



**Mi Universidad**

## **Resúmenes**

*Nombre del Alumno: Omar David Franco Navarro*

*Parcial: I*

*Nombre de la Materia: Seminario de tesis*

*Nombre del profesor: Nayeli Morales Gómez*

*Nombre de la Licenciatura: Enfermería*

*Cuatrimestre: 8*

## INFLUENCIA DE LA DIETA EN LA SALUD ÓSEA

Osteoporosis como enfermedad crónica caracterizada por fragilidad ósea, causada por la disminución de la masa ósea y deterioro de la arquitectura tisular del hueso, en consecuencia, se produce un aumento del riesgo de fractura del hueso.

Como datos estadísticos, se cuenta que al año se producen 1,66 millones de fracturas de caderas cada año, se estima que la incidencia aumentará cuatro veces para el año del 2050.

Al hablar de osteoporosis resalta el término fractura, por causar discapacidad y morbilidad especialmente en ancianos.

La importancia recae en ser causa de muertes prematuras, principalmente en el caso de fracturas de caderas y por tanto mayor costo para los servicios de salud

Existen varios factores implicados en el mantenimiento de la masa ósea y por tanto de la etiopatogenia de la osteoporosis. Es entendible que el hueso se rompa cuando sobre él incide una fuerza mayor a su fortaleza o resistencia intrínseca.

La resistencia ósea está determinada por la integración de densidad y calidad ósea, significando que la disminución de la masa ósea predice el riesgo de fractura. La DMO explica en 60-80% de la resistencia del hueso, el resto se integra por su geometría, arquitectura, remodelado, conexiones trabeculares, viabilidad de los osteocitos, distribución osteonal y mineralización.

Dieta en la salud ósea, se considera que una dieta es adecuada cuando proporciona el aporte de nutrientes suficientes para satisfacer las necesidades del organismo.

El factor de la nutrición como factor preventivo de enfermedad no está del todo claro. Es de interés aumentar el pico de masa ósea y disminuir la pérdida ósea que acontece con la edad, evitando o retrasando la incidencia de fractura.

Desde hace varios años se especula que el perfil de crecimiento y el estado de salud y enfermedad se establecen en los primeros años de vida, especialmente durante

el desarrollo fetal, así el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas se programa en las últimas fases del desarrollo embrionario.

Una dieta equilibrada en la mujer gestante determina la adquisición de huesos sanos en su hijo, fundamentando esto en la relación observada a la asociación directa entre el número de nutrientes en la dieta de la mujer gestante y la densidad ósea de los niños cuando estos han cumplido 8 años.

Aproximadamente el 60% de la masa ósea con la que cuenta un adulto se gana durante el crecimiento puberal. El 70-80% del pico de la masa ósea está determinado genéticamente y 20-30% se relaciona con factores ambientales. Ambos aspectos señalados, el pico de masa ósea alcanzado durante la adolescencia y primeros años de la edad adulta y la pérdida de masa ósea que acontece durante la madurez, se consideran los mayores determinantes de las fracturas osteoporóticas.

Debido a que el hueso está principalmente compuesto por proteínas y minerales, en la prevención de osteoporosis, se recomienda una dieta con materiales propios de la arquitectura del hueso (Ca, vD, Pt, P, Mg y Na)

El calcio constituye los cristales de hidroxipatita, sirviendo para mantener su fortaleza y como reservorio principal de calcio corporal. En la actualidad diferentes grupos de trabajo consideran que la dieta óptima para la población adulta, que previene el desarrollo de osteoporosis, debe contener 1.000-1.500 mg/día. Este aporte de calcio se obtiene sobre todo de los productos lácteos, vegetales de hoja verde y huesos blandos del pescado

La mayoría de los estudios transversales y longitudinales, realizados durante la infancia y adolescencia, han demostrado que existe una relación escasa entre la DMO o la ganancia de masa ósea y la ingesta de calcio o de productos lácteos en la población general, en especial en los individuos que consumen una dieta adecuada. Sin embargo, en aquellos adolescentes que ingieren una dieta pobre en

calcio, los suplementos de este mineral producen un aumento de la DMO en un 1-6% durante un rango de seguimiento entre meses a 3 años

Sin embargo, el efecto de los suplementos de calcio sobre la incidencia de fractura es muy modesto si no se acompaña de aportes de vitamina D. Los suplementos administrados en los primeros años de la vida se asocian a un aumento de la DMO a los 7-9 años, maximizando el pico de masa ósea.

Mecanismo de la vitamina D: Por un lado, la administración de la vitamina corrige el hiperparatiroidismo secundario que presentan los individuos sometidos a una escasa exposición solar y una dieta pobre en esta vitamina. De esta forma se frena la reabsorción ósea. Por otro lado, los suplementos de vitamina D mejoran la coordinación neuromuscular y reducen el riesgo de caídas, y por tanto de fractura.

La ingesta de proteínas se correlaciona con la ganancia de masa ósea durante la infancia y adolescencia. Sin embargo, una dieta muy rica en proteínas de origen animal se ha relacionado con una disminución de la masa ósea, en especial en grupos de población en los que la ingesta de calcio es pobre. Por cada gramo de ingesta de este nutriente por encima de las recomendaciones se produce una pérdida adicional de un gramo de calcio por la orina. El mecanismo por el cual las proteínas inducen hipercalciuria es múltiple. Por un lado, el exceso de proteínas de la dieta aumenta el filtrado glomerular y, por tanto, el calcio filtrado por el riñón. Por otro lado, el efecto acidificante de las proteínas a nivel sanguíneo estimula la resorción ósea. Este efecto acidificante, además, induce una disminución de la reabsorción tubular de calcio a nivel del túbulo renal distal. Por último, el calcio se une al azufre de las proteínas formando complejos calcio-azufre que no se reabsorbe por el túbulo renal y se pierde por la orina.

El fósforo forma parte de los micronutrientes principales del hueso, formado parte de la hidroxiapatita, dietas ricas en fósforo reducen, la cantidad de calcio eliminada por la orina.

Dietas con bajo contenido de calcio y ricas en fósforo originan una alteración del equilibrio calcio-fosforo que a largo plazo, pueden influir negativamente el metabolismo (resorción ósea)

(CARRANZA, 2006)

## INFLUENCIA DE LA DIETA EN LA SALUD ÓSEA

El hueso es un tejido formado en una pequeña parte de su volumen por células (2-5%) y en una gran parte por materia no viva (95-98%), constituida en la misma proporción de materia proteica y de materia mineral.

La estructura proteica se basa en fibras de colágeno tipo I en su mayor parte (90%) y en proteínas gla (osteocalcina, osteonectina, fibronectina, osteopontina, sialoproteína ósea). La parte mineral es esencialmente hidroxapatita imperfecta rica en carbonatos (conteniendo un 37-40% de calcio y un 50-58% de fosfato) y con pequeñas cantidades de Na, K, Mg y citrato.

La prevención se debe basar en 3 niveles<sup>3</sup>:

- 1- Adquisición de la mayor y mejor masa ósea en la infancia y juventud
- 2- Evitar los factores que reducen la masa ósea en jóvenes, adultos y ancianos
- 3- Detectar las personas de alto riesgo de fracturas y tratarlas, especialmente mujeres postmenopáusicas perdedoras rápidas de hueso. Se definen como lentas si pierden menos del 1,4% /año, medias, o rápidas si más de 3%/ año.

Al nacer, el niño o niña disponen de 70 a 95 g de masa ósea, lo que representa un 3-4% de su peso. Al finalizar la adolescencia, una chica dispone de 2.400 g de masa ósea (5% peso) y un chico 3.300 g (6% peso), siendo el 85% de hueso cortical y el 15% esponjoso<sup>4</sup>, estableciéndose el pico de masa ósea (*peak bone mass* -PBM-) en la juventud.

En mujeres, parece que este PBM se establece a los 15 años<sup>5</sup>, aunque otros autores lo sitúan a los 18 en chicas y los 23 en chicos<sup>4</sup>, o bien la reducen a 11-14 años en chicas y 13-17 en varones.

Según autores y con resultados a veces dispares, se ha relacionado el PBM con distintos genes, siendo uno de los más conocidos el genotipo del receptor de la vitamina D, publicándose que la genética explicaría hasta el 60-80% de la varianza en la masa ósea, estando implicados distintos fragmentos cromosómicos (2p21, 13q34, 1q21-23, 6p 11-12, 1p 36.2-3) y, además del gen codificador del receptor Vit D, los de otros receptores (estrogénico 1 y 2, calcitonina, paratiroidea 1, colágeno alfa 1 y 2, interleukina 6, Apo E, factor de crecimiento beta 1, aromatasa, factor de necrosis 2, etc.)

La adquisición de este pico (PBM) se realizaría esencialmente por la actuación de las hormonas sexuales sobre el IGF-17 (*insulin-like growth factor-1*), factor que también es estimulado por distintos nutrientes, en especial las proteínas, tanto en jóvenes como en adultos y ancianos. Como se señala después, también hay factores no nutricionales que actúan a través del IGF-1.

Una vez adquirido el PBM, la cantidad total de masa ósea se estabiliza en una meseta que sólo se reducirá ante situaciones patológicas o farmacológicas (inmovilización, glucocorticoides, etc.) o, de manera fisiológica, a partir de una cierta edad. La pérdida de hueso se inicia a diferente edad dependiendo del lugar del esqueleto. En mujeres, en vértebras y radio hay una pequeña pérdida (menor del 1%/año) entre los 20-30 años y la menopausia, con una rápida pérdida (2-6% anual) en los 5 primeros años postmenopausia. En varones parece que la pérdida de hueso es, a partir de los 50 años, semejante a la de mujeres de más de 10 años de menopausia (alrededor del 1% anual), tanto en cadera como en radio<sup>2</sup>, costillas, rótula, huesos de la mano o del tobillo seguirían una reducción diferente.

Las pérdidas cálcicas diarias se han calculado en 420 mg/día, sumando las urinarias (220 mg), fecales (136 mg) y dérmicas (64 mg).

El calcio se absorbe con dificultad en intestino, siendo en general mayor en la lactancia (35-45%) y adolescencia (35%) y no llegando al 30% de lo ingerido lo que se absorbe en adultos.

Por ello, la *Food and Nutrition Board* supone, en una alimentación variada, una absorción del 30-40% del calcio alimentario, por lo que se precisan 1.100 mg/día de calcio para absorber 200 mg si se introduce un "factor de seguridad" al considerar la presencia de vegetales y la menor absorción que se produce con la edad.

El mejor absorbido es el calcio solubilizado, lo que ocurre en la leche (y en algunos zumos suplementados artificialmente), especialmente cuando se toma con las comidas y no con el estómago vacío<sup>13</sup>. También se absorbe bien el calcio disuelto en las aguas de bebida.

En varones las recomendaciones de ingestas cálcicas suelen ser bastante constantes (800-1.000 mg/día). En algunas etapas como la adolescencia se elevan a 1.200 mg/día y, recientemente, se han propuesto 1.500 mg/día en los ancianos<sup>23,24</sup>. En los niños menores de 1 año, en ambos sexos, se recomienda 400-600 mg/día. En mujeres, las recomendaciones son mayores tanto en los EE.UU. como en Europa, habiéndose elevado desde los 800-1.200 mg/día de hace unos años<sup>23</sup> hasta los 1.200-1.500 mg/día, actuales en postmenopáusicas, gestantes y lactantes

Según el Ministerio de Agricultura español, alrededor del 61% del calcio alimentario procede de la leche y sus derivados, el 13% de cereales, el 15% de frutas verduras y legumbres y el 6% de carne, pescado y huevos<sup>25</sup>, por lo que podemos inferir una alta prevalencia de bajos consumos cálcicos y con un bajo coeficiente de absorción en muchas personas de nuestro medio. Sería importante "detectar" a estas personas para proponer una suplementación farmacológica, en especial si se trata de mujeres que parten de poca masa ósea y/o presentan pérdidas de masa ósea rápidas

La Vitamina D es una sustancia liposoluble, sensible a la oxidación, la luz y el calor que, en los alimentos, se encuentra fundamentalmente como colecalciferol (D3) y ergocalciferol, que suele medirse en microgramos o en U.I. ( $1 \mu\text{g} = 40 \text{ UI}$ ). En el ser humano, la mayor parte de la Vit. D procede del colesterol y su derivado ergosterol, que se transforma en ergocalciferol (D2) por acción de los rayos ultravioleta y por hidroxilaciones posteriores en hígado y riñón en  $1\text{-}25(\text{OH})_2\text{-D}_3$ . La forma sintética y activa de esta Vit. D se denomina calcitriol.

Se ha calculado que bastaría con la exposición al sol de cara y brazos durante 15 minutos diarios para obtener Vit. D suficiente<sup>11</sup>, por lo que es dudoso que esta sustancia se necesite aportar con los alimentos en personas que se expongan al sol y no tengan insuficiencias de hidroxilación hepatorenal. Por ello, se recomienda arbitrariamente una pequeña cantidad de Vit D alimentaria de alrededor de  $10 \mu\text{g}/\text{día}$  (400 UI), desde hace años a pesar de la controversia y de que esta sustancia es más una hormona que una vitamina

En ausencia de calcitriol, la absorción de calcio es muy baja, alrededor del 12,5% del aporte, y exclusivamente ocurre por la vía de absorción pasiva y extracelular.

Es bien conocido que el encamamiento prolongado acelera la descalcificación de personas que parten de una buena masa ósea, así como que la ausencia de gravedad se acompaña de elevadas pérdidas urinarias de calcio. Estos datos dieron lugar a la teoría mecanostática según la cual el movimiento contra la gravedad supondría un importante estímulo de la osificación. Así, incluso en el mismo individuo, el lado dominante puede contener hasta un 10-35% más de masa ósea, como se ha visto en tenistas.

La actividad física sólo sería importante sobre la masa ósea en situaciones extremas; tanto la inactividad total como el deporte de competición influyen negativamente.



Las personas fumadoras, especialmente mujeres, tienen una menor densidad mineral ósea y una mayor velocidad de pérdida ósea que las no fumadoras. En varones, también se ha visto la menor mineralización que se da en fumadores

(E.Oria, 2003)

## Metabolismo óseo en niños y adolescentes deportistas: revisión sistemática

Según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es una etapa que abarca el periodo comprendido entre los 10 y 19 años, distinguiéndose dos fases: la adolescencia temprana (10 a 14 años), y la adolescencia tardía (15 a 19 años). La adolescencia temprana se caracteriza por el crecimiento y desarrollo somático acelerado, iniciándose los caracteres sexuales secundarios. En la adolescencia tardía prácticamente se ha culminado el crecimiento y el desarrollo.

En términos de masa ósea (MO), en las etapas de crecimiento se produce la mayor adquisición de tejido óseo, dándose la mayor velocidad de acumulación mineral en el hueso, en concreto, entre los 11 y 14 años en las chicas y los 14 y 16 años en los chicos. Posteriormente, entre los 25 y los 30 años es cuando se alcanza el pico de MO.

Diferentes estudios epidemiológicos sugieren que la adquisición elevada de hueso durante la adolescencia es crucial para reducir el riesgo de padecer osteoporosis en la edad adulta (4), señalando que incluso podría llegar a reducirse hasta en un 50% el peligro de padecer algún tipo de fractura

La MO presenta un alto componente hereditario, de hecho algunos estudios señalan que el 70% de la MO puede estar determinada genéticamente. Biológicamente, es el resultado de su actividad metabólica, es decir, de los procesos de formación y resorción ósea. Ambos procesos están regulados por el equilibrio que se produce entre los factores endógenos—la hormona paratiroidea (PTH) y la calcitonina, junto

con la forma activa de la vitamina D y los factores exógenos (mecanísticos, nutricionales, etc). En este sentido, Stagi y cols. señalan que el ejercicio de fuerza y la ingesta de calcio podrían llegar a determinar hasta el 20% de la densidad mineral ósea.

Además, es de vital importancia el control de la ingesta calórica en las atletas, ya que el déficit de energía provoca alteraciones hormonales asociadas con la amenorrea, habiéndose determinado que las atletas amenorreicas presentan una menor DMO que sus homólogas eumenorreicas . Por otro lado, la práctica de ejercicio físico (EF) proporciona beneficios para la salud del hueso, así como para la prevención y el tratamiento de la baja DMO, o la mejora de la adquisición de capital óseo durante el crecimiento.

En este sentido, la práctica regular en edades prepuberales se asocia con una mayor acumulación de mineral óseo que produce un aumento en el tamaño del hueso durante la pubertad, etapa en la que se produce el periodo de mayor velocidad de acumulación de MO. Además, se ha observado una relación dosis-respuesta, siendo mayor la DMO cuanto mayor es la cantidad de EF, pudiendo ser aún más determinante para la salud ósea, ya que varios estudios sugieren que estos beneficios óseos se prolongan durante el resto de la vida

Por otro lado, García-Marco y cols. (50), en otro estudio en población general adolescente (edades entre 12 y 17 años), determinaron una disminución de los marcadores conforme avanzaba la pubertad, tanto en chicos como en chicas. Relacionado con lo anterior, Slemenda y cols. (44) determinaron que la mayor acumulación ósea se produce al final de la pubertad, cuando los marcadores están disminuyendo.

En condiciones de homeostasis, la actividad de resorción está estrechamente ligada a la acción anabólica de los osteoblastos y osteocitos. Si este sistema se altera, se producen cambios en el remodelado y, como consecuencia, enfermedades potenciales como la osteoporosis pueden llegar a aparecer. En concreto, en las mujeres durante la menopausia se produce un balance a favor de la resorción que

origina la pérdida de hueso. Otro factor que influye en la salud ósea es la amenorrea, en concreto, en las atletas adultas la disfunción menstrual está asociada a bajos niveles de DMO. La amenorrea en atletas está relacionada con la deficiencia de estrógenos, necesarios para que el ejercicio de impacto produzca efectos anabólicos sobre el hueso

(Marta Rapún López., 2017; García, 2018)

## TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO PREVENTIVO EN OSTEOPOROSIS.

El documento habla de la importancia de incluir la rehabilitación y terapia física en la prevención de fracturas y de osteoporosis, hace hincapié en que el ejercicio de fuerza, movimientos controlados, ejercicios de elasticidad, aeróbicos y de resistencia pueden mejorar la mineralización de los huesos de forma significativa, principalmente en aquellos con riesgo a padecer fracturas, osteoporosis o complicaciones de estas, como, por ejemplo, mujeres post menopaúsicas.

Este escrito recalca la importancia de incluir el entrenamiento con el peso del cuerpo como medida preventiva a lesiones óseas, ya que en la actualidad solamente se utilizan medidas farmacológicas para ello.

(Rodríguez, 2016)

## ENTRENAMIENTO DE LA FUERZA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: BENEFICIOS, RIESGOS Y RECOMENDACIONES

El presente artículo expresa la importancia de incluir el entrenamiento de fuerza en los niños que tengan una edad de al menos 7 años, se ha demostrado a través de diversos estudios los múltiples beneficios físicos y psicológicos que trae consigo la implementación de un programa de ejercicios de fuerza con el uso de distintas herramientas que se pueden ir adaptando e incluyendo conforme al desarrollo del menor.

Menciona que es importante la práctica a temprana edad de ejercicio, ya que mejora considerablemente las habilidades físicas y adquirir resistencia.

(Comité Nacional de Medicina del Deporte)

## Reanimación neonatal

Este documento menciona la importancia de aplicar correctamente los pasos iniciales al recién nacido que nazca bajo ciertas circunstancias, las cuales pueden ser, anoxia, apnea o bradicardia, hace mención de la presencia de apnea primaria y secundaria, sin embargo en la práctica diaria se hace imposible diferenciar en que apnea se encuentra, si en primaria o secundaria, por lo que el comienzo temprano de los pasos de reanimación permitirán reestablecer mas tempranamente la respiración espontánea y evitar la muerte del neonato.

(Por Arcangela Lattari Balest, 2022)

## Reanimación del recién nacido

Aproximadamente un 10% de los recién nacidos a término o cerca del término, necesitarán maniobras iniciales o de estabilización para mantener una respiración, frecuencia cardiaca y color normales. Otro porcentaje necesitará de maniobras más avanzadas incluyendo ventilación invasiva o intubación.

El documento menciona los antecedentes fetales y maternos que conducirán a la pérdida del bienestar fetal, de las cuales partirá la toma de decisiones basadas en cada caso clínico, los protocolos y formación o capacitación que haya recibido el personal (E. Burón)

## Reanimación neonatal

Este documento hace énfasis en la importancia de la prevención de la hipoxia en los nacimientos, proporciona datos estadísticos de México permitiendo darnos una idea del contexto nacional, nos permite tener consciencia de qué esperar en la práctica diaria, la importancia de la capacitación del personal para la correcta actuación ante escenarios en donde sea necesario poner en práctica las maniobras de resucitación, permitiendo reducir las muertes por asfixia de un 20-30%.

Explica que la mayoría de los eventos de hipoxia sucede en la etapa fetal (antes y durante el parto), la otra parte ocurre en el periodo neonatal. Como objetivo se tiene no solo evitar las muertes, sino también las secuelas de los eventos de hipoxia.

(Hernández., 2023)

## Formación, experiencia y necesidad de reciclaje en reanimación neonatal. Encuesta a pediatras

Este documento habla de la importancia de mantenerse bajo capacitación continua o recurrente en los centros hospitalarios, específicamente en reanimación neonatal, se hace mención de que las capacidades adquiridas durante en tiempo de práctica en el hospital se van perdiendo y por ello se necesitan retomar temas o volver a capacitarse y/o actualizarse. Especialmente en la reanimación neonatal, las veces en las que se ponen en práctica todos los conocimientos, o al menos las técnicas y procedimientos más avanzados son pocas, por lo tanto, es algo que se debe practicar y perfeccionar, ya que así se logra estar preparado para cualquier imprevisto tras cualquier nacimiento y más si son embarazos de riesgo.

(Chamorro, 2022)

## Boletín de información clínica terapéutica

La asfixia es una de las principales causas de morbimortalidad infantil en México y también en otros países, por lo que el equipo debe estar capacitado y a medida de lo posible sobre reanimación neonatal, ya que se sabe que los primeros minutos de vida de cualquier RN son cruciales y están íntimamente relacionados con la vida futura, ya que al no dar una reanimación de calidad, se podría condicionar a padecer problemas neurológicos, hemorragias cerebrales o edema cerebral, convulsiones o incapacidades a mediano o a largo plazo.

(García, 2018)

## Plan de motivación para el personal de un hospital regional de alta complejidad

Este documento menciona la importancia de mantener a los individuos integrantes de una organización motivados, en este documento refiere que las personas tienden a condicionar su actuar esperando lograr grados superiores y autocontrolar su desempeño, de este modo, el sistema debe establecer estímulos que motiven la permanencia y mantenga la estabilidad del equipo.

Este documento relata que un hospital chileno le dio importancia a realizar un plan que propicie la motivación e implementación de cambios, principalmente se incluyen a los directivos o el personal de mayor jerarquía para que se precaten de los resultados, los cuales tienen que ver con los diferentes puntos de vista del personal en cuanto a situaciones motivadoras y desmotivadoras, para al último tomar acción y que los directivos tengan el conocimiento del sentir del personal.

(Bustamante-Ubilla, 2014)

## Motivación del Equipo Básico de Atención Integral en Salud como factor que contribuye al logro de los objetivos del nuevo Modelo de Atención Integral.

El presente estudio tiene como propósito determinar el nivel de motivación de los trabajadores, conocer factores motivantes o desmotivantes y plantear una propuesta para reforzar o mantener el nivel de motivación del personal.

Dichas acciones se basan en que se han obtenido resultados de otras investigaciones las cuales reflejan que el personal no siente obtener lo que espera del trabajo, además de que el trato que se les da es por considerarse fuerza de trabajo y no como integrante humano de la organización, por lo cual el personal también presenta inconformidad y desinterés en ciertas áreas que pudiesen

comprometer el logro de los objetivos personales y de la institución. (Rocío Carpio Montoya, 2001)

## Gestión de recursos humanos y su interfaz en la sistematización de la asistencia de enfermería

El documento se trata de una investigación cualitativa en donde se realizan entrevistas al personal, incluyendo la pregunta esencial y detonante de la investigación ¿Cómo afecta la gestión de recurso humano a la eficacia y eficiencia de la práctica enfermera?, además de los factores que intervienen afectando en la práctica diaria profesional como es el alto nivel de rotaciones del personal, el absentismo y recursos humanos, materiales o económicos insuficientes.

El artículo tiene como intención lograr la reflexión en el personal y gestores la importancia del desarrollo de capital humano, con enfermeros aptos y autónomos.

(Soares, Resck, & Camelo, 2016)

## Claves para motivar a tu equipo en tu centro de salud o deportivo.

Este texto hace énfasis en mantener a los miembros del equipo motivados, ya que solo de esta manera se podrán alcanzar los objetivos planteados y tener éxito como empresa. El autor menciona distintas actividades que se pueden realizar junto con equipo de trabajo o en beneficio a el para mantener la motivación y lograr los mejores resultados, así como propiciar la sensación de pertenencia en la organización.

Uno de los puntos sugeridos para mantener la motivación en los profesionales de enfermería es hacer del conocimiento de todos la visión, misión y valores de la empresa, un segundo punto es reconocer y recompensar el esfuerzo de los miembros mediante incentivos económicos, formativos o de aliento social.

(Ruíz, 2023)



## Motivación del personal de enfermería del hospital el Sauce

Se trata de una investigación que nace tras la observación de enfermeros con aparente desmotivación y con desempeño medio, esta investigación trata de conocer y relacionar los factores existentes en el personal que condicionan su motivación y el desempeño que el personal mantiene durante el ejercicio de sus actividades.

Tiene por objetivo proporcionar resultados que puedan servir como base para formular ideas o hipótesis, con el fin de influir en los factores motivacionales que condicionan a un bajo desempeño en el personal.

(Carlos Bracamonte, 2006)

## Seguridad del paciente

Este informe da a conocer que es importante tomar medidas para disminuir el número de pacientes que sufren algún daño o lesión como consecuencia de la atención médica, debido a que la tasa de incidencia de eventos adversos en el mundo es alta sin diferenciar si se habla de países desarrollados o no.

Menciona además que las principales causas de los eventos adversos son la mala identificación de los pacientes, errores en el diagnóstico y medicación, entre otros, recalcando que de entre un 23-80% de todos los casos pudieron haber sido prevenidos y recomienda tomar como medida de apoyo el incluir al paciente durante recibe atención médica, logrando disminuir la frecuencia de los daños hasta en un 15%.

(OMS, 2023)

ACUERDO que modifica el Anexo Único del diverso por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, publicado el 8 de septiembre de 2017.

Este documento informa que a partir del año 2023 se hace obligatorio para los integrantes del Sistema Nacional de Salud poner en práctica las AESP o metas internacionales, además hace un breve resumen histórico de como han ido evolucionando estas metas y cómo actualmente se han adaptado al contexto político y económico del país.

Describe cada acción esencial en una grafica y posterior menciona las actividades necesarias para cumplir correctamente con esa acción.

(DOF, 2023)

## Acción mundial en pro de la seguridad del paciente

Este documento explica cómo fue que se estableció el Día Mundial de la Seguridad del paciente, es decir, los porqués y para que, de dicho acto, dentro de las razones se encuentran crear consciencia y participación en la sociedad, además plantea acciones para garantizar la seguridad del paciente, como lo es subsanar los déficits en materia de conocimientos, políticas, etc.

Agregando también que es importante el fomento de una cultura de seguridad e investigación y la capacitación del personal.

(OMS, Acción mundial en pro de la seguridad del paciente, 2019)

## Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente

Este documento corresponde a la interpretación y adaptación por parte de las autoridades de salud mexicanas de la información proporcionada por la OMS, la cual corresponde a las AESP, tras la actualización que hubo en el año 2023, las autoridades mexicanas señalan que es un gran reto el poder cumplir lo estipulado por la OMS, dentro de lo cual se encuentran los siguientes puntos: cobertura universal de servicios de gratuidad, acceso efectivo a servicios y medicamentos con los menores riesgos posibles. A partir de ello, la información otorgada por la OMS se adapta al Sistema Nacional de Salud en México y también remarca la obligatoriedad de las AESP.

(Secretaría de salud, 2023)

## Sistemas de notificación y registro de incidentes en México: aprendizajes

El documento presenta distintas alternativas de notificación presentadas por diferentes instituciones, aprovechando los avances tecnológicos y cambiando los formatos impresos por sistemas computarizados que facilitan el registro, recuperación rápida y mayor confidencialidad.

Tratando con esto favorecer la participación del personal en el reporte no solo de casos de eventos adversos o en los que se produce daño, si no que también de los casos en los que se estuvo a punto de producir daño o cuasi fallas, con el fin de identificar posibles errores futuros y tomar medidas preventivas

(Suarez, 2012)

## Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes

En este texto se presentan datos estadísticos incluyendo tasas de fecundidad y embarazos en la etapa adolescente en el territorio nacional, las cuales son elevadas y representan un problema en la salud pública, en la sociedad, en las distintas familias y en las vidas propias de los adolescentes causando abandono de los estudios, limitación de oportunidades, perturbaciones en el desarrollo y la salud de los padres y del RN.

Además de los datos estadísticos, se muestran propuestas y estrategias o planes de acción con el fin de disminuir a la mitad el embarazo en la adolescencia en este grupo de edad.

(Mujeres, 2021)

## Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes

Esta página web presenta recursos didácticos, documentos, materiales y programas empleados para la Prevención del Embarazo en el Adolescente, permite entender el contexto nacional y remarca la importancia de prevenir estos embarazos y también de manera conjunta reducir ETS a través de el uso de métodos anticonceptivos.

Esta página es el enlace a otras más, las cuales tienen como objetivo terminar de explicar el tema, proporcionar orientación y ser de ayuda para quienes necesiten

(Valdez, 2022)

## Embarazo en la adolescencia

Esta página muestra un contexto general o a nivel mundial del problema conocido cómo embarazo en la adolescencia, mostrando datos estadísticos, factores de

riesgo entre los que se encuentra el abuso y matrimonio infantil, menor nivel de educación y bajos recursos económicos.

Finaliza mencionando la respuesta y medidas tomadas por la OMS, además de las medidas recomendadas para tratar este problema.

(OMS, Embarazo en la adolescencia, 2022)

### El Embarazo en la Adolescencia Consideraciones para la prevención del Embarazo Adolescente

Es un documento que presenta información muy básica de todo lo relacionado con la adolescencia, todo el contexto que se debe de conocer (incidencias a nivel mundial), factores conducentes al embarazo, distintos escenarios y desenlaces tomando en cuenta si es un producto deseado o no.

Además de incluir las complicaciones mayormente asociadas al presentarse un embarazo dentro de este rango de edad. A final de cuentas, el documento tiene fines mayormente informativos o preventivos que resolutivos.

(Ángela Vargas, 2013)

### Manual para la capacitación de brigadistas, promotoras y promotores juveniles en la prevención del embarazo en adolescentes

El presente documento es de carácter informativo ya que menciona el contexto que se vive tras esta problemática y también funciona como una guía para los promotores, promotoras y brigadistas, los cuales son jóvenes cuyas edades van de los 14 a los 18 años aproximadamente y cuyo papel en la sociedad es el de comunicar, hacer consciencia y transmitir información para fomentar buenas prácticas y disminuir las malas referentes al embarazo adolescente.

Además, menciona los objetivos, funciones y técnicas que se pueden emplear para lograr la participación del grupo de edad de interés, como por ejemplo el uso de juegos y dinámicas

(UNICEF, 2018)

## Bibliografía

- Ángela Vargas, P. (Octubre de 2013). *El Embarazo en la Adolescencia Consideraciones para la prevención del Embarazo Adolescente*. Obtenido de El Embarazo en la Adolescencia Consideraciones para la prevención del Embarazo Adolescente: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2310-02652013000100016](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2310-02652013000100016)
- Bustamante-Ubilla, M. A. (1 de Enero de 2014). *SICCSALUD*. Obtenido de SICCSALUD: <https://www.siicsalud.com/dato/sic/211/124800.pdf>
- Carlos Bracamonte, M. G. (Noviembre de 2006). *Motivación del personal de enfermería del hospital Sauce*. Obtenido de Motivación del personal de enfermería del hospital Sauce: [https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos\\_digitales/10147/bracamonte-carlos.pdf](https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/10147/bracamonte-carlos.pdf)
- CARRANZA, M. V. (12 de Octubre de 2006). *M.Á. VALERO ZANUY Y F. HAWKINS CARRANZA*. Obtenido de INFLUENCIA DE LA DIETA EN LA SALUD ÓSEA: [. https://doi.org/10.1016/s1132-8460\(06\)75272-2](https://doi.org/10.1016/s1132-8460(06)75272-2)
- Chamorro, M. I. (Febrero de 2022). *Formación, experiencia y necesidad de reciclaje en reanimación neonatal. Encuesta a pediatras Formación, experiencia y necesidad de cursos de refuerzo en reanimación cardiopulmonar neonatal. Encuesta a pediatras*. Obtenido de Formación, experiencia y necesidad de reciclaje en reanimación neonatal. Encuesta a pediatras Formación, experiencia y necesidad de cursos de refuerzo en reanimación cardiopulmonar neonatal. Encuesta a pediatras: [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403320304975?ref=pdf\\_download&fr=RR-2&rr=8467b4ecbd7bb6e1](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403320304975?ref=pdf_download&fr=RR-2&rr=8467b4ecbd7bb6e1)
- Comité Nacional de Medicina del Deporte, I. (s.f.). Entrenamiento de la fuerza en niños y adolescentes. *Entrenamiento de la fuerza en niños y adolescentes*.: Sociedad Argentina de Pediatría, Argentina.
- DOF. (16 de Junio de 2023). *Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, publicado el 8 de septiembre de 2017*. Obtenido de Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, publicado el 8 de septiembre de 2017.: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5692439&fecha=16/06/2023](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5692439&fecha=16/06/2023)



- E. Burón, M. (s.f.). Reanimación del recién nacido. *Reanimación del recién nacido*. Sociedad Española de Neonatología, Sevilla. España.
- E.Oria. (2003). *Factores preventivos y nutricionales de la osteoporosis*. Obtenido de Factores preventivos y nutricionales de la osteoporosis: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272003000600007](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272003000600007)
- García, J. L. (Mayo de 2018). *Boletín de información clínica terapéutica*. Obtenido de Boletín de información clínica terapéutica: [https://www.anmm.org.mx/publicaciones/boletin\\_clinico\\_terapeutico/2018/BCT-3-2018.pdf](https://www.anmm.org.mx/publicaciones/boletin_clinico_terapeutico/2018/BCT-3-2018.pdf)
- Hernández., E. A. (1 de Enero de 2023). *Reanimación neonatal*. Obtenido de Reanimación neonatal: <http://www.eneo.unam.mx/rcp3/datos%20fuente/Manual%20de%20Reanimacion%20NEONATAL.pdf>
- Marta Rapún López., H. O.-C.-A.-R. (22 de Marzo de 2017). *Metabolismo óseo en niños y adolescentes deportistas: revisión sistemática*. Obtenido de Metabolismo óseo en niños y adolescentes deportistas: revisión sistemática: <https://doi.org/10.20960/nh.1109>
- Mujeres, I. N. (22 de Diciembre de 2021). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*. Obtenido de Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes: <https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454>
- OMS. (28 de Mayo de 2019). *Acción mundial en pro de la seguridad del paciente*. Obtenido de Acción mundial en pro de la seguridad del paciente: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA72/A72\\_R6-sp.pdf?ua=1](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-sp.pdf?ua=1)
- OMS. (15 de Septiembre de 2022). *Embarazo en la adolescencia*. Obtenido de Embarazo en la adolescencia: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- OMS. (11 de Septiembre de 2023). *Seguridad del paciente*. Obtenido de Seguridad del paciente: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Por Arcangela Lattari Balest, M. U. (Octubre de 2022). *Reanimación neonatal*. Obtenido de Reanimación neonatal: <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-perinatales/reanimaci%C3%B3n-neonatal>

- Rocío Carpio Montoya, A. V. (2001). *Motivación del Equipo Básico de Atención Integral en Salud como factor que contribuye al logro de los objetivos del nuevo Modelo de Atención Integral*. Obtenido de Motivación del Equipo Básico de Atención Integral en Salud como factor que contribuye al logro de los objetivos del nuevo Modelo de Atención Integral.: [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-12592001000100006](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592001000100006)
- Rodríguez, A. P. (2016). *TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO PREVENTIVO EN OSTEOPOROSIS*. Obtenido de TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO PREVENTIVO EN OSTEOPOROSIS: [https://accedacris.ulpgc.es/bitstream/10553/18989/5/TFPO\\_Adrian\\_Prada\\_Rodriguez\\_2016\\_Grado\\_Fisioterapia.pdf](https://accedacris.ulpgc.es/bitstream/10553/18989/5/TFPO_Adrian_Prada_Rodriguez_2016_Grado_Fisioterapia.pdf)
- Ruíz, J. C. (15 de Marzo de 2023). *Claves para motivar a tu equipo en tu centro de salud o deportivo*. Obtenido de Claves para motivar a tu equipo en tu centro de salud o deportivo.: <https://www.linkedin.com/pulse/claves-para-motivar-tu-equipo-en-centro-de-salud-o-juan-carlos-ruiz/?originalSubdomain=es>
- Secretaría de salud, C. d. (Junio de 2023). *Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente* . Obtenido de Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente : [http://csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelo\\_de\\_seguridad/acciones\\_ModeloCSG/AESPCSG-DGCES16junio2023.pdf](http://csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelo_de_seguridad/acciones_ModeloCSG/AESPCSG-DGCES16junio2023.pdf)
- Soares, M. I., Resck, Z. M., & Camelo, S. H. (Abril de 2016). *Gestión de recursos humanos y su interfaz en la sistematización de la asistencia de enfermería*. Obtenido de Gestión de recursos humanos y su interfaz en la sistematización de la asistencia de enfermería: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412016000200012](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000200012)
- Suarez, J. R. (2012). *Sistemas de notificación y registro de incidentes en México: Aprendizajes*. México: CONAMED.
- UNICEF, M. (Abril de 2018). *Manual para la capacitación de brigadistas, promotoras y promotores juveniles en la prevención del embarazo en adolescentes*. Obtenido de Manual para la capacitación de brigadistas, promotoras y promotores juveniles en la prevención del embarazo en adolescentes: [https://www.unicef.org/mexico/media/1811/file/ManualBrigadistas\\_FINAL.pdf](https://www.unicef.org/mexico/media/1811/file/ManualBrigadistas_FINAL.pdf)
- Valdez, J. N. (12 de Mayo de 2022). *Estrategía de Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*. Obtenido de Estrategía de Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes: <https://enapea.segob.gob.mx/>

