mastografía digital** pueden ser evaluadas en forma remota facilitando su interpretación a la distancia.

En mujeres de 75 años o más, la mastografía de tamizaje se recomienda cuando se goza de buena salud o se tiene una expectativa de vida mayor a 10 años.[8]

El **ultrasonido mamario** no sustituye a la mastografía de tamizaje, es un estudio complementario. Sin embargo, en mujeres menores de 35 años con sintomatología mamaria, el ultrasonido es el estudio de elección inicial.

Una modalidad reciente en el ultrasonido es el **ultrasonido automatizado (ABUS)**, que no depende de un operador para su realización, ya que se incorpora un brazo robótico a un equipo de ultrasonido. La desventaja de esta modalidad de ecografía es que no abarca la totalidad de zonas a evaluar como la región retroareolar, zonas periféricas de la glándula y axilas, requiriendo finalmente del apoyo del experto para completar el estudio. [9] Otro avance es ecografía que se encuentra aún en investigación clínica es el **ultrasonido con contraste (CEUS)**, el cual permite identificar mejor los tejidos y las estructuras vasculares.

En población de alto riesgo se recomienda la mastografía 10 años antes de la edad del familiar más joven con cáncer además de **resonancia magnética** como complemento a la

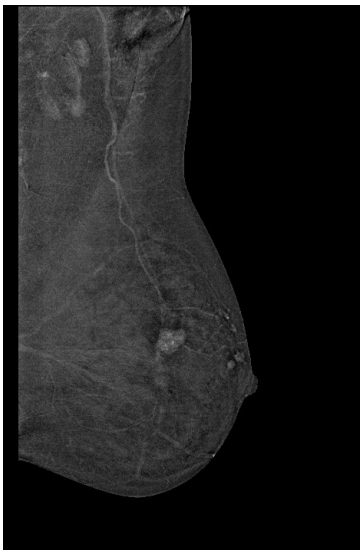


mastografía. No se recomiendan estos estudios en menores de 30 años.

Los estudios funcionales de mama que requieren medio de contraste como la resonancia magnética y mastografía contrastada, son estudios complementarios a la mastografía y ultrasonido.

La resonancia magnética requiere gadolinio como medio de contraste y no utiliza radiación ionizante. Está indicada como tamizaje en mujeres de alto riesgo o para evaluar la extensión de la enfermedad en pacientes con cáncer de mama, siendo el método de imagen con mayor sensibilidad y especificidad. Identifica el comportamiento del medio de contraste en las estructuras conforme pasa el tiempo del estudio, clasificando las lesiones en curvas tipo I, II o III. En presencia de implantes mamarios, es el estudio de elección. Está contraindicado en





pacientes con materiales ferromagnéticos como marcapasos, pacientes con claustrofobia, función renal deficiente y en embarazas (por el medio de contraste). [10]

La **mastografía contrastada** fue aprobada desde 2011 por FDA, con resultados equiparables a la **resonancia magnética** en la mayoría de las evaluaciones, con las ventajas de ser más accesible, con menor complejidad para su realización y menor costo, siendo un método con mayor aplicabilidad en nuestro país, ya que utiliza el mastógrafo digital y contraste yodado endovenoso, siendo este estudio una alternativa a la resonancia magnética, sobre todo en pacientes ya con cáncer de mama.[11]

Interpretación. Los hallazgos identificados en todos estos estudios deben evaluarse en forma integral y describirse acorde a la última actualización del léxico BI-RADS 2025.[12-13]

Existen **estudios moleculares** de imagen mamaria que utilizan radiotrazadores, indicados sólo en casos específicos de cáncer de mama, tales como la tomografía por emisión de positrones (PET) de la mama, PET de alta resolución y más recientemente PET con **resonancia magnética**.

Inteligencia artificial (IA). El uso de IA en la interpretación de mastografías existe desde el año 1998 con el sistema CAD, con altos falsos positivos. Actualmente, el aprendizaje mediante redes neuronales artificiales es la modalidad más utilizada mediante algoritmos en poblaciones específicas, por lo que los programas de IA para análisis de mastografías no son universales, generando errores en los resultados. Requiere validación y aplicación. [14]

Modalidades de imagen alternativas. Desde hace varios años se han investigado estudios emergentes como la termografía, impedancia eléctrica e imágenes optoacústicas, los cuales se comercializan como estudios sin radiación y sin dolor. Hasta la fecha, ninguna de estas modalidades sustituye a la mastografía u otras técnicas de imagen ya validadas.

Estudio histopatológico. En la presencia de lesiones sospechosas en la mama, se requiere de diagnóstico histopatológico mediante **biopsia con aguja de corte**. Si la lesión es palpable, esta puede realizarse en consultorio.

Si la lesión no es palpable, se debe realizar en forma guiada con el método con el cual se identificó, es decir, **biopsia guiada por ultrasonido** o mediante **estereotaxia con sistema al vacío**. Si la lesión se identificó por ambos métodos, se recomienda realizar la **biopsia guiada por ultrasonido**. En el caso de microcalcificaciones, se recomienda la **biopsia por estereotaxia**, ya que estas no son visibles por ultrasonido.

Para determinar el tipo de lesión mamaria benigna, lesión precursora y cáncer, se debe realizar el análisis histopatológico acorde a la nueva clasificación de Tumores Mamarios de OMS en su 5ª edición publicada en 2025. [15]

Además del estudio histopatológico, para personalizar el tratamiento es indispensable realizar **inmunohistoquímica** en búsqueda de receptores hormonales para estrógeno, progesterona, sobreexpresión de HER2 e índice proliferación con Ki67, lo que permitirá clasificar al tumor en **inmunofenotipo** Luminal A, Luminal B, HER2 sobreexpresado o triple negativo.

En tumores con HER2 indeterminado (2+), se requiere estudio confirmatorio mediante con técnicas de Hibridación en Situ, contando en la actualidad con 3 opciones: FISH, CISH y SISH, para concluir si es HER2 positivo o negativo. [16]

AVANCES EN EL TRATAMIENTO

El manejo integral del cáncer de mama es **multidisciplinario**, requiriendo de cirugía, quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia aún en tumores pequeños.

En las últimas décadas, la tendencia en el tratamiento quirúrgico es ser menos radicales, manteniendo similar control oncológico a mediano y largo plazo, con menos morbilidad, menos complicaciones, mejor calidad de vida y más rápida reincorporación de la paciente a su entorno familiar, social y profesional, tomando en cuenta que esta enfermedad afecta a mujeres en edades productivas.

Aunque la tendencia es a ser menos radicales, la mastectomía continúa siendo un procedimiento necesario en pacientes con tumores de localización central, multifocalidad y en pacientes con inadecuada relación mama-tumor.



El cáncer de mama en etapas tempranas y bajo criterios específicos, puede ser tratado con cirugía conservadora de la mama, que consiste en hacer escisión del tumor con márgenes patológicos negativos. Se recomiendan **técnicas oncoplásticas** para movilizar el tejido y evitar secuelas estéticas importantes. [17] Toda cirugía conservadora debe de complementarse con **radioterapia**. En casos seleccionados (tumores pequeños, ganglios negativos, tumores de buen pronóstico y edad mayor a 45 años) pueden tratarse con **irradiación parcial a la mama** como la **radioterapia intraoperatoria**, siendo la paciente operada e irradiada el mismo día. [18]

El manejo de los ganglios axilares continúa siendo pilar en el tratamiento oncológico y con valor pronóstico. Actualmente, en pacientes con cáncer de mama sin evidencia clínica de afección ganglionar axilar, se debe realizar **biopsia de ganglio centinela**, que consiste en utilizar radiotrazador y/o tinción para localizar el primer relevo ganglionar. Este procedimiento tiene como objetivo evitar linfadenectomías axilares innecesarias, disminuyendo el riesgo de linfedema como complicación tardía. [19]

La **reconstrucción mamaria** se puede realizar en la mayoría de las pacientes con cáncer de mama, ya sea en forma inmediata en el mismo procedimiento quirúrgico de la mastectomía o en forma tardía cuando ya pasó algún tiempo después de la mastectomía. El tiempo y tipo de reconstrucción debe acordarse en forma multidisciplinaria entre el oncólogo, el cirujano plástico y el radio-oncólogo caso de requerir radioterapia. La reconstrucción puede ser con materiales aloplásticos (expansor, implante) o con tejido autólogo. En tumores no centrales y alejados del pezón, puede realizarse **mastectomía preservadora de complejo areola-pezón**.

El uso de **quimioterapia neoadyuvante** (antes de la cirugía), además de valorar la respuesta in vivo a los medicamentos, ha permitido reducir el tamaño tumoral para realizar cirugías conservadoras y ha convertido ganglios axilares positivos a negativos, permitiendo realizar biopsia de ganglio centinela en lugar de la linfadenectomía axilar completa, efecto conocido como "*down-staging*". [20]

Los inmunofenotipos que mejor responden a la quimioterapia neoadyuvante son aquellos considerados de mal pronóstico con el triple negativo y HER2 sobreexpresado, con alta probabilidad de **respuesta clínica y patológica completas**. Por tal motivo, se recomienda la colocación de clip intratumoral guiado por ultrasonido antes de recibir la quimioterapia neoadyuvante y de esta forma evitar la pérdida de la localización del tumor original al momento de la cirugía. En tumores HER2 sobreexpresados, las pacientes deben recibir **tratamiento antiHER** además de la quimioterapia, siendo el trastuzumab el agente de elección durante más de 15 años. Desde el año 2020, el tratamiento antiHER de elección es la combinación de trastuzumab con pertuzumab por vía subcutánea, para tumores mayores a 1cm. [21]

La investigación en cáncer de mama crece rápidamente, identificando nuevas moléculas y terapias dirigidas como la inmunoterapia, enfocados a mejorar la sobrevida de las pacientes, muchos de estos agentes aún con importante toxicidad.

Acad. Dra. Eva Ruvalcaba Limón
evaruvalcaba@yahoo.com.mx

REFERENCIAS

1. GLOBOCAN cancer estimates in 2024, World Health Organization. Cancer Today. https://gco.iarc.who.int/today/en Fecha de consulta: 24 septiembre
2. Consenso Mexicano sobre Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Mamario de 2025. Undécima revisión. https://consensocancermamario.com/documentos/FOLLETO_CONSENSO_DE_CANCER_DE_MAMA_11aRev2025a.PDF Fecha de consulta: 24 septiembre 2026.
3. Maffuz-Aziz A, Labastida-Almendaro S, Sherwell-Cabello S, Ruvalcaba-Limón E, Domínguez-Reyes CA, Tenorio-Torres JA, Rodríguez-Cuevas S. Supervivencia de pacientes con cáncer de mama. Análisis por factores pronóstico, clínicos y patológicos. Ginecol Obstet Mex 2016 agosto; 84(8):498-506.
4. Grajales-Alvarez R, Gutiérrez-Mata A, Pichardo-Piña C, Gutiérrez-De la Barrera M, Dip-Borunda K. Survival Outcomes of Patients With Breast Cancer in a Mexican Population. JCO Glob Oncol. 2024 Feb;10:e2300233. doi: 10.1200/GO.23.00233.
5. Unger-Saldaña K, Bandala-Jacques A, Huerta-Gutierrez R, Zamora-Muñoz S, Hernández-Ávila JE, Cabrera-Galeana P, Mohar A, Lajous M. Breast cancer survival in Mexico between 2007 and 2016 in women without social security: a retrospective cohort study. Lancet Reg Health Am. 2023 Jun 24;23:100541. doi: 10.1016/j.lana.2023.100541.
6. NORMA Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.
7. Skaane P, Bandos AI, Gullien R, Eben EB, Ekseth U, et al. Comparison of digital mammography alone and digital mammography plus tomosynthesis in a population-based screening program. Radiology. 2013;267(1):47-56. doi: 10.1148/radiol.12121373
8. Qaseem A, Harrod CS, Balk EM, Etxeandia-Ikobaltzeta I, Crandall CJ; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Screening for Breast Cancer in Asymptomatic, Average-Risk Adult Females: A Guidance Statement From the American College of Physicians (Version 2). Ann Intern Med. 2026 Jun;179(6):842-856. doi: 10.7326/

ANNALS-25-05116.
8. Butler RS, Hooley RJ. Screening Breast Ultrasound: Update After 10 Years of Breast Density Notifi¬cation Laws. AJR Am J Roentgenol. 2020 Jun;214(6):1424-1435. doi: 10.2214/AJR.19.22275.
9. Schoub P. Understanding indications and defining guidelines for breast magnetic resonance imaging. S Afr J Rad. 2018;22(2), a1353. https://doi.org/10.4102/sajr. v22i2.1353
10. Jochelson MS, Lobbes MBI. Contrast-enhanced Mammography: State of the Art. Radiology. 2021 Apr;299(1):36-48. doi: 10.1148/radiol.2021201948.
11. Newell, MS, Destounis SV, Leung, JWT, DeMartini, WB, Lee, CH, Eby, PR. ACR BI-RADS® v2025 Manual. Reston, VA, American College of Radiology; 2025.
12. Singla V, Garg D, Sethi A. ACR BI-RADS v2025: A summary of changes. Curr Probl Diagn Radiol. 2026. doi: 10.1067/j.cpradiol.2026.06.009. de Vries CF, Colosimo SJ, Staff RT, Dymiter JA, Yearsley J, Dinneen D, et al. iCAIRD Radiology Collaboration. Impact of Different Mammography Systems on Artificial Intelligence Performance in Breast Cancer Screening. Radiol Artif Intell. 2023 Mar 22;5(3):e220146. doi: 10.1148/ryai.220146.
13. Deng F, WHO classification of breast tumors (5th edition). doi. org/10.53347/rID-70716.
14. Antonio C. Wolff et al. Human Epidermal Growth Factor Receptor 2 Testing in Breast Cancer: ASCO-Col¬lege of American Pathologists Guideline Update. J Clin Oncol.2023
15. Acea-Nebril B, Flores-Moreno SM et al. Complicaciones en Cirugía Oncoplástica y Reconstructiva de la Mama. 1ª ed Madrid: Elsevier; 2025.
16. Shaitelman SF, Anderson BM, Arthur DW, Bazan JG, Bellon JR, Bradfield L, et al. Partial Breast Irradiation for Patients With Early-Stage Invasive Breast Cancer or Ductal Carcinoma in situ: An ASTRO Clinical Practice Guideline. Pract Radiat Oncol. 2024 Mar- Apr;14(2):112-132. doi: 10.1016/j.prro.2023.11.001.
17. Park KU, Somerfield MR, Anne N, Brackstone M, Conlin AK, Couto HL, et al. Sentinel Lymph Node Biopsy in Early-Stage Breast Cancer: ASCO Guideline Update. J Clin Oncol. 2025 May 10;43(14):1720-1741. doi: 10.1200/JCO-25-00099
18. Wang H, Mao X. Evaluation of the Efficacy of Neoadjuvant Chemotherapy for Breast Cancer. Drug Des Devel Ther. 2020 Jun 18;14:2423-2433. doi: 10.2147/DDDT.S253961.
19. Harbeck N, Modi S, Pusztai L, Ohno S, Wu J, Kim SB, et al. DESTINY-Breast11 Trial Investigators. Neoadjuvant trastuzumab deruxtecan alone or followed by paclitaxel, trastuzumab, and pertuzumab for high-risk HER2-positive early breast cancer (DESTINY-Breast11): a randomised, open-label, multicentre, phase III trial. Ann Oncol. 2026 Feb;37(2):166-179. doi: 10.1016/j.annonc.2025.10.019.

HERIDAS ONCOLÓGICAS: ENFOQUE INTEGRAL PARA EL MANEJO AVANZADO

INTRODUCCIÓN

Las heridas oncológicas, particularmente las lesiones fungantes o ulceradas asociadas con enfermedad maligna avanzada, constituyen un escenario en el que la cicatrización convencional puede dejar de ser un objetivo realista. La evidencia reciente describe una carga clínica multidimensional: dolor, exudado, olor, sangrado, fragilidad tisular, alteraciones de la piel perilesional y repercusiones funcionales, emocionales y sociales. Una revisión de alcance de 2025 identificó 22 instrumentos utilizados en 40 estudios para valorar estas lesiones, sin que exista todavía una herramienta multidimensional universalmente aceptada.[1,2]

En consecuencia, el manejo avanzado no puede reducirse a seleccionar un apósito. Requiere comprender por qué el tejido tumoral se comporta de manera diferente, identificar el problema dominante y elegir intervenciones cuyo beneficio supere el trauma que pueden producir. Esta revisión integra fisiopatología, valoración, tecnologías tópicas y resultados centrados en la persona para proponer un marco clínico aplicable a la práctica especializada.

FISIOPATOLOGÍA: CUANDO EL MICROAMBIENTE TUMORAL MODIFICA LA REPARACIÓN

Una herida oncológica surge de la interacción entre progresión tumoral y reparación tisular. El crecimiento neoplásico puede infiltrar y comprimir estructuras vasculares y linfáticas, alterar la arquitectura tisular y generar un microambiente con hipoxia, inflamación persistente, metabolismo alterado y angiogénesis desorganizada. Estos fenómenos interfieren con la secuencia coordinada de inflamación, proliferación, depósito de matriz y remodelación que caracteriza la reparación cutánea normal.[3,4]

La hipoxia tumoral no es equivalente a la hipoxia transitoria de una herida convencional. El crecimiento de la masa puede superar la capacidad de una red vascular anormal para aportar oxígeno y nutrientes; la señalización adaptativa mantiene vías relacionadas con HIF y factores proangiogénicos. La angiogénesis resultante puede sostener el crecimiento tumoral, pero producir vasos estructuralmente vulnerables. Esto ayuda a explicar la combinación clínica de tejido friable, crecimiento exofítico y tendencia al sangrado.

La inflamación persistente y la remodelación de la matriz extracelular modifican el lecho. Células tumorales, fibroblastos, células inmunitarias y mediadores inflamatorios interactúan de forma continua, de modo que el tejido puede permanecer en un estado de daño y remodelación sin avanzar hacia una reparación organizada. Cuando se suma necrosis, alteración del drenaje linfático y colonización microbiana, aumenta la humedad local y puede intensificarse el olor. La fisiopatología explica por qué estimular indiscriminadamente la granulación no necesariamente resuelve el problema dominante.

Los tratamientos oncológicos pueden añadir modificaciones al tejido y a su capacidad de reparación. Cirugía, radioterapia, quimioterapia y terapias sistémicas pueden alterar proliferación celular, vascularización, respuesta inflamatoria o integridad de la piel; por ello, la herida debe interpretarse dentro del contexto de la enfermedad y del tratamiento recibido. La consecuencia práctica es fundamental: la valoración debe identificar qué mecanismos son potencialmente modificables y cuáles forman parte de la progresión tumoral.

VALORACIÓN AVANZADA: DEL TAMAÑO A LA CARGA CLÍNICA

La descripción debe integrar morfología del lecho, tipo de tejido visible, friabilidad, humedad, exudado, olor, sangrado, dolor, piel perilesional y repercusión funcional y psicosocial. La fotografía permite reconocer configuración, extensión aparente, irregularidad, necrosis visible o proliferación exofítica, pero no determina por sí sola infección, volumen de exudado, intensidad del dolor u olor. La valoración clínica debe completar la información visual y comparar la evolución entre cambios.[1,2]

Se propone utilizar un perfil clínico-sintomático como marco conceptual, no como escala validada: dolor + exudado + olor + sangrado + fragilidad tisular + piel perilesional + impacto funcional y psicosocial. El propósito es priorizar el problema

que más afecta a la persona y anticipar el riesgo que puede generar la propia intervención.

MANEJO AVANZADO: OBJETIVOS ANTES QUE APÓSITOS

Una secuencia útil es: valorar → priorizar el síntoma → definir el objetivo → seleccionar la tecnología → evaluar el resultado. La limpieza debe retirar exudado y detritos con mínima fricción. El desbridamiento no es un objetivo en sí mismo y debe individualizarse cuando la friabilidad, el dolor o el riesgo hemorrágico hacen que el daño potencial supere el beneficio.

Ante exudado moderado o abundante, las espumas de poliuretano pueden absorber y distribuir el exudado, mientras que los apósitos superabsorbentes están orientados a volúmenes elevados y a prolongar el control de humedad entre cambios. En lesiones que requieren formación de gel al contacto con el exudado, las fibras gelificantes o de alta absorción pueden ser otra alternativa. La elección depende del volumen, anatomía, profundidad y tolerancia.[6] La piel perilesional debe tratarse como parte del problema: las películas o barreras protectoras ayudan a limitar el contacto del exudado y el deterioro por humedad.

El olor tiene una repercusión física y social desproporcionada. Los apósitos con carbón activado pueden utilizarse como tecnología adsorbente cuando el objetivo principal sea retener compuestos responsables del olor y mejorar el confort. Los apósitos con plata, por su parte, aportan una acción antimicrobiana local y pueden considerarse cuando exista una indicación clínica concreta, no como uso rutinario. La evidencia disponible para el control del olor sigue siendo heterogénea y requiere reevaluación del beneficio.[4,7]

El dolor puede provenir de la enfermedad, inflamación, presión, infección o del propio cambio de apósito. Las mallas o interfaces de contacto de silicona y otros materiales no adherentes se utilizan como capa de contacto para disminuir la adherencia y proteger tejido frágil durante el retiro; sobre ellas puede colocarse una espuma o un apósito de alta absorción según el exudado.[8]

Ante sangrado leve puede emplearse presión local suave y sostenida; los alginatos, especialmente los de calcio, pueden aportar absorción y ayudar a controlar sangrado superficial en situaciones seleccionadas. Otros materiales hemostáticos pueden considerarse cuando la indicación lo justifique y, ante alto riesgo hemorrágico, debe existir un plan de actuación y escalamiento.

La colonización microbiana no equivale a infección. Olor, exudado o tejido desvitalizado no justifican por sí solos antibióticos sistémicos. La decisión debe sustentarse en hallazgos clínicos y en el objetivo terapéutico. La literatura reciente sobre manejo de heridas fungantes también señala la falta de estandarización de resultados y de protocolos comparables, por lo que la reevaluación debe formar parte de cualquier intervención.[2,9]

COMPATIBILIDAD TISULAR Y VENTANA TERAPÉUTICA

La principal propuesta de este trabajo es entender el apósito como una intervención terapéutica temporal. No existe un "*mejor apósito*" universal: la combinación debe ser compatible con el síntoma dominante, el lecho, la piel perilesional y la tolerancia al cambio. Así, una espuma de poliuretano puede emplearse en exudado moderado; una tecnología superabsorbente o fibra gelificante en cargas altas; una interfaz de silicona ante fragilidad y riesgo de trauma; carbón activado cuando el olor es relevante; alginato de calcio en situaciones seleccionadas de exudado y sangrado superficial; y plata cuando existe una indicación antimicrobiana concreta. Las barreras perilesionales complementan el sistema frente a maceración o irritación. La selección debe hacerse por función y reevaluación, no por costumbre.

De esta integración surge el concepto de ventana terapéutica del cambio de apósito: el intervalo durante el cual la cobertura mantiene un control clínicamente aceptable del síntoma predominante sin saturación, fuga, deterioro perilesional ni daño adicional durante el retiro. No significa cambiar menos, sino identificar el intervalo en el que el beneficio clínico supera la carga del procedimiento. En una lesión muy friable, aumentar innecesariamente la frecuencia de los cambios puede multiplicar dolor, sangrado y exposición tisular.

Se propone además valorar la carga asociada al cambio: dolor procedimental, ansiedad, sangrado inducido, desprendimiento de tejido, exposición del lecho, alteración del descanso y dependencia del cuidador. De esta manera, la eficacia se juzga tanto por lo que ocurre entre cambios como por lo que sucede durante el procedimiento. Estos conceptos son propuestas de razonamiento clínico y no instrumentos validados.

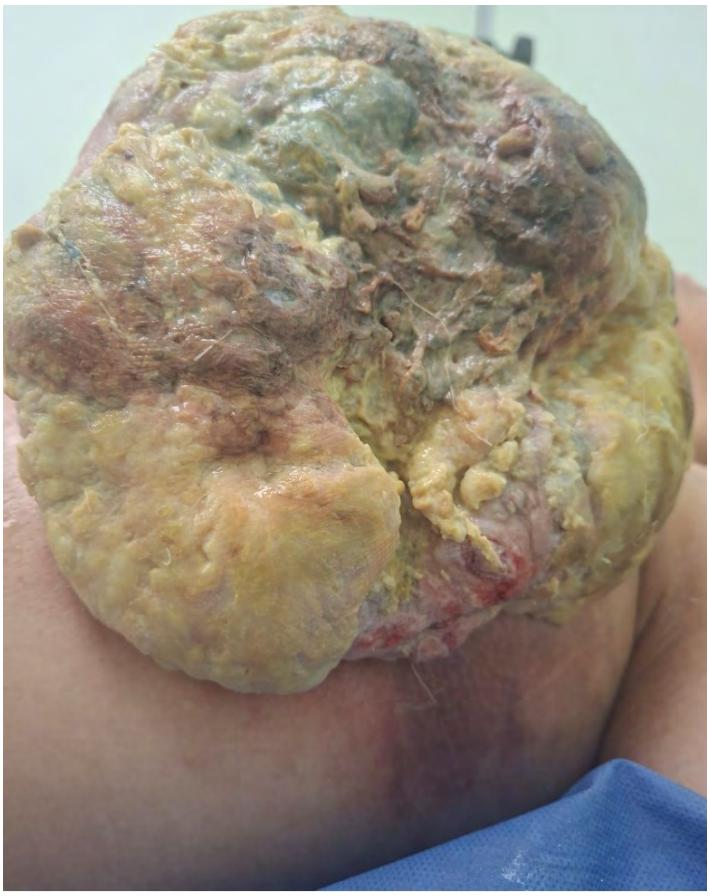


Figura 1. Lesión tumoral exofítica de gran volumen



Figura 2. Lesión tumoral con necrosis extensa



Figura 3. Lesión tumoral exofítica en región mamaria



Figura 4. Lesión tumoral exofítica de menor extensión

CASOS CLÍNICOS: APLICACIÓN DEL ENFOQUE PROPUESTO

Las cuatro imágenes muestran expresiones clínicas diferentes y permiten aplicar el modelo. La descripción se limita a hallazgos visibles; datos como cantidad de exudado, dolor, olor, infección o sangrado activo requieren valoración directa.

Figura 1. Lesión tumoral exofítica de gran volumen. La masa lobulada, irregular y heterogénea muestra tejido friable y áreas

amarillentas. Si predomina el exudado, puede utilizarse una interfaz de silicona o no adherente con espuma de poliuretano o tecnología superabsorbente; si el olor es relevante, puede añadirse carbón activado. La frecuencia del cambio debe definirse por saturación, fuga, estado de la piel y tolerancia.

Figura 2. Lesión tumoral con necrosis extensa. Se aprecia un componente central oscuro compatible visualmente con necrosis y áreas amarillentas. El desbridamiento debe individualizarse según perfusión, friabilidad, dolor y riesgo hemorrágico. Ante exudado abundante pueden considerarse superabsorbentes o fibras gelificantes; si existe sangrado superficial, un alginato de calcio puede formar parte del plan. La protección perilesional es prioritaria ante humedad persistente.

Figura 3. Lesión tumoral exofítica en región mamaria. Es sobreelevada, redondeada y heterogénea, con áreas centrales amarillentas y oscuras. Una interfaz de silicona puede disminuir la adherencia; sobre ella, una espuma de poliuretano o tecnología superabsorbente se selecciona según el exudado. La piel debe vigilarse para maceración o irritación. La evidencia disponible apoya estrategias individualizadas para exudado, sangrado, olor y dolor.[10]

Figura 4. Lesión tumoral exofítica de menor extensión. Se observa una lesión nodular y sobreelevada, con superficie irregular y áreas oscuras y amarillentas. Si el exudado es bajo o moderado, una interfaz no adherente con espuma puede ser suficiente; si aumenta el drenaje, puede requerirse una tecnología superabsorbente. El tamaño no sustituye una valoración integral.

En conjunto, los casos muestran que la morfología orienta, pero no determina la intervención. La decisión final depende de síntomas, fragilidad, piel perilesional, riesgo hemorrágico, tolerancia al cambio y objetivos de la persona. Las tecnologías descritas son ejemplos de razonamiento clínico y no prescripciones derivadas exclusivamente de las imágenes.

CONFORT, DIGNIDAD Y CALIDAD DE VIDA COMO RESULTADOS CLÍNICOS

El éxito no debe medirse exclusivamente por reducción del área o formación de tejido de granulación. Una intervención puede considerarse efectiva cuando disminuye dolor, controla exudado y olor, reduce sangrado, protege la piel, facilita descanso o movilidad y permite mantener actividades con menor impacto emocional. La calidad de vida debe considerarse un desenlace clínico y no un resultado secundario.[5]

La experiencia de las personas con heridas fungantes es multidimensional: limitaciones fisiológicas, alteraciones psicológicas, problemas sociales y necesidades de apoyo aparecen de forma consistente en la síntesis cualitativa reciente.[11] Por ello, el cuidado debe incluir comunicación, educación, preparación para el cambio de apósito y decisiones compartidas, además del control local de la herida.

CONCLUSIONES

Las heridas oncológicas requieren una transición desde una lógica centrada en el cierre hacia una práctica orientada a resultados clínicamente significativos. La fisiopatología tumoral modifica el microambiente, la vascularización, la inflamación y la integridad tisular; por ello, el lecho no debe abordarse con los mismos supuestos de una herida convencional.

La integración de fisiopatología, perfil sintomático y compatibilidad tisular permite justificar de manera más precisa cada intervención. La ventana terapéutica del cambio y la carga asociada al cambio amplían el concepto de eficacia hacia aquello que ocurre durante el procedimiento, no solo hacia la apariencia de la lesión entre cambios. Este marco no sustituye instrumentos validados, pero ofrece una forma de ordenar la toma de decisiones cuando la evidencia comparativa es limitada.

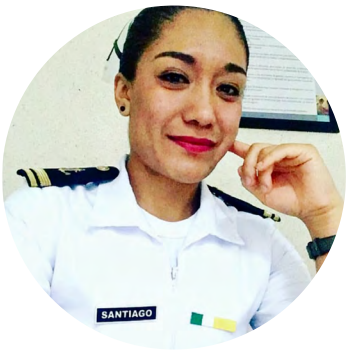
En una herida que no puede cerrarse, el resultado terapéutico también puede ser preservar tejido, disminuir sufrimiento, evitar trauma y mantener dignidad.

M. T. H. E. y Q. Jacqueline Pérez Huerta
jacquelineperez1509@gmail.com

REFERENCIAS

1. Nigrelli D, Gambalunga F, Anastasi G, et al. Malignant fungating wounds assessment in palliative care: a scoping review. Front Public Health. 2025;13:1602493. doi:10.3389/fpubh.2025.1602493.
2. Yasmara D, Tam SH, Fang SY. Caring for Patients With Malignant Fungating Wounds: A Scoping Literature Review. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2024;51(1):19-25. doi:10.1097/WON.0000000000001046.
3. Peña OA, Martin P. Cellular and molecular mechanisms of skin wound healing. Nat Rev Mol Cell Biol. 2024;25:599-616. doi:10.1038/s41580-024-00715-1.
4. Gupta AK. Malignant Fungating Wounds in Advanced Cancer: Pathophysiology, Odor Control, and Dignity-Centered Management. Curr Oncol Rep. 2026;28(1). doi:10.1007/s11912-026-01785-4.
5. Liu X, Xie JQ, Liao ZY, Wei MJ, Lin H. Changes in wound symptoms and quality of life of patients with newly diagnosed malignant fungating wounds. J Wound Care. 2024;33(4):262-270. doi:10.12968/jowc.2024.33.4.262.
6. Geri C, Zimmer R, Vestergaard M, et al. Superabsorbent wound dressings for the management of highly exuding wounds: a literature review. J Wound Care. 2025;34(1):9-16. doi:10.12968/jowc.2024.0276.
7. Gethin G, Vellinga A, McIntosh C, et al. Systematic review of topical interventions for the management of odour in patients with chronic or malignant fungating wounds. J Tissue Viability. 2023;32(1):151-157. doi:10.1016/j.jtv.2022.10.007.
8. Ferreira SAC, Serna González CV, Thum M, et al. Topical therapy for pain management in malignant fungating wounds: a scoping review. J Clin Nurs. 2023;32(13-14):3015-3029. doi:10.1111/jocn.16508.
9. O'Neill L, Nelson Z, Ahmad N, et al. Malignant Fungating Wounds of the Head and Neck: Management and Antibiotic Stewardship. OTO Open. 2022;6(1). doi:10.1177/2473974X211073306.
10. Wong RSH, Sri Ram TMS, Lin ZM, Chia CLK. Optimising topical wound care outcomes for fungating breast wounds: A systematic review of current institutional practice. Surgeon. 2025;23(5):281-287. doi:10.1016/j.surge.2024.12.003.
11. Yang X, Jiang S, Wang R, et al. The Experiences and Needs of Patients With Malignant Fungating Wounds: A Meta-Synthesis of Qualitative Studies. J Adv Nurs. 2026;82(7):7140-7152. doi:10.1111/jan.70397.

ENTREVISTA A: ENF. ANA LAURA SANTIAGO ESPECIALISTA EN CULTURA FÍSICA Y DEL DEPORTE



1. ¿Por qué elegiste especializarte en cultura física y del deporte?

Sabía que quería salir de las especialidades comunes en enfermería, y al mismo tiempo poder conjugar mis dos pasiones, mi profesión y el deporte.

2. ¿Cuál es el papel de la Enfermería en la promoción de la actividad física y el deporte?

Enfermería es una profesión que ha ido evolucionando a través del tiempo y con eso el abordaje al individuo, obligandonos a abarcar todos las áreas y tratar de manera holística. Conocer las bases de la prevención y saber como orientar de manera correcta a los usuarios del sistema de salud es vital, en los 3 niveles de atención.

El actuar de Enfermería es importante desde el primer contacto, por eso es importante tener las herramientas necesarias para brindar información precisa sobre la prevención e importancia de los hábitos saludables.

3. ¿Qué beneficios aporta el ejercicio físico a la salud física y mental de los profesionales de la salud?

Los beneficios de realizar ejercicio físico son diversos, físicamente permite prevenir enfermedades metabólicas, cardiovasculares, mentales etc... mejora el sistema inmunológico y fortalece el sistema músculo esquelético permitiendo tener y mejorar la calidad de vida.

Los profesionales de la salud, vivimos en un estrés constante por la alta demanda laboral y mental, realizar ejercicio físico va a permitirnos cuidar nuestra salud y no solo la salud de los demás. El autocuidado del profesional de la salud debería ser prioridad, y el ejercicio físico impacta de manera importante permitiendo regular los altos niveles de estrés y mejorar la capacidad de regulación emocional.

4. ¿Cómo puede la Enfermería contribuir a la recuperación de un deportista lesionado?

El abordaje de Enfermería hacia un deportista lesionado, puede ser diverso desde el momento de que se sufre la lesión hasta su recuperación total.

El especialista en Cultura física y deporte, tiene la facultad de intervenir de forma inmediata y también contribuir con la recuperación con otros profesionales de la salud, desde las terapias específicas y la rehabilitación integral.

5. ¿Qué factores deben evaluarse antes de que una persona comience a realizar actividad física intensa?

Realizar actividad física debería ser de forma paulatina y escalonada, el individuo antes de llegar a realizar una actividad física de vigoroso a intensa pasa por diversos procesos, y su cuerpo ya tiene un reconocimiento previo del ejercicio, y por lo tanto una adaptación al mismo.

Aún teniendo este reconocimiento físico, es importante evaluarse de forma rutinaria, el entrenador deberá realizar diversas pruebas de esfuerzo de acuerdo al deporte a ejecutar, para poder determinar la intensidad y capacidad del deportista, el factor salud también es muy importante debiendo realizar una entrevista exhaustiva de antecedentes, historia clínica completa y es necesario estudios como EKG, prueba de esfuerzo, espirometría, laboratorios.

6. ¿Dónde se desarrolla laboralmente una enfermera o enfermero con esta especialidad?

El ámbito de aplicación del enfermero especialista en Cultura física y deporte es diversa, desde consultoría privada brindando terapias y rehabilitación, formar parte del equipo médico de algún equipo deportivo o deportista, en el primer nivel de atención, dosificando el ejercicio



prescribiendo planes de ejercicio físico a personas con alguna patología o sanas. Ayudar al individuo enfermo o sedentario a como realizar ejercicio de forma correcta.

7. ¿Qué habilidades debe desarrollar un profesional de Enfermería que trabaja en el ámbito deportivo?

Para mi una de las principales si no es que la principal es sin duda predicar con el ejemplo, el Especialista en este ámbito debe estar comprometido con su salud, convencido de que los hábitos saludables son vitales y la mejor medicina para estar sano y mejorar la calidad de vida.

8. ¿Qué es lo que te llevas al concluir tu especialidad?

Muchas ganas de seguir conociendo más sobre esta rama de la Enfermería, de seguir explorando a través del conocimiento y la educación continua la dualidad de la Enfermería y el deporte.

Ganas de ayudar desde la prevención, de orientar a quien no sabe cómo empezar y el acompañamiento hasta que el ejercicio se vuelva un hábito.

9. ¿Quienes tendrían que estudiar la especialidad en cultura física y del deporte?

Definitivamente quienes busquen mejorar la salud del individuo sin tener que llegar a la enfermedad. O quienes busquen impactar en la prevención, y tengan el compromiso con ellos mismos.

10. Sabemos que los y las enfermeras tienen una sobrecarga de trabajo. ¿Qué ejercicios recomendarías realizar en casa o al aire libre?

En lo personal a mi correr al aire libre me funciona, libera emociones y permite un momento contigo, nadar también es un ejercicio muy liberador, pero cuando los tiempos son apretados realizar ejercicio en casa ayuda, y es mejor que no hacer nada. En casa te da confort sin tener que desplazarte, teniendo unas mancuernas o ligas de residencia puedes tener una rutina muy liberadora. Donde sea pero hagan ejercicio, verán un gran cambio.

L.E. María de Lourdes García Sánchez
marygs1416@gmail.com

COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS EN ONCOLOGÍA Y MEDICINA PALIATIVA: DE LA COMPETENCIA CLÍNICA A LA EMPATÍA HUMANA

INTRODUCCIÓN

El cáncer continúa representando uno de los principales desafíos para la salud pública mundial debido a su elevada incidencia, mortalidad e impacto sobre la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Más allá de las implicaciones médicas, la enfermedad oncológica genera profundas repercusiones emocionales, sociales, familiares y económicas que requieren un abordaje integral por parte de los profesionales de la salud.

Dentro del proceso asistencial, comunicar noticias desfavorables constituye una responsabilidad inevitable para médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y otros integrantes del equipo multidisciplinario. Informar un diagnóstico de cáncer, una recaída, la progresión de la enfermedad o la transición hacia cuidados paliativos son situaciones frecuentes que requieren no solo conocimientos clínicos, sino también habilidades de comunicación y sensibilidad humana.

La manera en que estas noticias son comunicadas tiene consecuencias significativas en la experiencia del paciente. Una conversación carente de empatía o transmitida de forma confusa puede incrementar la ansiedad, generar desconfianza y afectar la capacidad de participación en la toma de decisiones. Por el contrario, una comunicación clara, respetuosa y compasiva fortalece la relación terapéutica, favorece la comprensión y contribuye a preservar la dignidad de la persona durante momentos de especial vulnerabilidad.

La evidencia actual señala que la comunicación efectiva no consiste únicamente en transmitir información médica. Su verdadero propósito es acompañar al paciente y a su familia, brindando apoyo emocional mientras enfrentan una realidad que puede transformar profundamente su proyecto de vida.

LA DIMENSIÓN HUMANA DE COMUNICAR MALAS NOTICIAS

Recibir una mala noticia relacionada con el cáncer suele representar un momento de gran impacto emocional. Frecuentemente se acompañan sentimientos de miedo,



incertidumbre, angustia, tristeza e incluso pérdida de control sobre el futuro.

En este contexto, la comunicación adquiere un valor terapéutico. El paciente no recuerda únicamente el contenido de la información recibida; también recuerda la actitud de quien se la comunicó, las palabras utilizadas, el tiempo dedicado a escucharlo y la sensación de acompañamiento percibida durante la conversación.

Por ello, los profesionales de la salud deben reconocer que cada encuentro representa una oportunidad para fortalecer la confianza y construir una relación basada en el respeto, la honestidad y la comprensión de las necesidades individuales de cada persona.

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS EN LA COMUNICACIÓN

La comunicación de malas noticias en Oncología y Medicina paliativa debe sustentarse en principios bioéticos que orienten la relación entre los profesionales de la salud, los pacientes y sus familias. El respeto por la persona, la toma de decisiones compartida, la protección de la dignidad humana y la búsqueda del bienestar del paciente constituyen elementos esenciales para garantizar una atención ética y humanizada.

Estos principios permiten que la información sea transmitida con sensibilidad, responsabilidad profesional y respeto por las necesidades individuales, favoreciendo una comunicación que genere confianza y acompañe al paciente durante momentos de gran vulnerabilidad emocional.

Más allá de transmitir información clínica, el objetivo es garantizar que cada paciente sea reconocido como una persona con valores, expectativas, temores y necesidades únicas, promoviendo siempre una atención centrada en la persona.

LA PREPARACIÓN DEL ENCUENTRO CLÍNICO

La comunicación de malas noticias comienza mucho antes del diálogo con el paciente. Una adecuada preparación puede influir significativamente en la experiencia de quienes reciben la información.



Resulta indispensable revisar previamente la información clínica disponible para evitar contradicciones o incertidumbres innecesarias. Asimismo, debe procurarse un espacio privado, tranquilo y libre de interrupciones que favorezca un ambiente de confianza y seguridad.

También es importante conocer las preferencias del paciente respecto a quién desea que lo acompañe durante la conversación. Mientras algunas personas prefieren la presencia de familiares cercanos, otras desean recibir la información de manera más privada. Respetar estas decisiones fortalece el sentido de autonomía y control.

Detalles aparentemente sencillos como mantener contacto visual, sentarse a la misma altura del paciente, evitar distracciones y disponer del tiempo suficiente para escuchar pueden marcar una diferencia significativa en la calidad de la interacción.

MODELOS DE APOYO PARA LA COMUNICACIÓN

Existen diversos modelos que ayudan a los profesionales de la salud a estructurar la comunicación de malas noticias. Entre ellos destaca el protocolo SPIKES, ampliamente utilizado en Oncología como una guía para planificar estas conversaciones de forma organizada, respetuosa y centrada en el paciente.

Sin embargo, más allá de cualquier metodología, la efectividad de la comunicación depende de la capacidad del profesional para escuchar, comprender las necesidades individuales y establecer una conexión humana basada en la empatía, el respeto y la compasión.

Las herramientas estructuradas pueden facilitar el proceso, pero ninguna sustituye la sensibilidad necesaria para comprender la experiencia emocional de una persona que enfrenta una enfermedad potencialmente amenazante para su vida.

LA EMPATÍA COMO INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

La empatía constituye una de las herramientas más valiosas durante la comunicación de malas noticias. Numerosos pacientes refieren que recuerdan con mayor claridad el acompañamiento emocional recibido que muchos de los detalles técnicos compartidos durante la consulta.



La empatía no representa únicamente una habilidad interpersonal; constituye una verdadera intervención terapéutica. Cuando los pacientes reciben información difícil en un contexto de comprensión y respeto, suelen experimentar una mayor sensación de seguridad, confianza y control sobre su situación.

Reconocer las emociones, validar los sentimientos y permitir espacios de silencio favorecen el procesamiento de la información y ayudan a disminuir el impacto emocional inicial. Expresiones sencillas como:

"*Comprendo que esta noticia pueda resultar difícil.*"
"*Es normal sentirse así en este momento.*"
"*Estamos aquí para acompañarle.*"

pueden contribuir significativamente a reducir la sensación de aislamiento emocional.

En Oncología, donde frecuentemente existe incertidumbre respecto al pronóstico y la evolución de la enfermedad, la empatía fortalece la alianza terapéutica y facilita una mejor adaptación emocional.

SITUACIONES COMPLEJAS EN ONCOLOGÍA Y MEDICINA PALIATIVA

COMUNICACIÓN DEL PRONÓSTICO

Hablar sobre expectativas de vida representa uno de los mayores desafíos para los profesionales de la salud. La honestidad debe coexistir con la sensibilidad, evitando tanto las falsas expectativas como el pesimismo innecesario.

Los pacientes suelen valorar una comunicación clara y realista que les permita comprender su situación y participar en las decisiones relacionadas con su atención. Más que predecir tiempos exactos, el objetivo debe ser ayudar a la persona a comprender cómo la enfermedad puede impactar su vida cotidiana, sus prioridades y sus objetivos personales.

LA CONSPIRACIÓN DEL SILENCIO

En algunas ocasiones, familiares solicitan que cierta información no sea comunicada al paciente con la intención de protegerlo emocionalmente. Estas situaciones generan importantes desafíos para el equipo de salud.

El abordaje debe centrarse en promover una comunicación gradual y respetuosa, explorando las preocupaciones de la familia y favoreciendo siempre el respeto por la dignidad y los deseos de la persona afectada.

TRANSICIÓN HACIA CUIDADOS PALIATIVOS

Uno de los conceptos erróneos más frecuentes consiste en asociar los cuidados paliativos con el abandono del tratamiento. En realidad, representan un modelo especializado de atención cuyo propósito es aliviar el sufrimiento, controlar síntomas y maximizar la calidad de vida.

Durante esta transición es fundamental comunicar que los objetivos del cuidado evolucionan, pero el compromiso del equipo de salud permanece intacto. El mensaje debe transmitir continuidad, acompañamiento y apoyo, evitando frases que puedan interpretarse como abandono terapéutico.

EL AUTOCUIDADO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

La exposición constante a situaciones de sufrimiento, pérdida y muerte puede generar desgaste emocional, fatiga por compasión y agotamiento profesional.

Los profesionales que comunican malas noticias de manera frecuente necesitan espacios de reflexión, apoyo interdisciplinario y capacitación continua que les permitan fortalecer sus habilidades de afrontamiento y preservar su bienestar emocional.

Cuidar a quienes cuidan constituye una estrategia indispensable para garantizar una atención de calidad y sostener una práctica clínica humanizada a largo plazo.

CONCLUSIONES

La comunicación de malas noticias constituye una competencia esencial para todos los profesionales involucrados en la atención de personas con cáncer y otras enfermedades graves. Su adecuada realización requiere conocimientos clínicos, sensibilidad ética, habilidades comunicativas y una profunda comprensión de las necesidades emocionales de los pacientes y sus familias.

Aunque existen modelos que orientan estas conversaciones, la calidad de la comunicación depende fundamentalmente de la capacidad del profesional para escuchar, acompañar y responder con empatía ante situaciones de elevada vulnerabilidad. Comunicar con humanidad implica reconocer a la persona más allá de la enfermedad y preservar su dignidad durante todo el proceso de atención.

Cuando la información se transmite con claridad, sensibilidad y compromiso humano, la comunicación trasciende la simple entrega de datos clínicos para convertirse en una intervención terapéutica que fortalece la confianza, favorece la toma de decisiones compartida y contribuye al bienestar integral del paciente y su familia.

En Oncología y Medicina paliativa, acompañar con humanidad continúa siendo una de las expresiones más elevadas del cuidado profesional.

Mtra. Ivonne Alferez Mancera
ivonne.alferez@bbraun.com

TRATO DIGNO EN ONCOLOGÍA: RETOS PARA LA GESTIÓN DE ENFERMERÍA

INTRODUCCIÓN

La gestión del recurso humano de Enfermería es un componente esencial para garantizar calidad, seguridad y continuidad de la atención. La dotación no debe comprenderse únicamente como el número de profesionales disponibles durante una jornada, sino como un proceso de planificación que integra necesidades de cuidado, complejidad clínica, preparación académica, infraestructura y características operativas del servicio.[1-4]

En unidades ambulatorias oncológicas de alta especialidad, el personal de Enfermería realiza actividades técnicas y no técnicas que requieren tiempo y competencias específicas: vigilancia clínica, administración segura de tratamientos antineoplásicos, educación al paciente, identificación de riesgos, comunicación terapéutica y protección de la intimidad. Estas funciones se relacionan con el trato digno, entendido como la percepción del paciente sobre el respeto, seguridad, comunicación, privacidad y consideración recibidos durante la atención.[5,6]

En México, la NOM-019-SSA3-2013 reconoce funciones diferenciadas del personal de enfermería de acuerdo con su formación y competencia profesional.[7] Asimismo, los criterios de dotación han considerado la complejidad del cuidado, la preparación académica, la infraestructura, el nivel de atención y la operación del establecimiento.[3] Bajo este marco, el objetivo del presente estudio fue analizar la distribución del personal de enfermería y describir los componentes del trato digno percibidos por pacientes oncológicos de una unidad ambulatoria de alta especialidad, con énfasis en sus implicaciones para la gestión.

MÉTODOS

Se realizó un estudio cuantitativo, prospectivo, transversal, correlacional y no experimental en una unidad ambulatoria de atención oncológica perteneciente a una institución pública mexicana de tercer nivel de atención. Para esta publicación se eliminaron el nombre del establecimiento, la entidad federativa y otros datos contextuales que pudieran facilitar su identificación.



La muestra fue no probabilística e intencionada e incluyó 31 pacientes oncológicos atendidos durante diferentes turnos en el servicio ambulatorio. El instrumento incorporó variables de organización del recurso humano: categoría profesional, jornada de trabajo, días de descanso, periodos vacacionales y número de pacientes atendidos. También evaluó diez componentes de trato digno: saludo cordial, presentación del profesional, uso del nombre del paciente, explicación de cuidados, interés por una estancia agradable, respeto a la intimidad y pudor, seguridad percibida, trato respetuoso, continuidad del cuidado y satisfacción con la atención.

El instrumento fue revisado por expertos y sometido a prueba piloto. La versión inicial obtuvo un alfa de Cronbach de 0.701; después de modificar la redacción y retirar el ítem que reducía la consistencia interna, el coeficiente aumentó a 0.845. El

Componente de trato digno	n	%
Saludo cordial	28	90.3
Se presenta con el paciente	24	77.4
Se dirige por su nombre	26	83.9
Explica cuidados	9	29.0
Interés por estancia agradable	22	71.0
Respeta intimidad/pudor	8	25.8
Hace sentir seguro	23	74.2
Trata con respeto	28	90.3
Continuidad del cuidado	5	16.1
Satisfacción con la atención	25	80.6

Tabla 1. Componentes de trato digno percibidos por los pacientes (n=31).

análisis incluyó frecuencias, porcentajes y comparaciones por categoría profesional mediante razones de momios, intervalos de confianza al 95% y valores de p. Por el tamaño de la muestra, las asociaciones se interpretaron de forma exploratoria.

RESULTADOS

El 74.2% de las atenciones correspondió a personal de enfermería general y el 25.8% a personal especialista. El 74.2% de las jornadas fue de ocho horas y el 25.8% de 12 horas. En 51.6% de los casos se atendieron entre uno y cinco pacientes por turno y en 48.4% más de cinco.

Los resultados más favorables se observaron en saludo cordial y trato respetuoso (90.3% cada uno), uso del nombre del paciente (83.9%) y satisfacción con la atención (80.6%). El 74.2% manifestó sentirse seguro y 71.0% percibió interés por hacer agradable su estancia.

Las principales áreas de oportunidad fueron la explicación sobre cuidados, reportada sólo por 29.0%; el respeto a la intimidad y pudor, identificado por 25.8%; y la continuidad del cuidado, percibida por 16.1%. Estos hallazgos muestran que una percepción global favorable puede coexistir con deficiencias en componentes específicos del cuidado.

Al comparar personal general y especialista no se identificaron diferencias estadísticamente significativas. La satisfacción fue de 78.3% y 87.5%, respectivamente (OR 1.9; p=0.569), y la percepción de seguridad fue de 69.6% frente a 87.5% (OR 3.0; p=0.318). Por ello, las diferencias observadas deben interpretarse como tendencias descriptivas y no como evidencia de superioridad de una categoría profesional.

DISCUSIÓN

El principal hallazgo del estudio es la coexistencia de resultados favorables en cordialidad, respeto y satisfacción con brechas importantes en continuidad, educación y privacidad. Esta combinación evidencia que el trato digno es multidimensional y que la satisfacción global, aunque relevante, no debe utilizarse como único indicador de calidad.

La explicación de cuidados fue uno de los componentes con menor cumplimiento. La educación al paciente forma parte del cuidado profesional y favorece comprensión, autocuidado y seguridad después de la atención. Cuando la distribución del personal se define principalmente por número de pacientes o disponibilidad de plazas, puede no reconocerse el tiempo necesario para informar, comprobar comprensión y resolver dudas. Por ello, la carga de trabajo debería valorar también las actividades cognitivas, educativas y comunicativas que acompañan los procedimientos.

La protección de la intimidad y el pudor mostró igualmente una frecuencia baja. El cuidado digno implica reconocer a la persona como un ser integral, con valores, preferencias y necesidades individuales.[5,6] La privacidad no puede considerarse un elemento accesorio: requiere conductas profesionales, organización del entorno y disponibilidad de recursos físicos que permitan preservar la dignidad durante la atención.

La continuidad del cuidado constituyó la mayor área de oportunidad. Debido al carácter ambulatorio de la unidad, el indicador de continuidad durante 24 horas debe interpretarse con cautela; sin embargo, el resultado permite dirigir la atención hacia los procesos de enlace, transferencia de información, seguimiento y coordinación entre profesionales y turnos. La continuidad no implica únicamente presencia física, sino transmisión segura y oportuna de información clínica relevante.

Desde la perspectiva de la gestión, los hallazgos apoyan modelos de dotación que superen el cálculo basado exclusivamente en camas o volumen de pacientes. La literatura revisada en la investigación señala que la distribución de enfermería debe relacionarse con los requerimientos de cuidado, la complejidad, el grado de dependencia y las competencias disponibles.[2-4] La administración del recurso humano debe equilibrar productividad con calidad y seguridad.

La especialización también merece atención. En un entorno oncológico, donde se administran tratamientos antineoplásicos y se requiere vigilancia de riesgos asociados, una cuarta parte de las atenciones correspondió a personal especialista. Aunque descriptivamente se observaron mejores porcentajes de satisfacción y seguridad en este grupo, las diferencias no fueron estadísticamente significativas. El tamaño muestral y los intervalos de confianza amplios no permiten establecer una asociación concluyente; sin embargo, en áreas de alta complejidad resulta razonable fortalecer competencias específicas mediante formación y capacitación continua.

Estos resultados tienen una implicación práctica: gestionar personal no es únicamente cubrir turnos. Significa garantizar que el equipo tenga suficiente capacidad, tiempo y preparación para ejecutar procedimientos con seguridad y, al mismo tiempo, informar, escuchar, proteger la privacidad, mantener continuidad y generar confianza.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA Y LA GESTIÓN

La evaluación de la calidad debería integrar indicadores de trato digno desagregados y relacionarlos con variables de organización del personal. Los servicios pueden obtener niveles altos de satisfacción y, aun así, presentar brechas concretas que requieren intervenciones focalizadas. Para la gestión de Enfermería, esta información permite orientar decisiones sobre distribución de personal, capacitación, supervisión y rediseño de procesos.

CONCLUSIONES

La distribución y dotación del personal de enfermería constituyen componentes estratégicos de la calidad del cuidado en unidades oncológicas de alta especialidad. En este estudio, la percepción fue favorable en cordialidad, respeto, seguridad y satisfacción; no obstante, se identificaron brechas relevantes en educación al paciente, protección de la intimidad y continuidad asistencial.

Una elevada satisfacción global no equivale al cumplimiento integral del trato digno. Por ello, la evaluación institucional debe analizar cada dimensión de la experiencia del paciente y evitar que un indicador general oculte problemas específicos.

No se demostraron diferencias estadísticamente significativas en el trato digno de acuerdo con la categoría profesional. Los hallazgos no permiten afirmar causalidad ni superioridad del personal especialista. Sin embargo, la complejidad de la atención de alta especialidad justifica disponer de profesionales con competencias específicas y mantener programas sistemáticos de actualización.

La planificación del recurso humano debe evolucionar hacia modelos basados en necesidades reales de cuidado. Además del número de pacientes, deberían considerarse complejidad clínica, riesgo del tratamiento, vigilancia requerida, educación, comunicación, privacidad, continuidad y competencias del equipo. Estas actividades demandan tiempo de enfermería y forman parte del cuidado seguro y humanizado.



RECOMENDACIONES

1. Actualizar los criterios de distribución y dotación. Incorporar complejidad clínica, tipo de tratamiento, dependencia, riesgo, competencias profesionales y tiempo necesario para educación y comunicación, además del número de pacientes.

2. Fortalecer competencias específicas. Mantener personal capacitado para áreas de alta especialidad y establecer actualización continua con evaluación periódica de competencias.

3. Incorporar indicadores de trato digno a la gestión. Monitorear de forma separada presentación del profesional, identificación por nombre, comunicación, respeto, privacidad, seguridad percibida, educación y continuidad.

4. Estandarizar educación y continuidad. Utilizar herramientas breves para educación al paciente y procesos formales de enlace y transferencia de información entre profesionales y turnos.

5. Ampliar la investigación. Desarrollar estudios multicéntricos con muestras mayores que permitan analizar de manera robusta la relación entre dotación, carga de trabajo, composición del equipo y experiencia del paciente.

6. Impulsar una agenda nacional de cuidado oncológico digno. Desde la presidencia de la Asociación Nacional de

Enfermería Oncológica (ANEO), se considera prioritario promover una agenda colaborativa entre instituciones, líderes de enfermería y organismos académicos que fortalezca criterios contemporáneos de dotación, formación especializada, continuidad del cuidado y evaluación del trato digno en los servicios oncológicos. Esta propuesta representa una perspectiva de liderazgo profesional derivada de los hallazgos del estudio y no un resultado estadístico adicional.

LIMITACIONES

El estudio se realizó en una sola unidad, con una muestra no probabilística de 31 pacientes, lo que limita la generalización de los resultados. El diseño transversal permite describir la situación observada, pero no establecer relaciones causales. Las comparaciones por categoría profesional presentaron intervalos de confianza amplios y ausencia de significancia estadística. Se requieren estudios con mayor tamaño muestral y participación de varias instituciones.

Confidencialidad institucional

Para la presente versión destinada a publicación se eliminaron el nombre, ubicación geográfica y otros elementos específicos del centro donde se desarrolló la investigación. Los resultados se presentan de manera agregada.

DCA. Yessenia Martínez Mariano
yessemartinez90@gmail.com

REFERENCIAS

1. Balderas Pedrero ML. Administración de los servicios de enfermería. 5a ed. México: McGraw-Hill; 2009.
2. Cachimuel Burga KL. Dotación del personal de enfermería y calidad de atención [tesis de pregrado]. Ibarra: Universidad Técnica del Norte; 2021.
3. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Plan rector de enfermería. México: Subsecretaría de Innovación y Calidad; 2006.
4. Malhi Cho M, Levin R. Implementación del plan de acción de recursos humanos en salud y la respuesta a la pandemia por COVID-19. Rev Panam Salud Publica. 2022.
5. Beltrán LM. Trato digno proporcionado por enfermería en unidades para adulto de un hospital general [tesis de maestría]. San Luis Potosí: Universidad Autónoma de San Luis Potosí; 2016.
6. Bonill de las Nieves C, Celdrán Mañas M. El cuidado y la cultura: génesis, lazos y referentes teóricos en enfermería. Index Enferm. 2012;21(3):160-164. doi:10.4321/S1132-12962012000200011.
7. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Diario Oficial de la Federación. 2 sep 2013.
8. De Arco-Canoles O del C, Suarez-Calle ZK. Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. Univ Salud. 2018;20(2):171-182. doi:10.22267/rus.182002.121.
9. Aliaga Rebolledo O, Cofré Vega D. La evolución del concepto de capital humano y los desafíos para la gestión estratégica de recursos humanos en Chile. Rev Gestión Personas Tecnol. 2021;14(40):38-59. doi:10.35588/gpt.v14i40.4862.
10. Següel Palma F, Valenzuela Süazo S, Sanhueza Alvarado O. El trabajo del profesional de enfermería: revisión de la literatura. Cienc Enferm. 2015;21(2):11-20. doi:10.4067/S0717-95532015000200002.
11. Organización Mundial de la Salud. Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Ginebra: OMS; 2009.
12. Echandía RB. Distribución del recurso humano de enfermería según la clasificación de pacientes en una unidad de cuidados intensivos neonatales. La Plata; 2019.

DESAFÍOS DE LA QUIMIOTERAPIA EN MÉXICO

La atención oncológica en México enfrenta importantes desafíos, especialmente en la administración de quimioterapia, una de las modalidades terapéuticas más utilizadas en el tratamiento del cáncer. Aunque suele asociarse únicamente con la administración de medicamentos antineoplásicos, en realidad implica una compleja cadena de procesos clínicos, logísticos y administrativos que deben ejecutarse de manera coordinada para garantizar la Seguridad del Paciente y la efectividad del tratamiento.

La creciente demanda de tratamientos oncológicos especializados ejerce una presión cada vez mayor sobre los profesionales involucrados en la administración de medicamentos contra el cáncer. Estos retos impactan a pacientes, personal de Enfermería, Médicos, Farmacéuticos y gestores hospitalarios, y sus efectos se reflejan en la calidad de la atención, la experiencia del paciente y la eficiencia de los procesos asistenciales.

CUANDO LA DEMANDA SUPERA LA CAPACIDAD DE ATENCIÓN

El cáncer representa uno de los principales retos para los sistemas de salud en México. Cada año aumenta el número de pacientes que requieren tratamiento sistémico, generando una demanda creciente de servicios de quimioterapia. Esta realidad ejerce una presión constante sobre hospitales y centros oncológicos, que con frecuencia deben atender un volumen de pacientes superior a la capacidad para la que fueron diseñados. Como resultado, se presentan tiempos de espera más prolongados, saturación de las áreas de atención y una mayor carga de trabajo para los equipos clínicos.

A este desafío se suma la escasez de profesionales con formación especializada en oncología. La administración de medicamentos antineoplásicos exige conocimientos avanzados en farmacología, manejo de accesos vasculares, detección temprana de reacciones adversas y educación al paciente, competencias indispensables para garantizar tratamientos seguros y efectivos.

Al mismo tiempo, los avances terapéuticos han transformado el panorama de la atención oncológica. Además de la



quimioterapia convencional, hoy se dispone de terapias dirigidas, inmunoterapias y esquemas combinados que han ampliado las opciones de tratamiento, pero también han incrementado su complejidad. Cada medicamento requiere condiciones específicas de preparación, conservación, administración y monitoreo, lo que demanda una mayor coordinación entre los profesionales de la salud. Esta creciente complejidad también incrementa la necesidad de fortalecer las medidas de seguridad durante todo el proceso terapéutico.

SEGURIDAD DEL PACIENTE Y PREVENCIÓN DE ERRORES

La preparación y administración de medicamentos oncológicos continúan siendo procesos de alto riesgo debido a la toxicidad inherente de estos fármacos y a la complejidad de los esquemas terapéuticos. Desde la validación de la prescripción hasta la administración del tratamiento, cada etapa requiere controles rigurosos para minimizar errores que puedan comprometer la seguridad del paciente.

En este contexto, la capacitación continua, la estandarización de procedimientos y la adopción de herramientas que favorezcan la trazabilidad de los medicamentos son elementos esenciales para fortalecer la seguridad. Asimismo, una comunicación efectiva entre los diferentes integrantes del equipo multidisciplinario contribuye a reducir riesgos y mejorar la calidad de la atención.

EL IMPACTO EMOCIONAL EN PACIENTES Y PROFESIONALES

La quimioterapia no solo representa un desafío clínico y operativo, sino también humano. Para los pacientes, el tratamiento suele estar acompañado de incertidumbre, ansiedad y preocupaciones relacionadas con los efectos adversos, la duración de la terapia y su impacto en la vida cotidiana. Por ello, el acompañamiento cercano, la comunicación efectiva y el apoyo emocional brindado por el equipo de salud adquieren un papel fundamental durante el proceso terapéutico.

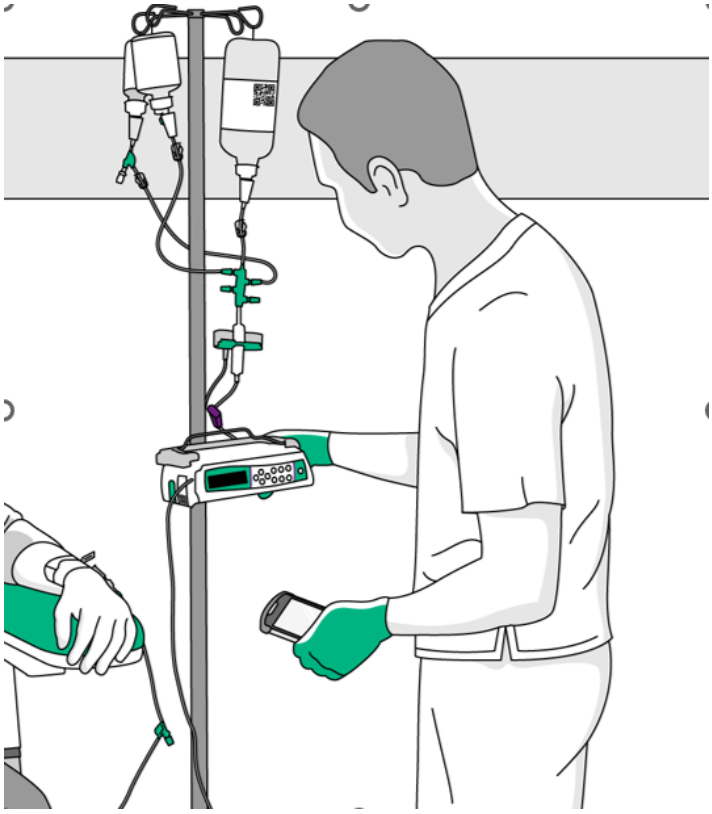
Del mismo modo, los profesionales que participan en la atención oncológica enfrentan una importante carga emocional. La atención continua de pacientes con enfermedades complejas, sumada a la presión asistencial y la necesidad de mantener altos estándares de seguridad, puede generar agotamiento físico y emocional.

El bienestar del personal sanitario es un componente frecuentemente subestimado, pero indispensable para mantener la calidad y la continuidad de la atención. Fomentar entornos laborales saludables, fortalecer la capacitación y promover estrategias de apoyo al personal son acciones fundamentales para enfrentar los desafíos actuales de la administración de quimioterapia.

LA TECNOLOGÍA COMO ALIADA DE LA SEGURIDAD

A pesar de los avances registrados en la atención oncológica, la implementación de prácticas y tecnologías orientadas a la seguridad en la administración de quimioterapia continúa siendo heterogénea entre las instituciones de salud. En muchos centros, los profesionales aún enfrentan desafíos relacionados con la manipulación de medicamentos antineoplásicos, la estandarización de procesos y la protección frente a la exposición a fármacos potencialmente peligrosos. Este panorama adquiere especial relevancia si se considera que, en México, si bien existen lineamientos y recomendaciones para el manejo de medicamentos oncológicos, aún persisten áreas de oportunidad para fortalecer la normatividad y la adopción uniforme de medidas específicas enfocadas en la protección del personal de salud durante todas las etapas de preparación y administración de quimioterapia.

Entre las tecnologías disponibles se encuentran los sistemas cerrados de transferencia de medicamentos (CSTD, por sus siglas en inglés), diseñados para evitar la liberación de



contaminantes al ambiente y reducir la exposición a agentes citotóxicos durante las diferentes etapas del tratamiento.

Cyto-Set®: seguridad integrada en cada etapa del proceso

La necesidad de fortalecer la seguridad en la administración de quimioterapia ha impulsado la adopción de tecnologías diseñadas para reducir riesgos y promover mejores prácticas clínicas. Entre ellas, los sistemas cerrados de transferencia y administración de medicamentos se han consolidado como herramientas fundamentales para proteger tanto a los pacientes como al personal de salud durante el manejo de fármacos antineoplásicos.

Cyto-Set® es un equipo de infusión diseñado para fortalecer la seguridad durante la administración de medicamentos antineoplásicos. Su diseño favorece una manipulación controlada de los fármacos antineoplásicos, contribuyendo a reducir la exposición a agentes citotóxicos y a reforzar las prácticas seguras durante todo el proceso de administración.

Además de fortalecer la protección del personal sanitario, esta tecnología contribuye a la estandarización de los procedimientos y al cumplimiento de las estrategias institucionales orientadas a la seguridad del paciente. En un entorno caracterizado por una demanda creciente y

tratamientos cada vez más complejos, soluciones como Cyto-Set® permiten optimizar los procesos asistenciales y apoyar a los equipos clínicos en la prestación de una atención más segura y eficiente.

Su diseño incorpora elementos orientados a fortalecer la seguridad durante la administración de medicamentos antineoplásicos, contribuyendo a reducir riesgos asociados al tratamiento, entre ellos:

- Contaminación química, derivada de la exposición involuntaria del personal de salud a medicamentos peligrosos.
- Incompatibilidades farmacológicas, que pueden producirse entre medicamentos, soluciones intravenosas o dispositivos utilizados durante la terapia.
- Contaminación microbiológica, asociada a la introducción de microorganismos durante la preparación o administración del tratamiento.
- Contaminación por partículas, ocasionada por la presencia de material extraño en las soluciones parenterales.
- Errores de medicación, que pueden ocurrir durante la prescripción, preparación, dispensación o administración de los medicamentos.
- Lesiones por objetos punzocortantes, una causa frecuente de accidentes laborales en el entorno hospitalario.
- Exposición a DEHP, plastificante presente en algunos dispositivos fabricados con PVC.
- Embolismo aéreo, relacionado con la entrada accidental de aire al sistema de infusión.

Más allá de la incorporación de nuevas tecnologías, el verdadero desafío consiste en construir entornos de atención más seguros para pacientes y profesionales. La innovación, acompañada de capacitación continua, estandarización de procesos y una sólida cultura de seguridad, puede contribuir significativamente a mejorar la calidad de la atención oncológica. En este contexto, soluciones como Cyto-Set® representan una herramienta de apoyo para los equipos clínicos en su objetivo de ofrecer tratamientos cada vez más seguros, eficientes y centrados en el paciente.

Lic. Enf. Griscel Farfán Plascencia
griscel.farfan@bbraun.com

REFERENCIAS

1. International Agency for Research on Cancer. Global Cancer Observatory: Mexico Fact Sheet [Internet]. Lyon: World Health Organization; 2024 [citado 2025]. Disponible en: https://gco.iarc.fr
2. Moreno-Caballero EM, Hernández-Villarreal AR, Burgos-Jiménez JE, Gaspar-González G, Gómez-López A, Hernández-Flores CE. Guía de intervenciones de enfermería en la preparación y administración de medicamentos oncológicos. 2024. doi:10.5281/zenodo.14367050.
3. National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). Preventing Occupational Exposure to Antineoplastic and Other Hazardous Drugs in Health Care Settings [Internet]. Cincinnati (OH): Centers for Disease Control and Prevention; [citado 2026]. Disponible en: https://www.cdc.gov/niosh
4. United States Pharmacopeia. USP General Chapter <800> Hazardous Drugs: Handling in Healthcare Settings. Rockville, MD: United States Pharmacopeial Convention; 2023.
5. B. Braun Medical. Cyto-Set®: Información técnica y documentación del producto. Melsungen, Alemania: B. Braun.


Yolia®
Construyendo Juntos el Futuro
UN LEGADO QUE RESISTE
Ayúdanos a seguir construyendo un mejor futuro para las niñas y niños.
¡DONA AHORA!
Yolia.org.mx
procuracion@yolia.org.mx
55 3924 1876

AESCULAP ACADEMY®

¡CAPACÍTATE CON NOSOTROS!

http://academiaaesculap.eadbox.com

CURSOS COMPLETOS *ONLINE* GRATUITOS

- Dolor de rebote
- Inteligencia artificial y cirugía
- Mesa de expertos: El reto que implica la prevención de las lesiones por presión
- Estrategia de analgesia para cirugía mayor de rodilla
- Importancia de una eficiente evaluación nutricional para una óptima intervención
- Inteligencia Artificial en cirugía
- La participación del representante médico en el quirófano
- Bloqueos de neuro eje de seguros "*Uso del ultrasonido ACCURO®*"
- Complicaciones en Hemodiálisis
- Todos unidos, todo el año para prevenir el cáncer
- Bioética y Conflictos en Seguridad del Paciente
- Analgesia perioperatoria en el paciente pediátrico sometido a cirugía de Tórax
- Día Internacional de la Enfermería

CURSOS *ONLINE* PARA PACIENTES Y FAMILIARES

- Obesidad
- Diabetes Mellitus
- Envejecimiento saludable
- La importancia de una buena nutrición en el paciente con cáncer
- Cuidados de la familia y del recién nacido
- Nutrición y Ortopedia
- Fibrosis quística

CURSOS CON CUOTA DE RECUPERACIÓN

- Curso **Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente** | $3,500°°MXN
- Curso **Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en el entorno ambulatorio** | $1,500°°MXN
- **Metas Internacionales de Seguridad del Paciente** $2,000°°MXN
- **Diplomado de Enfermería Perioperatoria y Seguridad del Paciente quirúrgico** $11,000°°MXN (Incluye aval).

Informes e inscripciones:
info_academia_mx@academia-aesculap.org.mx

PRÓXIMOS EVENTOS

Cursos online y webinars
2026



Web global | Facebook | Youtube | E-learning | Revista | WhatsApp | Linkedin | Correo | Eventos | Constancias

enlaces.faam.live

Agradecemos a nuestros patrocinadores de Octubre 2026

B|BRAUN SHARING EXPERTISE

CardinalHealth