



ENFERMERÍA HISTORIA *e* INVESTIGACIÓN

VOLUMEN

11

Número I (2024)

ISSNe 2542-3444



UNIVERSIDAD
DE LOS ANDES
VENEZUELA

ESCUELA DE ENFERMERÍA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
MÉRIDA, VENEZUELA

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES**AUTORIDADES****RECTOR:** Mario Bonucci Rossini**VICERRECTOR ADMINISTRATIVO:** Manuel Aranguren**VICERRECTORA ACADÉMICA:** Patricia Rosenzweig**SECRETARIO:** José María Andérez**DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA:** Gerardo J. Tovitto Paredes**DIRECTOR DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA:** Asdrúbal Velasco**EQUIPO EDITORIAL****EDITORA JEFE:** Alba Rosa Fernández, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)**EDITOR ADJUNTO:** Gustavo Alcántara, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)**COMITÉ EDITORIAL****Miembros nacionales**

Alba Rosa Fernández, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)

María Vega de Peña, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)

Gustavo Alcántara, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)

Miembros internacionales

Eduardo Sánchez Uzcátegui, Universidad Autónoma de Madrid (UAM, España)

Karina Díaz Morales, Universidad Autónoma Nuevo León (UANL, México)

María Eugenia Vega, Institución Universitaria Politécnico Gran Colombiano (POLI, Colombia)

Yennys Katusca Benavente Sánchez, Universidad Nacional Autónoma de Tayacaja "Daniel Hernández Morillo" (UNAT, Perú)

Viviana Marycel Céspedes, Universidad Nacional de Colombia (UNAL, Colombia)

Olga Osorio Murillo, Universidad Libre Cali (Unilibre, Colombia)

José Antonio Peña Vega, Medicine Oregon Health & Science University (OHSU, EEUU)

Génesis Ivanoba Briceño Parra, Medicine Oregon Health & Science University (OHSU, EEUU)

COMITÉ CIENTÍFICO Y DE ARBITRAJE

Karina Díaz Morales, Universidad Autónoma Nuevo León (UANL, México)

Camilo Eduardo Bautista Saavedra, Universidad de Boyacá (UB, Colombia)

Viviana Marycel Céspedes, Universidad Nacional de Colombia (UNAL, Colombia)

Olga Osorio Murillo, Universidad Libre Cali (Unilibre, Colombia) y Universidad Santiago de Cali (USC, Colombia)

María Luisa Molano, Universidad del Valle (Univalle, Colombia)

Digna Escobar, Universidad de Carabobo (UC, Venezuela)

María Teresa Miralles, Universidad Alcalá de Henares (UAH, España)

Eduardo Sánchez Uzcátegui, Universidad Autónoma de Madrid (UAM, España)

Ricardo Ruiz, Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL, Venezuela)

María Vega de Peña, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)

Alba Rosa Fernández, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)

Gustavo Alcántara, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)

María del Carmen Álvarez, Universidad Central de Venezuela (UCV, Venezuela)

Asdrúbal Velasco Cañas, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)

CONCEPTO GRÁFICO Y DISEÑO EDITORIAL Gustavo Alcántara. galcantara@ula.ve.com**IMAGEN DE PORTADA** Cortesía de la Dra. María Gregoria Vega de Peña.

La revista **Enfermería, Historia e Investigación (EHI)**, posee acreditación del Consejo de Desarrollo Científico, Humanístico, Tecnológico y de las Artes. Universidad de Los Andes-Venezuela (CDCHTA-ULA).

La revista **Enfermería, Historia e Investigación (EHI)**, asegura que los editores, autores y árbitros cumplen con las normas éticas internacionales durante el proceso de arbitraje y publicación. Del mismo modo aplica los principios establecidos por el Comité de Ética en Publicaciones Científicas (COPE). Igualmente todos los trabajos están sometidos a un proceso de arbitraje y de verificación por plagio. Todos los documentos publicados en esta revista se distribuyen bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Por lo que el envío, procesamiento y publicación de artículos en la revista es totalmente gratuito.

Todos los derechos reservados. El contenido de esta revista está protegido por la Ley.

No puede ser reproducida, ni registrada o transmitida por cualquier medio de recuperación de información sin el permiso previo, por escrito, de los editores.

© 2024. Universidad de Los Andes.

Depósito Legal: ppi201502ME4601. ISSN electrónico: 2542-3444

Este número ha sido publicado gracias al apoyo de la Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.





El Grupo de Investigación «Historia y Pensamiento Enfermero» adscrito al Departamento de Enfermería de Fundamentos Clínica y Quirúrgica de la Escuela de Enfermería de la Universidad de LosAndes (ULA) y reconocido por el Consejo de Desarrollo, Científico, Humanístico, Tecnológico y de las Artes (CDCHTA) del Vicerrectorado Académico de la ULA, bajo el código: ZG-HPE-M-01-11-06 de fecha 07/07/11, y el Seminario Permanente para la Investigación de la Historia de la Enfermería Venezolana, basados en las líneas de investigación: Historia de la Enfermería en Venezuela y Proceso Enfermero, manifiesta crear la revista científica Enfermería, Historia e Investigación (EHI), a fin de divulgar artículos originales e inéditos, notas científicas, casos clínicos y revisiones documentales actualizadas de las áreas citadas; siendo estas, aportadas por los investigadores, estudiantes universitarios, profesionales, comunidad y público en general con información científica, humanística y tecnológica; local, regional, nacional e internacional, enfocada en la academia, asistencia y gremio en las Ciencias de la Enfermería.

6 EDITORIAL**INVESTIGACIÓN**

- 7-18 Conocimiento sobre tuberculosis pulmonar, medición previa y posterior a intervenciones educativas en estudiantes
Knowledge about pulmonary tuberculosis, pre- and post-intervention measurement in students
KALIANA DÍAZ, ALBERTO JOSSUÉ BELANDRIA-BALESTRINI
- 19-27 Prevalencia de maloclusiones en niños autistas asociada a hábitos orales en Venezuela: 2015-2019
Prevalence of malocclusions in autistic children associated with oral habits in Venezuela: 2015 -2019
MELISA MARTÍNEZ YANES
- 28-40 Roles de Enfermería quirúrgicos a través del conocimiento sobre los protocolos y procedimientos
Surgical nursing roles through the knowledge of protocols and procedures
MARÍA ISABEL FIGUERA CASTILLO, SANDRA ELIZABETH JIMÉNEZ BEZ, MARÍA GREGORIA VEGA DE PEÑA

CASOS CLÍNICOS

- 41-53 Caso clínico quirúrgico: cesárea segmentaria
Surgical case: segmental cesarean section
MARYURI YAMILETH DUARTE GARCÍA, MARÍA GREGORIA VEGA DE PEÑA
- 54-68 A propósito de un caso clínico quirúrgico: hernia diafragmática de Bochdalek tipo C
About a clinical surgical case: Bochdalek type C diaphragmatic hernia
LOUISIANA ANDREALI VILLEGAS GONZÁLEZ, MARÍA GREGORIA VEGA DE PEÑA
- 69-82 Caso clínico quirúrgico: tiroidectomía total
Surgical clinical case: total thyroidectomy
MARÍA DE LAS NIEVES GUIMERÁ DE CHULIA, MARÍA GREGORIA VEGA DE PEÑA

REVISIÓN

- 83-93 Epistemología como crítica del conocimiento en las ciencias de la salud
Epistemology as a critique of knowledge in the health sciences
SILVANA VILLARREAL R., LISBETH CONTRERAS L., DAVID CASTILLO T.

SEMBLANZA

- 94-100 Semblanza histórica de Cora Contreras de Rodríguez
Historical profile of Cora Contreras de Rodríguez
MAGALY MEDINA

ACTTIVIDAD ACADÉMICA

- 101-115 Diseño del Diplomado en Enfermería Gerontológica
Design of the Diploma in Gerontological Nursing
ALBA FERNÁNDEZ



ISSNe 2542-3444

VOLUMEN

11

Número I (2024)

Editorial

DR. JOSÉ ANTONIO PEÑA VEGA

Médico Cirujano de la Universidad de Los Andes, Mérida-Venezuela
Medicine Oregon Health & Science University (OHSU), Estados Unidos

En los últimos años, Venezuela ha sido testigo de un éxodo silencioso de sus profesionales de la salud. Ante la agitación económica, la inestabilidad política y un sistema de salud en crisis, los profesionales de enfermería, se enfrentan a condiciones laborales pésimas, salarios inadecuados y falta de recursos para brindar atención de calidad, por lo que, se han visto obligados a migrar en busca de mejores oportunidades en el extranjero.

Por ello, la migración de enfermeras venezolanas tiene profundas implicaciones tanto para el sector de la salud de origen como para los países que las reciben. En Venezuela, la pérdida de profesionales capacitados agrava el ya debilitado sistema de salud, lo que lleva a un mayor deterioro de la calidad y accesibilidad de los servicios sanitarios. Los pacientes enfrentan tiempos de espera más prolongados, hospitales superpoblados y escasez de medicamentos esenciales, lo que exacerba las disparidades en salud y aumenta las tasas de mortalidad.

Mientras tanto, los países de destino, particularmente los de América Latina, Estados Unidos y Europa, han experimentado una afluencia de enfermeras venezolanas que buscan oportunidades de empleo y mejores condiciones de vida. Si bien, estas naciones se benefician de la afluencia de profesionales cualificados, también enfrentan desafíos a la hora de integrarlos en sus sistemas sanitarios. Las barreras lingüísticas, las diferencias en las prácticas de atención y los obstáculos burocráticos a menudo obstaculizan la perfecta integración de este personal en la fuerza laboral, limitando su capacidad de contribuir eficazmente al cuidado de los pacientes. Aunado a esto, detrás de las estadísticas y los análisis económicos se esconde el costo humano de la migración de las enfermeras venezolanas, obligadas a dejar atrás sus hogares, familias y comunidades; luchando con sentimientos de pérdida, desplazamiento, soledad, incertidumbre; adaptándose a culturas desconocidas y navegando por complejos procesos de inmigración.

Abordar las causas fundamentales de la migración, incluida la mala gestión económica, la inestabilidad política y la crisis humanitaria, es esencial para detener la marea de profesionales de la salud que abandonan Venezuela. Al mismo tiempo, los países de destino deben adoptar políticas y prácticas que faciliten su integración laboral reconociendo las invaluable contribuciones que hacen a la atención de los pacientes y a la comunidad en general. Sólo a través de la acción colectiva y la solidaridad podremos mitigar el costo humano de la migración de las enfermeras venezolanas y construir un sistema de salud más equitativo e inclusivo para todos.

Es oportuno reconocer que, a pesar de estos desafíos, las enfermeras que quedan en Venezuela continúan trabajando incansablemente para atender a sus pacientes en circunstancias tan difíciles y con el poco apoyo recibido de algunas ONG nacionales e internacionales.



ISSNe 2542-3444

VOLUMEN

11

Número I (2024)

Recibido: 10/9/2023 Aceptado: 7/11/2023 DOI: <https://doi.org/10.53766/EHI/2024.11.01.01>

INVESTIGACIÓN

Conocimiento sobre tuberculosis pulmonar, medición previa y posterior a intervenciones educativas en estudiantes

Knowledge about pulmonary tuberculosis, pre- and post-intervention measurement in students

Kaliana Díaz (Est.)¹

Alberto Jossué Belandria-Balestrini (Crim.)²

¹ Interna de Pregrado, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-5676-8107>

² Criminólogo, ULA. Licenciado en Filosofía, Universidad Católica Cecilio Acosta (UNICA), Maracaibo-Venezuela. Profesor de Orientación Psicoeducativa, Psicología Evolutiva I y Psicocriminología, ULA. Correo-e: jossuebelandria@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4991-2217>

RESUMEN

Introducción: la comprensión de la importancia social de la tuberculosis por parte de la población es necesaria para garantizar el derecho a salud de calidad, un diagnóstico oportuno y un tratamiento completo, siendo importante la implementación eficaz de acciones de promoción y educación en salud para brindarle a la población herramientas preventivas y de autocuidados con la finalidad de disminuir la morbimortalidad. **Objetivo:** medir el nivel de conocimiento sobre TBC pulmonar previo y posterior a intervención educativa en estudiantes. **Metodología:** cuantitativa, analítico-descriptiva con diseño cuasiexperimental de carácter transversal, partiendo de una muestra de 42 estudiantes de la parroquia San Francisco, Estado Mérida, Venezuela, año 2023. Se utilizó un instrumento de 20 interrogantes que midieron el nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar a partir de un pre y un postest, luego de haber implementado estrategias educativas. **Resultados:** la muestra fue mayormente del sexo femenino (57,14%); el 52,38% cursaba cuarto año, dedicándose la mayoría de ellos (97,61%) únicamente al estudio. En el pretest, el 50% tenía un conocimiento medio, el 35,71% bajo y solo un 14,29% alto; posteriormente, con una pequeña representación, en el postest, se obtuvo un incremento, donde el medio pasó a 59,52% y el alto a 33,33%. Se encontró una diferencia significativa ($p < 0,01$) entre las puntuaciones medias de ambas pruebas, teniendo en el pretest una media de 10,05 y, en el postest de 13,28 sobre 20 puntos, lo cual generó una diferencia de 3,23 puntos de incremento en la puntuación. **Conclusión:** la implementación de estrategias educativas basadas en la salud y en enfermedades reemergentes como la tuberculosis pulmonar genera un conocimiento más amplio y, por tanto, una mayor cultura de prevención.

Palabras clave: adolescentes, educación, intervenciones, prevención de enfermedades, prevención primaria, tuberculosis pulmonar.

ABSTRACT

Introduction: the understanding of the social importance of tuberculosis by the population is necessary to guarantee the right to quality health, timely diagnosis and complete treatment, being important the effective implementation of health promotion and education actions to provide the population with preventive and self-care tools in order to reduce morbimortality. **Objective:** to measure the level of knowledge about tuberculosis pre and post to educational intervention in students. **Methodology:** quantitative, analytical-descriptive with a cross-sectional quasi-experimental design, based on a sample of 42 students aged 15 years and older from the parish of San Francisco, State of Mérida, Venezuela, year 2023. An instrument of 20 questions was used to measure the level of knowledge about tuberculosis from a pre-test and a post-test, after having implemented educational strategies to increase the level of knowledge. **Results:** the sample was mostly female (57.14%); 52.38% were in their fourth year, and most of them (97.61%) devoted themselves only to study. In the pretest, 50% had medium knowledge, 35.71% low and only 14.29% high; later, with a small representation, in the post-test, an increase was obtained, where the medium knowledge increased to 59.52% and the high knowledge to 33.33%. A significant difference ($p < 0.01$) was found between the mean scores of both tests, having in the pretest a mean of 10.05 and, in the posttest of 13.28 out of 20 points, which generated a difference of 3.23 points of increase in the score. **Conclusion:** the implementation of educational strategies based on health and on reemerging diseases such as pulmonary tuberculosis generates a broader knowledge and, therefore, a greater culture of prevention in this regard.

Keywords: adolescents, disease prevention, education, interventions, primary prevention, pulmonary tuberculosis.

— INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TBC) es una de las enfermedades infecciosas más antiguas de la humanidad¹. Esta es causada por el complejo *Mycobacterium tuberculosis*, integrado por 4 microorganismos: *M. Tuberculosis*, *M. Boris*, *M. africanum*, *M. microtti*, cuyo miembro más representativo es el primero, considerado el agente más importante de la Tuberculosis Pulmonar (TBC pulmonar) en humanos². Afecta principalmente los pulmones, pero también puede afectar otras partes del cuerpo, transmitiéndose casi exclusivamente a través de pequeñas gotas de aerosol suspendidas en el aire, expulsadas cuando una persona infectada tose, estornuda o habla³. Los síntomas más frecuentes de esta enfermedad son: tos durante 2 semanas o más, producción de esputo, que puede presentar restos de sangre (hemoptisis) o asociarse a disnea y dolor torácico, pérdida de peso, astenia o fatiga, sudoración nocturna y fiebre⁴.

La TBC pulmonar es todavía una causa resaltante de morbimortalidad a nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵, es la decimotercera causa de muerte. La mayoría de los casos ocurren en países de bajos y medianos ingresos, donde el acceso a la atención médica es limitado. Por ello, la importancia de estudiarla radica en su impacto en la salud pública, debido a las consecuencias que genera a nivel familiar, comunitario, social, económico y sanitario, que afectan principalmente a personas y poblaciones vulnerables, por esta razón, existe la necesidad de emplear estrategias efectivas para su prevención y tratamiento⁶.

En Venezuela existen varios desafíos para estudiar y prevenir la TBC pulmonar, debido a los recursos limitados, la inestabilidad política, la falta de reporte en materia epidemiológica y la escasez de suministros médicos son solo algunos ejemplos^{7,8}. Sin embargo, también hay oportunidades para la colaboración y la innovación. Al trabajar juntos, los investigadores, los proveedores de atención médica y los encargados de formular políticas pueden desarrollar estrategias efectivas para prevenir y controlarla en el país. Es por ello que, educar a las comunidades sobre cómo se propaga y cómo implementar medidas preventivas es esencial para disminuir el aumento de la enfermedad, como se ha tratado de realizar durante esta investigación.

Por lo tanto, la comprensión de la importancia social de esta patología por parte de la población es necesaria para garantizar el derecho a una salud de calidad, un diagnóstico oportuno y un tratamiento completo. En tal sentido, es fundamental que las estrategias nacionales para el control de la misma incluyan la implementación eficaz de acciones de promoción y educación sanitaria para brindarles a la población herramientas preventivas y de autocuidados con la finalidad de disminuir la morbimortalidad⁹.

En 1993, la OMS, citada por Paneque et al.¹⁰, declaró el estado de emergencia mundial para la TBC pulmonar debido a su aumento constante en todo el mundo y, a partir de este punto se han desarrollado diferentes estrategias para el control de esta enfermedad. Según el último informe mundial sobre TBC del año 2022 de la OMS¹¹, alrededor de 10,6 millones de personas contrajeron la enfermedad en 2021 y 1.6 millones fallecieron por esta causa, una cifra mayor en un 4,5% a la del año 2020, este aumento no se evidenciaba desde hace décadas, pero debido a la pandemia de COVID-19 se produjeron interrupciones en los servicios sanitarios y los programas de lucha y

control de la TBC en 2021. Además, las desigualdades socioeconómicas, inmigración, hacinamiento, desempleo, abuso de drogas, y pobreza extrema se han relacionado con un aumento en la morbimortalidad por causa de este padecimiento.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS)¹², para el 2021, se estimaron 309.000 casos de TBC pulmonar y se notificaron 215.116 (70%). El panorama en la región de las Américas y el Caribe presenta muchas dificultades debido a que existen varios determinantes sociales de la salud, que impiden a grandes grupos de la población el acceso a servicios de salud de calidad. Por su parte, Sánchez y Martínez¹³ en su investigación reportaron que Venezuela tiene una tasa estimada para los años 2019 y 2020 por encima de 30 por 100.000 habitantes y la registrada de casos nuevos es de 26.1. Sin embargo, estos autores mencionan que existe falta de registros en materia epidemiológica. Se conocen reportes oficiales hasta el año 2015, cuando se notificó un total de 6796 casos nuevos de TBC pulmonar. En el último Anuario de Mortalidad publicado en el 2012, por el Ministerio del Poder Popular para la Salud esta enfermedad ocupó el número 20 dentro de las primeras 20 causas de mortalidad en el país.

En la actualidad, las estrategias para el control de esta enfermedad apuntan a realizar un manejo multidisciplinario para lograr su erradicación. Sin embargo, el mayor enfoque resulta en el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica. La situación en el estado Mérida con respecto a la TBC pulmonar ha ido en rápido aumento pasando de 8 a 43 individuos reportados entre 2015 y 2017. Hasta el primer semestre de 2018 se registraron 40 casos, de acuerdo con la Dirección Regional de Epidemiología, lo que mostró un aumento importante en los casos.

Lo cierto es que, esta patología continúa afectando a la población venezolana debido a la resistencia bacteriana al tratamiento, las coinfecciones asociadas (VIH/tuberculosis), la falta de políticas y una inversión insuficiente en la prevención. Esta realidad no es muy diferente a nivel de los municipios y parroquias del estado Mérida, según el registro del Programa Local Integrado de Control de la Tuberculosis, con sede en el Hospital II San José de Tovar, donde se registró en 2018 un caso de TBC pulmonar en el sector El Carrizal que pertenece a la parroquia San Francisco del Municipio Tovar.

En aras de contextualizar más el fenómeno, esta enfermedad ha recibido muy poca difusión local (Tovar) y regional (Mérida) en los medios de comunicación, por lo que es un tema que no está presente en el discurso de la población en general e incluso se puede decir que algunas personas no reconocen a la TBC pulmonar como un problema de salud actual por falta de conocimiento al respecto. Si se compara con otras enfermedades infectocontagiosas como el dengue y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), la TBC pulmonar resulta casi olvidada, por lo que estas circunstancias pueden contribuir, a que se piense que no existe la enfermedad en el país¹³. Por ello, entre otras acciones, se considera de suma importancia desarrollar la práctica preventiva de diferentes formas junto con técnicas de comunicación en salud sobre el tema.

Durante el desarrollo de estrategias de educación social para abordar este problema, se debe considerar la cultura de la población, sus valores, costumbres y creencias, para lograr sensibilizar a la colectividad de la necesidad del cambio hacia comportamientos saludables y preventivos. También destacar la importancia de involucrar la escuela, la familia y la comunidad para cambiar comportamientos relacionados con la salud para lograr la prevención de la TBC pulmonar.

La Parroquia San Francisco del Municipio Tovar es una población rural con déficit en suministros médicos, poco personal de salud disponible en el área y fallas en los servicios básicos. Según el registro diario de pacientes atendidos en el Ambulatorio Rural Tipo II de San Francisco, las afecciones del aparato respiratorio ocupan el primer lugar entre las causas de morbilidad. Además, las condiciones ambientales de la región, su clima y la contaminación existente producto de las fábricas procesadoras de tabaco aumentan los factores que predisponen para contraer enfermedades respiratorias. El bajo ingreso familiar, repercute en la alimentación adecuada de los pobladores generando deterioro de su estado nutricional.

Asimismo, la infección por VIH, es considerada como otro factor de riesgo para la enfermedad que se encuentra prevalente en la zona. Estos son algunos de los determinantes sociales y ambientales presentes en la población en estudio que, aumentan las probabilidades de contraer TBC pulmonar si no se tienen claras las medidas adecuadas para controlar y prevenir la infección. En vista de lo antes expuesto se consideró importante medir el nivel de conocimiento sobre TBC pulmonar previo y posterior a intervención educativa en estudiantes.

— MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación cuantitativa, de alcance descriptivo, de tipo analítica con diseño cuasiexperimental de carácter transversal, durante el mes de junio de 2023. El tipo de muestreo fue no probabilístico y por conveniencia, a partir de una población de 108 personas de 15 o más años que estudiaban en el Liceo Bolivariano San Francisco de la Parroquia San Francisco del Municipio Tovar del estado Mérida, Venezuela. A partir de la accesibilidad a estos estudiantes, se logró encuestar a una muestra de 42 de ellos (38,88%).

Se utilizó como instrumento de recolección de datos un cuestionario en formato impreso, que abarcó 20 interrogantes, las cuales sirvieron para medir el nivel de conocimiento sobre la TBC pulmonar en dos oportunidades, realizando un primer test, previo a la implementación de estrategias educativas y posteriormente, luego de las sesiones, se aplicó otra prueba (postest).

Dicho cuestionario fue diseñado por Cruz e Intiquilla¹⁴, respaldado por sustentos teóricos y protocolos de la OMS y del Ministerio de Salud del Perú. Debe destacarse que, para medir el nivel de conocimiento sobre la TBC pulmonar, cada pregunta tiene una sola respuesta correcta con el valor de 1 punto, para un total máximo de 20 puntos y un mínimo de 0 puntos. A partir de esto, se han categorizado 3 niveles de conocimiento: Alto (15 a 20 puntos), medio (10 a 14 puntos) y bajo (<9 puntos).

Es importante acotar, que el instrumento, antes de su aplicación, también fue validado por los autores, mediante juicio de expertos y, para la determinación de la confiabilidad del instrumento se ejecutó una prueba piloto con la cual se midió el alfa de Cronbach, estableciendo un nivel de consistencia interna de ,76 puntos, haciendo confiable el mismo. Para obtener los resultados de la investigación se realizó un análisis de las variables demográficas sexo y edad, así como las propias preguntas del cuestionario.

Los datos obtenidos se vaciaron en una base de datos de Microsoft Excel, se utilizaron

medidas de tendencia central (media aritmética), de dispersión (desviación estándar) y técnicas estadísticas descriptivas (distribuciones de frecuencias y porcentajes). Asimismo, se hizo un contraste entre el pretest y postest a través de la prueba T student utilizando el software SPSS.

— RESULTADOS

En los datos demográficos de la población estudiada, se observó en relación con la edad que el 100% (42) de los estudiantes se encontraban dentro del grupo etario de 15 a 20 años. Según la tabla 1, el 57,14% (24) fueron de sexo femenino y el 42,86% (18) de sexo masculino. Con respecto al grado de instrucción, el 52,38% (22) cursaba cuarto año y el 47,62% (20), quinto año de bachillerato. El 97,61% (42) de los mismos, definió como ocupación única, estudiante.

Tabla 1. Distribución por sexo en frecuencia absoluta y relativa de los estudiantes encuestados del Liceo Bolivariano San Francisco, Estado Mérida, 2023.

| Sexo | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|--------------|------------|----------------|
| Femenino | 24 | 57,14 |
| Masculino | 18 | 42,86 |
| Total | 42 | 100,00 |

Fuente: instrumento aplicado.

Se realizó un análisis de las estadísticas descriptivas, donde los puntajes mínimo y máximo obtenidos en el pretest fueron de 4 y 18 puntos, respectivamente. Se tuvo una media aritmética de 10,05 puntos y una desviación típica (DT = 3,25 puntos).

Tabla 2. Nivel de conocimiento del pretest sobre TBC pulmonar.

| Nivel de conocimiento | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|-----------------------|------------|----------------|
| Bajo | 15 | 35,71 |
| Medio | 21 | 50,00 |
| Alto | 6 | 14,29 |
| Total | 42 | 100,0 |

Fuente: ídem.

En la Tabla 2, respecto al conocimiento global sobre TBC pulmonar en la población de estudio, previo a la implementación de estrategias educativas (pretest), se muestra que el 35,71% de los estudiantes tuvo un nivel de conocimiento bajo, el 50% (21) un nivel medio y el 14,29% un nivel alto.

Tabla 3. Nivel de conocimiento del postest sobre TBC pulmonar.

| Nivel de conocimiento | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|-----------------------|------------|----------------|
| Bajo | 3 | 7,14 |
| Medio | 25 | 59,52 |
| Alto | 14 | 33,33 |
| Total | 42 | 100,00 |

Fuente: ídem.

Ahora bien, en torno al postest, los puntajes mínimos y máximos obtenidos fueron de 8 y 20 puntos, respectivamente. Su media aritmética fue de 13,29 puntos y DT de 2,87 puntos. Al pasar esa puntuación a niveles, de acuerdo con los criterios implementados en la metodología, el nivel de conocimiento global sobre TBC pulmonar en la población en estudio posterior a la implementación de estrategias educativas, como se denota en la Tabla 3, el 7,14% tuvo un nivel de conocimiento bajo, el 59,52% medio y el 33,33% un nivel alto. En este sentido, puede observarse que existió una mejoría entre el pre y el postest.

Mediante la prueba t de student para muestras relacionadas, se encontró una diferencia significativa ($p < 0,01$) entre las puntuaciones medias de ambas pruebas, teniendo en el pretest una media de 10,05 y, en el postest de 13,28 sobre 20 puntos, lo cual generó una diferencia de 3,23 puntos de incremento; pasando de una media en el límite con el conocimiento bajo por estar cercano a los 9 puntos en el pretest, a un nivel medio con tendencia hacia la alta, más cercana a los 15 puntos en el postest.

— DISCUSIÓN

La TBC pulmonar como se ha mencionado sigue siendo en la actualidad un problema de salud pública a nivel mundial, debido al decaimiento de los programas y estrategias para su control y prevención. La inestabilidad política, económica e institucional que vive Venezuela, dificulta aún más que la población tenga las herramientas y conocimientos necesarios para prevenirla. Asimismo, la investigación realizada por Sánchez y Martínez¹³, determinó que la TBC pulmonar en Venezuela es un problema de salud pública vigente debido al debilitamiento de los programas de vigilancia epidemiológica, la existencia de casos de TBC pulmonar no diagnosticada y no tratada, retardo en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad; así como la persistencia de la desnutrición y el hacinamiento, que son determinantes sociales para el contagio.

La OMS en su glosario de términos, define la educación para la salud como “las oportunidades de adquirir conocimientos de forma consciente a través de estrategias de comunicación destinadas a mejorar el aprendizaje y capacitación de la población en relación con la salud y el desarrollo de prácticas personales que conduzcan al bienestar individual y el de la comunidad”¹⁵. Por ello, la adquisición de habilidades y conocimientos permite a las personas acceder, entender y utilizar la información para promover y mantener un buen estado de salud. Es así como los conocimientos asociados con la TBC pulmonar, sus mecanismos de transmisión, control terapéutico y prevención son primordiales si se desea disminuir la prevalencia de esta

patología en la comunidad.

Un estudio similar, realizado por Norabuena y Moreno¹⁶ en Lima, Perú evidenció que el conocimiento general sobre TBC pulmonar en un grupo de 146 estudiantes de cuarto y quinto año de secundaria alcanzó un nivel medio en el 50,0% de los participantes; el 32,9%, un nivel bajo; y el 17,1%, el nivel alto. Estos resultados también coinciden con los obtenidos por Cruz e Intiquilla¹⁴, igualmente llevado a cabo en Lima, donde el 37,9% (22) de encuestados tuvo un nivel de conocimiento regular sobre la TBC pulmonar, el 32,8% (19) un nivel deficiente y, el 29,3% (17), bueno.

Los resultados obtenidos en esta investigación, tienen cierto grado de relación con el estudio de Cardona y Hernández¹⁷ con respecto a los conocimientos, actitudes y prácticas sobre TBC pulmonar en indígenas zenúes y habitantes de una zona rural colombiana, donde se evidenció que el conocimiento relacionado con la enfermedad fue bueno en el grupo de estudio, con mejor resultado en las personas que tenían algún grado de escolaridad. Los porcentajes de buenas prácticas no fueron satisfactorios y las actitudes, en general, fueron desfavorables. Por lo que se concluyó que existía una amplia necesidad de fortalecer los programas de educación en salud en la comunidad.

Varios reportes en la literatura, como la investigación de Pineda et al.¹⁸ y la de Norabuena y Moreno¹⁶, concluyen que el bajo o deficiente nivel de conocimiento de los estudiantes con respecto a la TBC pulmonar contribuirá a crear conceptos, creencias y prácticas equivocadas sobre cómo prevenir y tratar la enfermedad. Esto implica la existencia de efectos importantes sobre la salud individual y colectiva, ya que pueden incrementarse las conductas de riesgo debido al desconocimiento de las consecuencias que produce la misma. Además, las personas enfermas pueden tardar en buscar atención médica y ponen en riesgo a otros porque aumentan la exposición al bacilo y así perpetuar la cadena de transmisión.

En el mismo orden de ideas, para Mejía y Núñez¹⁹, la mayoría de los jóvenes están en riesgo de adquirir TBC pulmonar por la falta de interés a informarse sobre temas de salud debido a su proceso de inmadurez, la facilidad de influenciarse por amistades, el fácil acceso al alcohol y drogas, la inexperiencia y la inestabilidad emocional. Todo ello, hace que exista una mayor vulnerabilidad y peligro, específicamente, en el caso de Venezuela, donde esta enfermedad se encuentra dentro de las reemergentes¹.

En este sentido, el poco nivel de conocimiento aumenta el riesgo para contraer TBC pulmonar, como se demostró en una investigación con estudiantes de medicina donde el conocimiento sobre la transmisión de la misma fue bajo²⁰. Lo que puede estar relacionado con creencias populares erróneas, educación deficiente, desinterés, distorsión de la información real por costumbres y la exclusión social, que hacen que una enfermedad tan frecuente, contagiosa, con gran impacto en la salud pública, sea poco conocida por la población.

Por su parte, Arias²¹ realizó un estudio sobre la efectividad de un programa educativo en el incremento de conocimiento sobre prevención en TBC pulmonar en estudiantes de secundaria de una institución educativa en Lima, evidenciando que el 66% no conocía sobre la prevención, antes del programa educativo, y después del mismo un 100% logró obtener el conocimiento. Estos resultados guardan relación con una investigación realizada en Vitarte²², donde se comprobó la

efectividad de un programa educativo para la prevención de TBC pulmonar, con un incremento del conocimiento de deficiente (9,8%) a bueno (37,3%). Todos ellos, hallazgos que son similares a los conseguidos durante el presente estudio.

En la investigación actual, se consiguió que el contexto educativo no brindaba un buen conocimiento en la TBC pulmonar, cuestión que puede replicarse a otras enfermedades. En este caso, teniendo una población adolescente y mayormente vulnerable al desconocimiento, se volvió imperativa la realización de una estrategia interventiva que permitiera aumentar el nivel de conocimiento de estudiantes de cuarto y quinto año de bachillerato. En torno a ello, Mejía et al.²³ destacan la importancia de la educación sanitaria en las instituciones educativas, y consideran que estas son el lugar apropiado para brindar y proporcionar información sobre la enfermedad en cuestión, a pesar, de que este tema no sea parte de la conversación de la población estudiantil, ya que gran parte de ella asume que esta patología no es un problema de salud.

Investigaciones como la de Arroyo et al.²⁴ evidencian la importancia de los medios de comunicación como vía de transmisión de información, acompañado de la reproducción de material tanto informativo como educativo sobre la situación vigente. Algunos países que han utilizado esta estrategia con planes de intervención multisectorial, han reportado bajas tasas de incidencia y de prevalencia de TBC pulmonar. Por ello, es importante resaltar que, para lograr el éxito de cualquier programa de salud, se requiere de la participación social y comunitaria. Además, la ejecución de los programas debe ajustarse al desarrollo intelectual, el entorno cultural, las características sociodemográficas y la situación político-económica de la población a intervenir, ya que, se ha observado la importancia del contexto social del individuo, es decir, familia, escuela, centros laborales y enfermos, para controlar la transmisión¹⁴.

Según Bonet et al.²⁵, en algunos lugares, la morbilidad es más alta por la presencia de barreras geográficas que dificultan el acceso a centros de salud o por presupuestos públicos insuficientes que llevan a poca cobertura de los programas y disminución en el acceso a los servicios de salud por parte de la población. Además, en estas áreas, se desconoce la problemática real debido a que se hace poca búsqueda de sintomáticos respiratorios y existe subregistro de datos. Esto concuerda con la realidad de la parroquia San Francisco, Estado Mérida donde existen fallas en el servicio de transporte público y deterioro de la vialidad, que dificultan el acceso a los centros educativos y de salud. Las políticas locales establecidas con la finalidad de lograr la prevención y control de la TBC pulmonar no se ejecutan, debido a la indiferencia de las autoridades ante esta problemática. Además, la mala administración de los recursos del Estado genera deficiencia en los servicios básicos y, el ambulatorio de la localidad no cuenta con suficiente personal capacitado para cubrir las necesidades de la comunidad.

Agregado a lo anterior, en la investigación de Dowell et al.²⁶, se describe que las condiciones climáticas predisponen al desarrollo de enfermedades respiratorias, ya que estas siguen patrones temporales, en los países tropicales se presentan con mayor frecuencia durante la temporada de lluvias. Se encontró un estudio clásico sobre la influencia del clima en el tratamiento de la TBC, que vale la pena mencionarlo para aclarar este aspecto, se trata de Blackwood²⁷, quien describe que, en un clima con humedad relativamente baja, aire puro y un máximo de luz solar, disminuye la transmisión de la enfermedad. Características diferentes al sector de estudio, la Parroquia San Francisco del Municipio Tovar, debido a que cuenta con un clima tropical,

temperaturas moderadas ente 19 y 21°C, por su situación geográfica dentro del Valle del Mocotíes, presencia de una humedad relativa del 70%, lo que predispone y pone en riesgo a la población de desarrollar enfermedades respiratorias como la TBC pulmonar.

— CONCLUSIONES

Se demostró que previo a la aplicación de las estrategias educativas, distintos estudiantes alcanzaron un nivel de conocimiento bajo acerca de la TBC pulmonar, por lo que se estimó que no poseían conocimientos adecuados sobre la enfermedad. Durante el postest, solo una pequeña porción de ellos tuvo esta puntuación, y se evidenció que la implementación de las charlas educativas aumentó el conocimiento en el grupo de estudiantes. A partir de ello, se logró sensibilizar a la comunidad, permitiendo una mejor comprensión frente a esta problemática, y en consecuencia, un cambio de actitud hacia la TBC pulmonar. Por otra parte, una limitación encontrada para el estudio fue que se trabajó con una muestra pequeña, por lo que para futuras investigaciones se sugiere utilizar una mayor para poder establecer diferencias entre los posibles grupo control y experimental.

— REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Méndez MV. La Tuberculosis Pulmonar: Pasado, Presente y Futuro en Venezuela. *Salus*. [Internet]. 2011 [consultado 2023 mayo 20]; 15(3):37-41. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382011000300010&lng=es&tlng=es
2. Bermejo MC, Clavera I, Michel de la Rosa FJ, Marín B. Epidemiología de la tuberculosis. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. [Internet]. 2007 [consultado 2023 mayo 18]; 30(2):7-19. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000400002&lng=es
3. Furin J, Cox H, Pai M. Tuberculosis. *The Lancet*. [Internet]. 2019 [consultado 2023 mayo 20]; 393(10181):1642-1656. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30308-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30308-3)
4. Suárez I, Fünfer SM, Kröger S, Rademacher J, Fätkenheuer G, Rybniker J. The Diagnosis and Treatment of Tuberculosis. *Deutsches Arzteblatt International*. [Internet]. 2019 [consultado 2023 mayo 15]; 116(43):729-735. Disponible en: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0729>
5. World Health Organization. Tuberculosis global report. [Internet] 2018. [consultado 2023 mayo 22]. Disponible en: https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/
6. Estrada I, Ruvalcaba JC. Tuberculosis pulmonar, un riesgo latente para los trabajadores de la salud como problema de Salud Pública. *Journal of Negative & no positive results*. [Internet]. 2019 [consultado 2023 mayo 18]; 4(2):197-209. Disponible en: <https://doi.org/10.19230/jonnpr.2833>
7. Muñoz A, Sánchez H, Vergès C, Sotomayor M, López L, Sorokin P. Tuberculosis en América Latina y el Caribe: reflexiones desde la bioética. *Persona y Bioética*. [Internet]. 2018 [consultado 2023 mayo 26]; 22(2):331-357. Disponible en: <https://doi.org/10.5294/pebi.2018.22.2.10>
8. González G. La crisis del Sistema de Salud en Venezuela. *Salus*. [Internet]. 2018 [consultado

- 2023 mayo 23]; 22(1):6-7. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3759/375956270002/html/>
9. Carrillo A. Sistema de salud en Venezuela: ¿un paciente sin remedio? *Cadernos de Saúde Pública*. [Internet]. 2018 [consultado 2023 abril 17]; 34(3). Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00058517>
 10. Paneque E, Rojas LY, Pérez M. La Tuberculosis a través de la Historia: un enemigo de la humanidad. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. [Internet]. 2018 [consultado 2023 abril 30]; 17(3):353-363. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000300353&lng=es&tlng=es
 11. World Health Organization. Global tuberculosis report 2020. [Internet] 2022 [consultado 2023 mayo 15]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131>
 12. Organización Panamericana de la Salud. Tuberculosis. [Internet]. 2023 [consultado 2023 abril 12]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/tuberculosis>
 13. Sánchez G, Martínez E. Tuberculosis en Venezuela un problema constante. *Revista Venezolana De Salud Pública* [Internet]. 2018 [consultado 2023 mayo 18]; 6(2):39. Disponible en: <https://revistas.uclave.org/index.php/rvsp/article/view/1952>
 14. Cruz J, Intiquilla L. Nivel de conocimiento sobre Tuberculosis Pulmonar en los usuarios de consultorios externos. Hospital San Juan de Lurigancho. 2019. [Tesis de pregrado]. Lima: Facultad de Ciencias Médicas, Universidad César Vallejo; 2019. [consultado 2023 mayo 15]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/35474/CRUZ%20_RJ.%20INTIQUILLA_QL.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 15. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud: glosario. [Internet]. 1998 [consultado 2023 mayo 12]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67246>
 16. Norabuena M, Moreno Z. Nivel de conocimiento sobre tuberculosis en estudiantes de secundaria de Lima, Perú 2019. *Revista Horizonte Médico*. [Internet]. 2020 [consultado 2023 mayo 25]; 20(3):e1084. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2020.v20n3.05>
 17. Cardona-Arias JA, Hernández-Petro AM. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre tuberculosis en indígenas zenúes y habitantes de una zona rural colombiana. *Revista Ciencias de la Salud*. [Internet]. 2013 [consultado 2023 abril 22]; 11(2):157-171. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732013000200002&lng=en&tlng=es
 18. Pineda S, Posada A, Mendoza B, Giraldo L. Conocimientos y actitudes sobre la transmisión de la tuberculosis en estudiantes de Odontología y terapia respiratoria. *Investigaciones Andinas*. [Internet]. 2018 [consultado 2023 abril 30]; 20(36):159-173. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/2390/239059788011/html/>
 19. Mejía-Sánchez J, Nuñez-Villa J. Factores asociados a los conocimientos sobre tuberculosis pulmonar en pacientes con VIH/SIDA. *CASUS*. [Internet]. 2019 [consultado 2023 mayo 10]; 4(2):92-101. Disponible en: <https://doi.org/10.35626/casus.2.2019.212>
 20. Nakanishi Y, Izumi M, Abe K, Harada T, Inoue K, Wataya H, et al. Questionnaire about impression and knowledge of tuberculosis in employees and students in a university hospital. *Kekkaku*. [Internet]. 2002 [consultado 2023 mayo 15]; 77(6):457-463. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12136600/>

21. Arias C. Efectividad de un programa educativo en el incremento de conocimientos sobre prevención en tuberculosis pulmonar en estudiantes de secundaria de una institución educativa, 2019 [Tesis de pregrado]. Lima: Escuela Profesional de Enfermería, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2020 [consultado 2023 mayo 15]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/15562>
22. Ricalde Y, Celis R. Efectividad del programa educativo “Mi amigo y yo, unidos contra la TB” en la prevención de tuberculosis en los estudiantes del nivel secundario de una institución educativa pública, Ate-Vitarte, 2017 [Tesis de pregrado]. Lima: Escuela Profesional de Enfermería, Universidad Peruana Unión; 2018 [consultado 2023 abril 22]. Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/982>
23. Mejia JR, Quincho-Estares ÁJ, Riveros M, Rojas E, Mejia CR. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre tuberculosis en estudiantes de una universidad peruana. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [Internet]. 2017 [consultado 2023 mayo 22]; 33(1):77-89. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000100007&lng=es&tlng=es
24. Arroyo L, Sánchez L, Bonne MA, Pérez HR, Armas L. Conocimiento y percepción sobre tuberculosis en el municipio Habana Vieja. *Revista Cubana de Medicina Tropical*. [Internet]. 2012 [consultado 2023 abril 12]; 64(3):268-278. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602012000300007&lng=es&tlng=es
25. Bonet J, Guzmán K, Hahn L. La salud en Colombia: una perspectiva regional. Bogotá: Banco de la República de Colombia. [Internet] 2017 [consultado 2023 mayo 15]. Disponible en: https://repositorio.banrep.gov.co/bitstream/handle/20.500.12134/9402/LBR_2017-12
26. Dowell SF, Whitney CG, Wright C, Rose CE, Schuchat A. Seasonal Patterns of Invasive Pneumococcal Disease. *Emerging Infectious Diseases* [Internet]. 2003 [consultado 2023 mayo 18]; 9(5):573–579. Disponible en: <https://doi.org/10.3201/eid0905.020556>
27. Blackwood J. La influencia del clima en el tratamiento de la tuberculosis. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)* [Internet]. 1925 [consultado 2023 mayo 22]; 4(8):265-271. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/14044/v4n8p265.pdf>



ISSNe 2542-3444

VOLUMEN

11

Número Especial (2024)

Recibido: 26/9/2023 Aceptado: 8/12/2023 DOI: <https://doi.org/10.53766/EHI/2024.11.01.02>

INVESTIGACIÓN

Prevalencia de maloclusiones en niños autistas asociada a hábitos orales en Venezuela: 2015-2019

Prevalence of malocclusions in autistic children associated with oral habits in Venezuela: 2015 - 2019

Melisa Martínez Yanes (Odont.)

Odontóloga, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela. Especialista en Ortodoncia y Ortopedia Maxilofacial, Instituto Mexicano de Ortodoncia (IMO), León Guanajuato-México. Ortodoncista y Ortopedista maxilofacial, Centro Odontológico Saludent de Dra. Melisa Martínez, Bogotá DC, Colombia. Correo: m.ortodoncia@gmail.com. ORCID: 0009-0006-6276-7786

RESUMEN

Introducción: el incremento actual del Trastorno del Espectro Autista (TEA), revelan las cifras de los nuevos hallazgos que son más altas que la de años anteriores, esto lleva a trabajar para proveer servicios diagnósticos y de intervención que podrían mejorar la identificación del autismo y proporcionar apoyo más integral para las personas que lo padecen, en este caso en la odontología, especialmente en ortodoncia y ortopedia maxilofacial. **Objetivo:** determinar la prevalencia de maloclusiones en niños autistas asociados a hábitos orales en Venezuela. **Metodología:** se realizó una búsqueda sistemática en revisiones bibliográficas desde el 2015 al 2019, utilizando los descriptores: TEA, maloclusiones, hábitos orales, salud bucal, consiguiendo solo dos artículos que definieron la muestra con 55 niños entre 3 a 11 años. Se realizó un análisis descriptivo de la información. **Resultados:** se pudo observar que el rango de edades de 5 a 8 años representó el 63,64%, el sexo masculino obtuvo la prevalencia más alta, con un 74,55%. Ambos estudios indicaron que un 93,3% y un 64% presentó problemas de maloclusión, representando el 80% del total de la muestra. El hábito más asociado fue la respiración bucal (45,45%). **Conclusión:** al analizar los artículos se demostró que existe una gran prevalencia de maloclusiones asociada a hábitos orales, lo que amerita la necesidad de tratamientos ortopédicos y ortodóncicos en edades tempranas para este tipo de paciente.

Palabras clave: trastornos del espectro autista, autismo, oclusión, maloclusiones dentales.

ABSTRACT

Introduction: the current increase in Autism Spectrum Disorder (ASD), the figures of the new findings reveal that are higher than in previous years, this leads to work to provide diagnostic and intervention services that could improve the identification of autism and provide more comprehensive support for people who suffer from it, in this case in dentistry, especially in orthodontics and maxillofacial orthopedics. **Objective:** to determine the prevalence of malocclusions in autistic children associated with oral habits in Venezuela. **Methodology:** a systematic search was carried out in bibliographic reviews from 2015 to 2019, using the descriptors: ASD, malocclusions, oral habits, oral health, obtaining only two articles that defined the sample with 55 children between 3 and 11 years old. A descriptive analysis of the information was performed. **Results:** it was observed that the age range of 5 to 8 years represented 63.64%, the male sex obtained the highest prevalence, with 74.55%. Both studies indicated that 93.3% and 64% had malocclusion problems, representing 80% of the total sample. The most associated habit was mouth breathing (45.45%). **Conclusion:** the analysis of the articles showed that there is a high prevalence of malocclusions associated with oral habits, which merits the need for orthopedic and orthodontic treatments at an early age for this type of patient.

Key words: autism spectrum disorders, autism, occlusion, dental malocclusions.

—INTRODUCCIÓN

El trastorno del espectro del autismo (TEA) es una discapacidad del desarrollo causado por diferencias en el cerebro. Puede suceder que las personas con esta condición se comporten, comuniquen, interactúen, y aprendan de maneras que son distintas a la mayoría. Los síntomas empiezan a aparecer antes de los 3 años y posiblemente duren toda la vida o mejoren con el tiempo¹.

Diagnosticar el TEA puede ser difícil ya que no existe ninguna prueba médica, como un análisis de sangre para detectarlo. Los especialistas observan el comportamiento y el desarrollo del niño para así llegar a un resultado fiable. A veces, se puede detectar a los 18 meses de edad o antes de los 2 años. Sin embargo, muchos no reciben una diagnosis final sino hasta que son adolescentes o adultos. Este retraso significa que es posible que las personas con TEA no reciban la ayuda temprana que necesitan¹ y se afirma que tienen una mayor prevalencia de patologías orales, incluyendo caries, mala higiene bucal y gingivitis, recesiones gingivales, bruxismo y maloclusiones².

Así, la maloclusión dental es una patología que puede afectar a niños, adolescentes y adultos. Se produce cuando los dientes superiores no encajan con los inferiores al cerrar la boca (es decir, al morder) debido a la incorrecta alineación de las piezas dentales. Su aparición puede asociarse a diversos factores³:

- Hereditarios y defectos congénitos.
- Malos hábitos como respiración bucal, deglución atípica, onicofagia, entre otros.
- Caries o perder los dientes de forma prematura, puede dar lugar a que los definitivos nazcan en una posición incorrecta, o a que los adyacentes cambien de posición.
- Agenesia dental: cuando se pierden dientes por un golpe o ausencia del mismo.
- Bruxismo.

El mejor momento para prevenir una maloclusión es la edad infantil, la manera más sencilla de corregirla es que sea tratada de forma temprana, cuando el crecimiento óseo y dental está todavía en etapa de desarrollo. En esas edades, un posible tratamiento con aparatología funcional podría corregir y dirigir el desarrollo maxilar del niño³.

El incremento de la población del TEA en la actualidad, ha aumentado. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁴ se calcula que 1 de cada 100 niños en el mundo lo presenta, hasta se dice que se han registrado cifras notablemente mayores. La prevalencia del autismo en muchos países de ingresos bajos y medianos es hasta ahora desconocida; y las malformaciones ocupa el tercer lugar como problema de salud bucal.

En América Latina no existen datos relevantes sobre este padecimiento. En la consulta de información se logró obtener una estadística de la Sociedad Venezolana para Niños y Adultos

Autistas (SOVENIA), citada por Carbonell y otros⁵ que indica una posible presencia de 18.000 casos, sin embargo, en las últimas décadas se ha producido un aumento del 600% lo cual significa que 1 de cada 110 niños es autista, convirtiendo esto en una prioridad de salud pública y una condición que cada vez toca más de cerca.

Los pacientes con TEA se caracterizan por algún grado de dificultad en la interacción social y la comunicación, como también patrones atípicos de actividad y de comportamiento. Igualmente, algunos reportan discapacidad grave que necesitan constantemente atención y apoyo durante toda la vida⁵. A pesar de las altas cifras de este trastorno no se identifica en la literatura análisis de estudios con relación a problemas odontológicos de maloclusiones dentales⁵; por ello es un tema de preocupación, y se amerita que el odontólogo tenga más conocimiento y preparación para una mejor atención de estos problemas, sobre todo, la especialidad de ortodoncia y ortopedia maxilofacial.

Se resalta que los niños con TEA son sometidos a dietas muy blandas desde pequeños, lo cual puede perjudicar el crecimiento y desarrollo de los maxilares y el establecimiento de una adecuada mordida. Las características oclusales y su asociación a hábitos orales perjudiciales en estos pacientes, son de importancia, porque además de la frecuente maloclusión, también se reportan problemas en el sistema estomatognático que tienen que ver con la fonación, deglución y masticación. Asimismo, el bruxismo está relacionado con el estrés y la ansiedad⁵ por tal motivo el objetivo de esta revisión fue determinar la prevalencia de maloclusiones en niños autistas asociados a hábitos orales en Venezuela.

—METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda sistemática en internet de artículos en el periodo 2015 - 2019, realizados en Venezuela, en idioma español a niños en edades comprendidas entre 3 y 11 años, diagnosticados con TEA y que acudieron al Hospital Niño y El Mar de Catia La Mar, Edo. Vargas y en la Universidad del Zulia Maracaibo (Tabla 1), utilizando las palabras clave: TEA, maloclusión, hábitos orales, salud bucal.

Se seleccionaron 2 estudios, lo que determinó la inclusión de un total de 55 niños que cumplían con los requisitos anteriores. El análisis de los datos obtenidos de esta fuente secundaria dio inicio para calcular e interpretar a través de la estadística descriptiva⁶, lo que generó datos porcentuales para la representación gráfica de las variables.

Tabla 1. Estudios publicados con TEA en Venezuela: periodo 2015-2019.

| Enfoque investigativo | Título de la investigación | Lugar |
|---|--|--|
| 1. Estudio descriptivo, transversal, con diseño de campo. | Maloclusiones asociadas a hábitos en pacientes con trastorno del espectro autista ⁵ . | Hospital Niño y El Mar de Catia La Mar, Edo. Vargas. |
| 2. Estudio descriptivo, transversal, con diseño de campo. | Características oclusales y su asociación a hábitos orales perjudiciales en niños con trastornos del espectro autista ⁹ . | Universidad del Zulia-Maracaibo. |

Fuente: elaboración propia.

— RESULTADOS

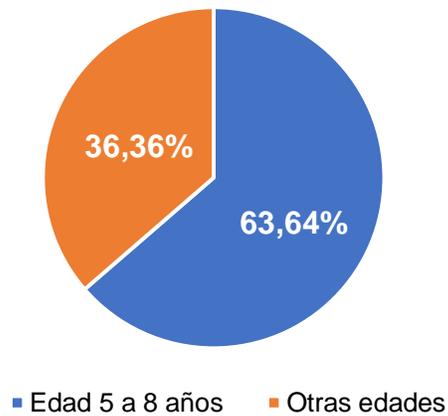


Gráfico 1. Distribución por edad.

Fuente: ídem.

En el gráfico 1 se observa que la mayor parte estuvo conformada por niños en edades de 5 a 8 años con un 63,64% (35) y el 36,36% (20) se distribuyó en otras edades.

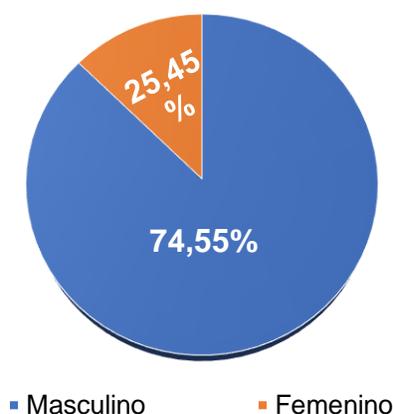


Gráfico 2. Distribución por sexo.

Fuente: ídem.

En el gráfico 2 se evidencia que la distribución por sexo no fue homogénea. El 74,55% (48) eran niños y el 25,45% (7) niñas.

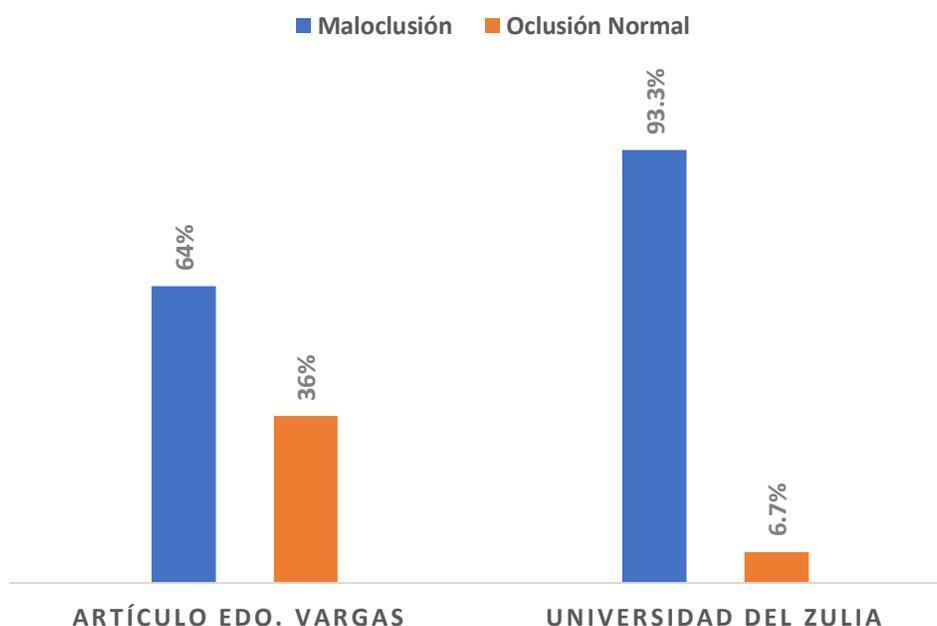


Gráfico 3. Presencia o ausencia de maloclusión en cada artículo.

Fuente: ídem.

Los resultados mostraron que en el artículo del estado Vargas un 64% presentó algún tipo de maloclusión y el 36% oclusión normal, mientras que, en la Universidad del Zulia, el 93,3% cursaba con alguna forma de maloclusión y sólo en el 6,7% se observó una oclusión normal.

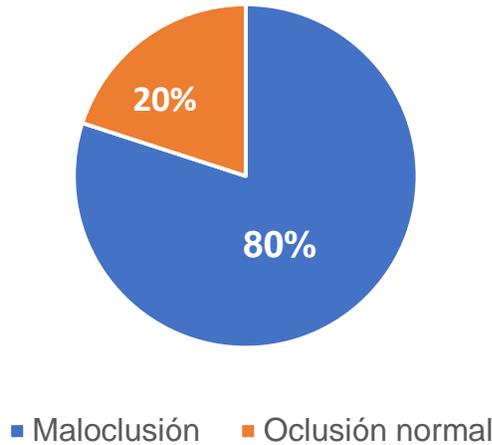


Gráfico 4. Presencia o ausencia de maloclusión en el total de la muestra.

Fuente: ídem.

El gráfico 4 evidencia que, del total de la muestra, el 80% presentó maloclusión y un 20% oclusión normal.

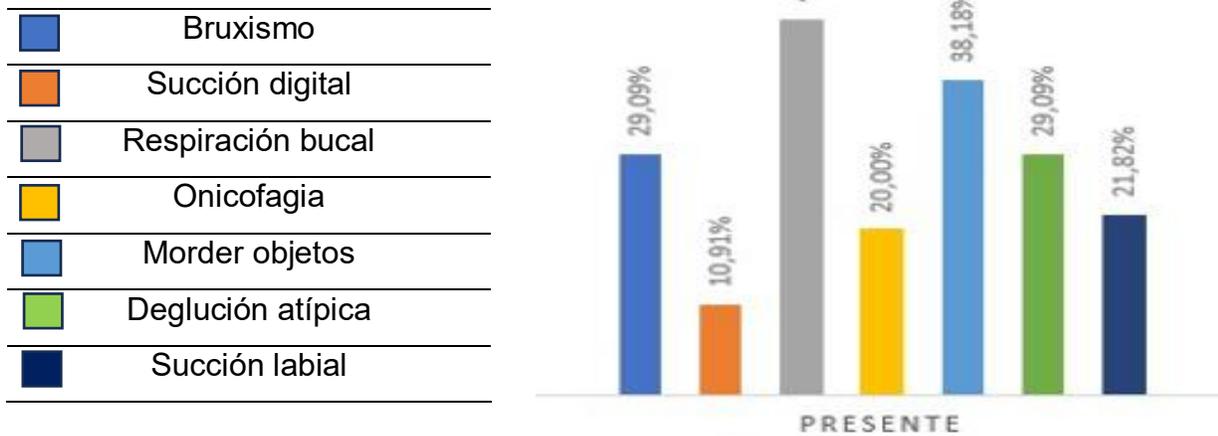


Gráfico 5. Presencia de hábitos orales.

Fuente: ídem.

En el gráfico 5 se reporta que los hábitos orales más frecuentes fueron: respiración bucal con un 45,45%, morder objetos 38,18%, bruxismo y deglución atípica en un 29,09%.

— DISCUSIÓN

Antes de iniciar propiamente la discusión de los resultados referentes a las características oclusales, se destaca de nuevo que son muy pocas las investigaciones realizadas en niños con TEA en las que se aborde este tipo de problema. Sin embargo, al contrastar los resultados de ambos estudios se evidenció un alto riesgo de maloclusión en niños con TEA, con más del 60%, esto se

relacionaría a posibles retrasos en el desarrollo cognitivo, trastornos del comportamiento y problemas de coordinación motora. Además, los niños con TEA también pueden experimentar agitación, hiperactividad o comportamientos compulsivos².

En este orden de ideas, el principal motivo de consulta suelen ser traumatismos dentales debidos a la hiperactividad y a las múltiples estereotipias que presentan los niños autistas. De igual forma, hábitos como la respiración bucal, deglución atípica, el bruxismo y las autolesiones son condiciones que muy frecuentemente se observan en la valoración⁷, que coinciden en estos estudios al referirse al tema de los hábitos orales.

Es importante destacar la causa principal encontrada en estos estudios, entre las cuales nombra el tipo de dieta que suelen tener estos niños, con alimentos suaves y la cantidad de hábitos que se descubrieron en el examen clínico que se les realizó a cada uno de ellos; por lo que es oportuno aclarar, que un gran porcentaje de niños con oclusión normal también fueron reportados en estos artículos, pero, en síntesis, al caracterizar la oclusión de los niños con TEA se demostró un alto índice de maloclusiones y una alta prevalencia de hábitos orales perjudiciales^{5,9}.

Tras los resultados, se observa la importancia del tratamiento dental, de ortodoncia y ortopedia en las personas con TEA, crear una mayor conciencia de los problemas a los que se enfrentan de manera única, con una intervención temprana, mejorando sus condiciones orales con un enfoque principalmente preventivo y no curativo.

El aumento desmedido en la prevalencia de autismo durante los últimos años es incluso mayor que el de enfermedades que en otros tiempos constituyeron una grave amenaza, esto a su vez requiere que la preparación del odontólogo en el área de la atención a pacientes con discapacidad sea cada vez mayor. Las probabilidades de tener un paciente especial en la consulta aumentan, y por ende el compromiso y los conocimientos del especialista deben ser cada día mayores⁸.

La atención odontológica de estos niños es difícil, por lo que deben desde edades muy tempranas instaurar la prevención para evitar las futuras intervenciones complejas. “Pero, ¿estamos realmente preparados los odontólogos para tratar pacientes especiales? Esta interrogante debe llevar a la reflexión y constituir el inicio de un cambio”⁷.

La atención bucal como se mencionó anteriormente en este tipo de pacientes es difícil de llevar a cabo por falta de comunicación entre el paciente y el odontólogo, más no imposible. Entre los tratamientos bucales la prevención es la prioridad para los niños autistas, no la exención; y para realizarla con éxito el odontólogo de cualquier especialidad se debe de auxiliar de juegos dinámicos, imágenes atractivas de sus personajes favoritos y aditamentos dentales llamativos para poder tener una interacción armoniosa con el paciente, dando como resultado un tratamiento con éxito⁸.

Este tipo de dinámicas permiten en este paciente tenga resultados favorables en el manejo de conducta, logrando que el paciente entre solo a la clínica sin estar llorando ni gritando, captar su atención para que siguiera indicaciones referentes a la técnica de cepillado, realizarle su control de placa y aplicación de fluoruro sin necesidad de restricción física. Por lo tanto, es de suma importancia que el odontólogo, como el especialista sea creativo y conozca los gustos del paciente

autista para que pueda realizar este tipo de dinámicas que van a permitir una interacción positiva dando como resultado tratamientos dentales de calidad y exitosos⁹.

— CONCLUSIONES

Al analizar los artículos se demostró que existe una gran prevalencia de maloclusiones en niños con TEA, asociada a malos hábitos orales, lo que concluye la gran necesidad de tratamientos ortopédicos y ortodóncicos en edades tempranas para este tipo de paciente. Se tiene que concienciar sobre la prioridad de realizar tratamientos preventivos, capacitarse para obtener éxito en la atención y el manejo adecuado, teniendo en cuenta los protocolos especiales hacia ellos. Diagnosticar correctamente cualquier hábito temprano que pueda presentar es decisivo para tener resultados positivos en los tratamientos.

— REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. ¿Qué son los trastornos del espectro autista? [Internet] 2022 [consultado 26 de abril 2023]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/autism/facts.html>
2. Gaceta Dental (GD). El trastorno del espectro autista y su vinculación a un mayor riesgo de traumatismo dentoalveolar. [Internet] 2022 [consultado 14 de julio 2022]. Disponible en: <https://gacetadental.com/2022/07/el-trastorno-del-espectro-autista-y-su-vinculacion-a-un-mayor-riesgo-de-traumatismo-dentoalveolar-31810/>
3. Gaceta Dental (GD). ¿Qué es la maloclusión dental? Causas y tipos. [Internet] 2022 [consultado 4 de octubre 2022]. Disponible en: <https://gacetadental.com/2022/10/que-es-la-maloclusion-dental-causas-y-tipos-34922/>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Autismo. [Internet] 2023 [consultado 26 septiembre 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
5. Carbonell M, Whettell S, Quirós O, Flores Y, Quirós J. Maloclusiones asociadas a hábitos en pacientes con trastorno del espectro autista. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. [Internet] 2020 [consultado 26 de octubre 2023]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2020/art-6/#:~:text=La%20peculiaridad%20en%20la%20dieta,traduce%20en%20alteraciones%20oclusales%20>
6. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 6a ed. México D.F.: McGraw Hill; 2014.
7. Morales M. Odontología y discapacidad en Venezuela. Dental Tribune. [Internet] 2013 [consultado 23 de septiembre 2023]. Disponible en: <https://la.dental-tribune.com/news/odontologia-y-discapacidad-en-venezuela/>
8. Pérez I, Pedraza M, Robles L. Manejo estomatológico en paciente con trastorno espectro autismo. Reporte de caso. Acta Odontológica Venezolana. [Internet] 2016 [consultado 23 de septiembre 2023]; 54(1). Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2016/1/art-11/>
9. Rincón A, Fox M, Rivera N. Características oclusales y su asociación a hábitos orales perjudiciales en niños con trastornos del espectro autista. Ciencia Odontológica. [Internet] 2015 [consultado 26 de octubre 2023]; 12(2):75-85. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2052/205244045002.pdf>



ISSNe 2542-3444

VOLUMEN

11

Número I (2024)

Recibido: 19/10/23 Aceptado: 10/12/23 DOI: <https://doi.org/10.53766/EHI/2024.11.01.03>

INVESTIGACIÓN

Roles de Enfermería quirúrgicos a través del conocimiento sobre los protocolos y procedimientos

Surgical nursing roles through the knowledge of protocols and procedures

María Isabel Figuera Castillo (Lcda.)¹

Sandra Elizabeth Jiménez Bez (Lcda.)¹

María Gregoria Vega de Peña (Dra.)²

¹Licenciada en Enfermería, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela. Diplomada en Instrumentación Quirúrgica, ULA. Enfermera I en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA). ORCID: 0009-0000-1868-9537 y ORCID:0009-0005-0860-3652

²Licenciada en Enfermería (ULA). Especialista en Servicios Asistenciales de Salud, Universidad Católica Andrés Bello (UCAB). Master en Educación, Caribbean International University (CIU), Curacao. Doctora en Educación, Universidad Nacional Experimental Rafael María Baralt (UNERMB), Trujillo. Docente, ULA. Correo electrónico: gory26121991@gmail.com ORCID: 0000-0001-7031-8557

RESUMEN

Objetivo: analizar los roles de enfermería quirúrgica a través del conocimiento sobre los protocolos y procedimiento. **Metodología:** estudio cuantitativo, descriptivo, con diseño de campo y corte transversal; cuya muestra la conformó 64 participantes del área perioperatoria del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) de Mérida, Venezuela. Se aplicó una encuesta tipo cuestionario de forma escrita, con una escala tipo Likert de tres categorías: Siempre, A veces y Nunca. Compuesto por tres partes: la primera abarcó 6 ítems de los datos laborales y académicos de los participantes; la segunda trató sobre los roles de enfermería quirúrgicos conteniendo 12 ítems y la tercera correspondió a los protocolos y procedimientos de enfermería en el área perioperatoria, compuesta por 19 ítems. Este fue auto administrado a través de la plataforma Google Forms, enviado vía telefónica y de manera personal para aquellos que no poseían dispositivos inteligentes. Los cuestionarios fueron aplicados en todos los turnos: mañana, tarde y noche. **Resultados:** el 88,6% fueron licenciados en enfermería, con un 82,5% egresado de la Universidad de Los Andes, 63,3% tenía un diplomado en el área, 60,9% con cargo de enfermero profesional II y un 32% entre 0-5 años de servicio. El 95,3% desempeñó los roles de enfermería y el 71,9% aplicó protocolos pertenecientes al área quirúrgica, demostrando que ambas variables se complementaron de manera adecuada. **Conclusión:** existió una relación entre la práctica diaria de los roles quirúrgicos con la aplicación de los protocolos y procedimientos específicos del área, sin embargo, un porcentaje significativo generó discrepancia en los resultados, por lo cual se deduce que la aplicación de los mismos no se cumplió en su totalidad.

Palabras clave: roles de enfermería, área quirúrgica, protocolos, procedimientos, enfermería.

ABSTRACT

Objective: To analyze the roles of surgical nursing through knowledge about protocols and procedures. **Methodology:** quantitative, descriptive study with field design and cross-sectional section; the sample consisted of 64 participants from the perioperative area of the Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) of Mérida, Venezuela. A questionnaire-type survey was applied in written form, with a three-category Likert scale: Always, Sometimes and Never. Composed of three parts: the first covered 6 items of the participants' work and academic data; the second dealt with the roles of surgical nursing, containing 12 items, and the third part corresponded to nursing protocols and procedures in the perioperative area, composed of 19 items. This was self-administered it was carried out through the Google Forms platform, it was sent by phone and in person for those who did not have smart devices. The questionnaires were applied in all shifts: morning, noon and night. **Results:** 88.6% had a degree in nursing, 82.5% graduated from the Universidad de Los Andes, 63.3% had a diploma in the area, 60.9% with the position of professional nurse II and 32% had between 0-5 years of service. El 95.3% performed the roles of nursing and 71.9% applied protocols pertaining to the surgical area, demonstrating that both variables complemented each other adequately. **Conclusion:** there is a relationship between the daily practice of surgical roles and the application of protocols and procedures specific to the area, however, a significant percentage generated discrepancy in the results, which deduces that their application was not fully complied with.

Key words: nursing roles, surgical area, protocols, procedures, nursing.

—INTRODUCCIÓN

Los roles de enfermería comprenden el quehacer diario de la profesión; su estructura y comprensión es indispensable para brindar cuidado de calidad al usuario. Los profesionales de enfermería deben regirse de acuerdo a los cuatro campos principales o roles básicos de aplicación de la carrera: asistencial, docente, administrativo e investigativo. De igual manera, el profesional de enfermería quirúrgica desempeña roles específicos basados en funciones igual de vitales e importantes, denominados roles quirúrgicos. La enfermería perioperatoria es una rama ampliamente desarrollada en la profesión y que tiene un papel fundamental en el bienestar del usuario quirúrgico.

Los profesionales de enfermería como actores principales en la línea de prestación de servicios son vitales para poder atender personas y comunidades; por lo que se hace necesario que posean la capacidad, la instrucción y los conocimientos para ser líderes o jugadores clave en los equipos de salud multidisciplinarios. Así mismo, que desarrollen sus capacidades, habilidades y competencias en diferentes áreas y servicios¹.

Una de estas áreas es la quirúrgica, en la que nace la enfermería médico quirúrgica o perioperatoria. En ella, el profesional desarrolla un papel fundamental a través de la aplicación de protocolos y procedimientos propios del área y de la disciplina; es aquella que proporciona servicios de enfermería a los pacientes en unidades médico-quirúrgicas hospitalarias. Los enfermeros que se desenvuelven en esta rama brindan cuidados durante las intervenciones quirúrgicas, respaldando y engranando el trabajo de especialistas como cirujanos y anestesiólogos. Este profesional es reconocido como el responsable de la seguridad del usuario quirúrgico y el ambiente en sí².

Así mismo, en la enfermería, también conocida como la ciencia del cuidado, el personal posee una serie de roles que se describen como la función que se debe desempeñar en un área específica con un objetivo claro “los roles de enfermería se encuentran enraizados en cuatro amplias áreas del ejercicio profesional”, que son: “proveedor de cuidados o asistencial, investigador, docente y administrador”³. Estos se comprenden como roles fundamentales, básicos o primarios.

Sin embargo, dentro del área quirúrgica, nacen otros, denominados roles de enfermería quirúrgicos, que se ven entrelazados con los roles primarios. Encontrándose el rol de enfermero quirúrgico supervisor, el instrumentista, el circulante, el anestesista, y el recuperador o de cuidados postanestésicos, entre otros. Cada uno de ellos permite mantener el orden de los protocolos que se van a realizar en favor de la salud del usuario y su familia⁴.

El enfermero que desempeña estos roles debe poseer un conocimiento profesional y técnico de los cuidados y procedimientos, entendiendo que la calidad de los mismos va de la mano con el nivel de experiencia e instrucción, lo que permite a su vez el desarrollo y el aumento de las competencias y habilidades. Esto se traduce finalmente en una mayor calidad de la atención y cuidado brindado.

En el área quirúrgica del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA), hospital tipo IV de la ciudad de Mérida, Venezuela, se presta atención durante las 24 horas del día; el personal de enfermería desempeña funciones que se encuentran enmarcadas tanto dentro de los roles quirúrgicos como de los básicos.

Dicha área del IAHULA se encuentra estructuralmente dividida en Quirófano General, Sala de Parto y Cirugía Ambulatoria, comprendiendo un total de quince pabellones o quirófanos, tres salas de cuidados postanestésicos y tres coordinaciones independientes las unas de las otras, con distinto personal a su cargo, más otra serie de dependencias propias de cada una. Los profesionales son en general, licenciados en enfermería, de diferentes universidades. Sin embargo, los enfermeros que desarrollan sus actividades en esta área deben poseer conocimientos específicos y claros con respecto a los distintos roles (quirúrgicos y básicos), para así poder cumplir con cada uno de ellos e intercambiar entre los mismos, en caso de que la situación o la planificación lo amerite; por lo que se hizo importante analizar los roles quirúrgicos de enfermería a través del conocimiento sobre los protocolos y procedimientos en el área perioperatoria del IAHULA período marzo - septiembre del 2023.

—METODOLOGÍA

Se aplicaron diversas técnicas metodológicas siguiendo un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, con diseño de campo y de corte transversal⁵. La población estuvo conformada por 85 enfermeros de las tres áreas quirúrgicas del IAHULA: 42 enfermeros del quirófano general, 38 de sala de parto y 5 de cirugía ambulatoria. La misma definió la muestra, la cual tuvo un muestreo intencional debido a que los elementos fueron escogidos en base a criterios o juicios preestablecidos por las investigadoras, conformado por todo aquel personal que aceptó voluntariamente responder el instrumento.

Como criterios de exclusión se tomó que las investigadoras no participaron en la encuesta al ser ellas mismas personal del área y a todos aquellos profesionales de enfermería de las diferentes áreas quirúrgicas a estudiar que no desearon responder de forma voluntaria, adicionando aquellos que no pudieron ser contactados electrónicamente ni personalmente en el lapso establecido para responder el cuestionario. La muestra quedó definida por 64 participantes.

Para la medición de los objetivos se aplicó una encuesta tipo cuestionario de forma escrita, con una escala tipo Likert⁶ de tres categorías: Siempre, A veces y Nunca. Estuvo compuesto por tres partes: la primera abarcó 6 ítems de los datos laborales y académicos de los participantes. La segunda parte trató sobre los roles de enfermería quirúrgicos conteniendo 12 ítems y la tercera correspondió a los protocolos y procedimientos de enfermería en el área perioperatoria, compuesta por 19 ítems. Este fue llenado por el encuestado (auto administrado); a través de la plataforma *Google Forms* fue enviado a los participantes vía telefónica y de manera personal para aquellos que no poseían dispositivos inteligentes. Los cuestionarios fueron aplicados en todos los turnos: mañana, tarde y noche.

El proceso de validación del instrumento se obtuvo a través del “Juicio de Expertos”, para lo cual fueron seleccionados tres expertos. Para esto se tomaron en cuenta los criterios de pertinencia, redacción, correspondencia de los ítems con los objetivos específicos y las

dimensiones. Los expertos dieron su valoración a cada una de las preguntas, respondiendo de acuerdo a su criterio al nivel de importancia con la escala correspondiente a la especificación del índice cuantitativo para la validez de contenido del instrumento mediante el modelo de Lawshe modificado por Tristán⁷, en donde se destaca que la razón de validez de contenido debe ser igual o mayor a 0.5823 para ser aceptada. Cabe mencionar que el tratamiento de los datos de la información obtenida se hizo a través del software Microsoft Excel®.

Los resultados obtenidos en el Coeficiente de razón de validez ajustado, indicaron que algunos ítems fueron aprobados al 100%, y en los ítems que se sugirió revisar claridad, coherencia y pertinencia quedaron a criterio de las investigadoras y la tutora. Del 100% de la población respondió de forma satisfactoria el 75,2%, permitiendo presentar una confiabilidad del 95% en los resultados, el valor obtenido del Alfa de Cronbach fue de 0,607 y se consideró un nivel bueno para la aplicación del instrumento de la investigación.

—RESULTADOS

Cuadro 1. Características académicas y laborales de los participantes.

| VARIABLE | FRECUENCIA | % |
|--|------------|-------|
| Nivel académico | | |
| Licenciado en Enfermería | 57 | 88,6 |
| T.S.U en Enfermería | 6 | 9,3 |
| Otro | 1 | 1,6 |
| Universidad de egreso | | |
| Universidad de Los Andes | 52 | 82,5 |
| Universidad Politécnica Territorial Kleiber Ramírez | 7 | 11,1 |
| Otra | 4 | 6,3 |
| Estudio especializado en el área | | |
| No | 24 | 36,7 |
| Diplomado de Instrumentación Quirúrgica | 40 | 63,3 |
| Área quirúrgica donde labora | | |
| Quirófano General | 35 | 54,6 |
| Sala de Parto | 25 | 39,06 |
| Cirugía Ambulatoria | 4 | 6,25 |
| Cargo que Desempeña en la Institución | | |
| Técnico I | 3 | 4,7 |
| Enfermero Profesional I | 15 | 23,4 |
| Enfermero Profesional II | 39 | 60,9 |
| Enfermero Profesional III | 6 | 9,3 |
| Enfermero Especialista Profesional II | 0 | 0 |
| Enfermero Especialista Profesional III | 1 | 1,6 |
| Años de servicio desempeñados en el área quirúrgica | | |
| 0-5 años | 19 | 32,2 |
| 6-10 años | 13 | 22 |
| 11-15 años | 13 | 22 |
| 16-20 años | 8 | 13,5 |
| 21-25 años | 2 | 3,3 |
| > 26 años | 4 | 6,6 |

Fuente: Cuestionario Roles de enfermería quirúrgica aplicado a la muestra IAHULA 2023.

En el cuadro 1, los resultados obtenidos reflejan que la mayoría de la población estuvo conformada por personal cuyo grado académico era licenciado en enfermería con un 88,6% y egresado de la Universidad de Los Andes un 82,5%. A su vez, se observó que este personal contaba con un estudio especializado, en su mayoría, un diplomado básico de instrumentación quirúrgica con un 63,3%. Se pudo apreciar que el personal no poseía estudios de cuarto nivel. El Quirófano General tuvo el mayor porcentaje de respuestas con un 54,6% de las mismas, seguido de Sala de Parto con 39,06% y Cirugía Ambulatoria con 6,25%. El mayor porcentaje correspondiente a los cargos desempeñados perteneció al Enfermero Profesional II con un 60,9%. En cuanto a los años de servicio la mayoría se encontraba entre los 0-5 años en un 32%, seguido de los grupos 6-10 años y 11-15 años con el 22% en cada uno.

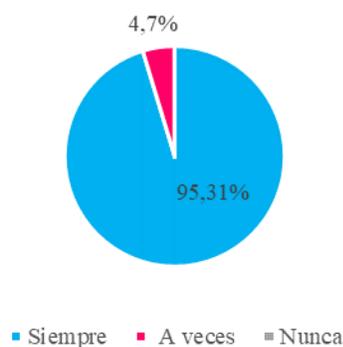


Gráfico 1. Considera usted ¿qué el personal de enfermería debe desempeñar sus roles quirúrgicos durante las tres fases del período perioperatorio (pre, trans y postoperatorio)?

Fuente: ídem.

En el gráfico 1 se observa que el 95,3% de la muestra encuestada consideraba que siempre el personal de enfermería debe desempeñar los roles quirúrgicos en las tres fases del perioperatorio.

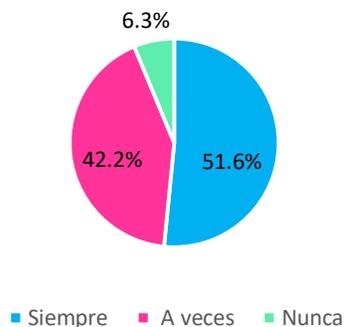


Gráfico 2. Considera usted ¿qué desempeñar el rol docente capacita a estudiantes y profesionales de salud para su participación en el campo laboral quirúrgico a futuro?

Fuente: ídem.

Se evidencia en el gráfico 2, que el 51,6% consideró que siempre desempeña el rol docente en el área quirúrgica mientras que un 42,2% respondió que solo a veces.

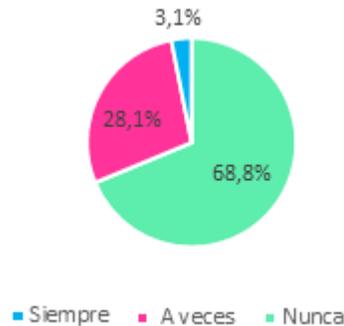


Gráfico 3. Considera usted ¿qué en el área donde labora se cumple el rol de enfermero anestesista?

Fuente: ídem.

En el gráfico 3, el 68,8% de la población indicó que en el área donde labora nunca se cumple con el rol del enfermero anestesista. Sin embargo, el 28,1% consideró que a veces y, un 3,1% expresó que siempre se cumple, correspondiente al personal del servicio de cirugía ambulatoria.

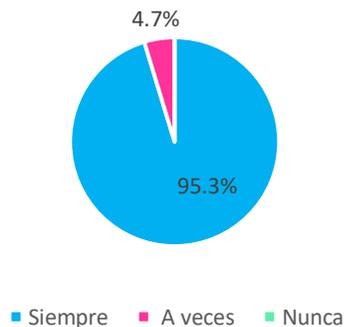


Gráfico 4. Considera usted ¿qué el rol de enfermero instrumentista debe estar basado en la conciencia quirúrgica de cada técnica y procedimiento a realizar?

Fuente: ídem.

En el gráfico 4, el 95,3% consideró que el rol del enfermero instrumentista siempre debe estar basado en la conciencia quirúrgica en cada técnica y procedimiento a realizar versus un 4,7% que expresó que solo a veces.



Gráfico 5. Considera usted ¿qué en cualquier intervención quirúrgica, sin importar la complejidad de la misma, podría ser omitido el rol del enfermero circulante?

Fuente: ídem.

En el gráfico 5, el 85,9% de la muestra encuestada consideró que nunca podría ser omitido el rol del enfermero circulante.

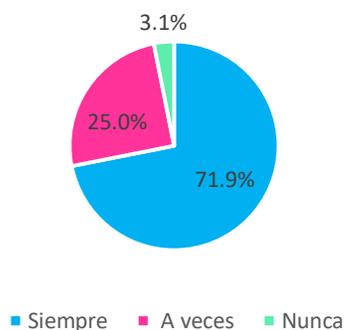


Gráfico 6. Considera usted ¿qué aplica protocolos de cuidado enfermero en el área quirúrgica?

Fuente: ídem.

En el gráfico 6, el 71,9% indicó que siempre aplica protocolos de cuidado; un 25,0% que solo a veces y un 3,1% que nunca los realiza.

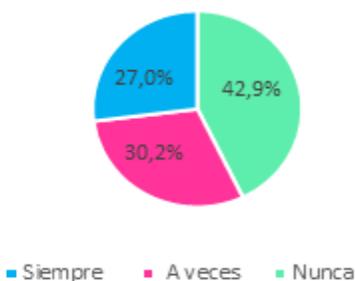


Gráfico 7. Considera usted ¿qué la asepsia y la antisepsia son procedimientos quirúrgicos que le competen netamente al cirujano?

Fuente: ídem.

En el gráfico 7, un 27% de la población estudiada expresó que la asepsia y antisepsia siempre es un procedimiento quirúrgico que compete netamente al cirujano; 30,2% consideró que a veces y 42,9% comentó que nunca es netamente responsabilidad del cirujano.

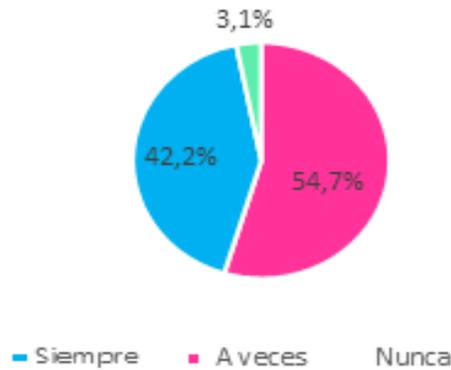


Gráfico 8. Considera usted ¿qué en el área donde labora se realiza el lavado de manos quirúrgico de forma correcta, es decir: ¿ascendentemente, con jabón antimicrobiano y en tres tiempos?

Fuente: idem.

En el gráfico 8, el 54,7% indicó que en el área donde labora a veces se realiza un lavado de manos quirúrgico de forma correcta; un 42,2% que siempre es realizado y un 3,1% que nunca se realiza de manera adecuada.

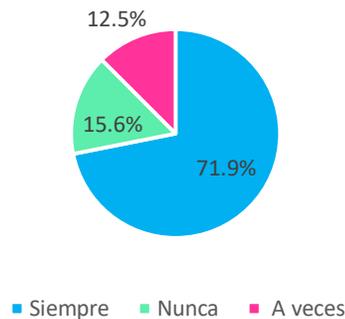


Gráfico 9. Considera usted ¿qué debe existir un instrumento de cotejo (leyenda) en cada caja de instrumental, que además permita identificar quién fue la última persona en utilizar dicha caja?

Fuente: idem.

En el gráfico 9, el 71,9% consideró que siempre debe existir un instrumento de cotejo en cada caja de instrumental. El 15,6% refirió que nunca y un 12,5% que a veces.



Gráfico 10. ¿Realiza usted la revisión de la historia clínica del usuario corroborando que se encuentre la evaluación clínica y el consentimiento informado del paciente previo a su ingreso a una intervención quirúrgica?

Fuente: ídem.

En el gráfico 10, el 40,6% respondió que siempre realiza la revisión de la historia clínica del usuario. Un 39,1% refirió que solo a veces y el 20,3% expresó que nunca.

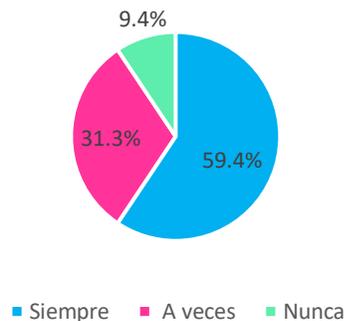


Gráfico 11. ¿Realiza usted la valoración del usuario en la Unidad de Cuidados Postanestésicos (UCPA) de acuerdo a las escalas de Aldrette (anestesia general), Bromage (anestesia regional), ASA (estado físico del paciente) y EVA (escala del dolor), entre otras, para la monitorización de su estado físico y de consciencia?

Fuente: ídem.

En el gráfico 11, el 59,4% indicó siempre realizar la valoración de los usuarios en la UCPA de acuerdo a las escalas, mientras que, el 31,3% comentó que a veces.

—DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos demostraron que la mayoría de la población estuvo conformada por personal cuyo grado académico era licenciado en enfermería, egresado de la Universidad de Los Andes. Gran parte del personal contaba con un estudio especializado en el área (diplomado), sin embargo, no poseían estudios de cuarto nivel, en su mayoría pertenecían al área de Quirófano General y eran Enfermeros Profesionales II. La mayor parte de la muestra se situó en un rango por

encima de 5 años de servicio en el área quirúrgica, indicando que en general, el personal de enfermería contaba con altos niveles de experiencia en el ámbito perioperatorio, desempeñando los roles quirúrgicos y primarios.

Con relación a las variables estudiadas para analizar el conocimiento del personal del área quirúrgica sobre los roles de enfermería y los roles quirúrgicos se determinó que dicha población sí poseía conocimientos acerca de las funciones que debía cumplir y a su vez comprendía la relación entre los roles de enfermería básicos, los quirúrgicos y como estos rigen su quehacer diario. Tal fue el caso donde la mitad de la muestra encuestada refirió participar activamente en la capacitación de estudiantes y profesionales en el campo laboral quirúrgico, sin embargo, también se registró que los roles docentes y el investigativo se cumplían en menor medida que los demás roles. Es sabido que, ambos roles deben desempeñarse en cualquier área y procedimiento quirúrgico de acuerdo con lo expuesto por Pinargote, et al³.

Las cualidades de liderazgo y supervisión son indispensables para el buen funcionamiento del área, para poder ejercer el rol administrativo/gerencial formando ambas partes del quehacer diario en el área quirúrgica⁴. Con respecto al rol del enfermero anestesista, se determinó que tanto en Quirófano General como en Sala de Parto no se cumplía, y que, en Cirugía Ambulatoria, sí. Este rol debe ser llevado a cabo en todas las áreas, ya que según las respuestas obtenidas el personal maneja los conocimientos de los principios básicos de la anestesia y este engloba todos los aspectos necesarios para un correcto y buen funcionamiento del proceso anestésico⁴.

En concordancia con el rol del enfermero circulante, en su mayoría expresó que nunca puede ser omitida esta función. Sin embargo, un porcentaje relevante indicó que a veces pudiese faltar. Se resalta, según otras investigaciones⁴, que éste es parte indispensable del equipo quirúrgico, por lo cual su presencia en cualquier procedimiento, sin importar su complejidad, es absolutamente necesario, como lo es el rol del enfermero instrumentista, notándose la comprensión del mismo a través del conocimiento sobre los protocolos y procedimientos en la población encuestada.

En cuanto a las variables de la práctica de los roles quirúrgicos de enfermería con la aplicación de los protocolos y procedimientos en el área perioperatoria, el personal de enfermería refiere en su mayoría aplicar protocolos de cuidado enfermero en el área quirúrgica, sin embargo, al analizar los resultados se pudo observar que existe discrepancia en varios de los mismos, como lo son el protocolo de asepsia y antisepsia, de posicionamiento del usuario, los principios básicos de la anestesia, el lavado de manos quirúrgico, cotejo de instrumental (leyenda), revisión de la historia clínica y valoración del usuario en la UCPA, ya que, en todos estos, un porcentaje relevante del personal refirió no cumplir siempre con los mismos de forma adecuada.

En los antecedentes utilizados en esta investigación se consiguieron semejanzas y puntos claves con lo descrito por algunos autores⁸, donde mencionan que los enfermeros con menos de un año de servicio poseen menos competencias que los enfermeros con más de 7 años en el área, por lo cual concluyeron que mientras más bajo el nivel de las competencias enfermeras más altas son las necesidades de una educación práctica; esto se relaciona con el trabajo presente ya que efectivamente, pareciera existir una relación entre el conocimiento sobre los protocolos y procedimientos y los años de servicio en un área quirúrgica, siendo favorable para la población con

más de 5 años en el área. Es por esto que existe una “necesidad de dotar a las enfermeras con mayor formación y competencias para una mejora en la atención sanitaria”⁹; al observar que hay cierto grado de indecisión con respecto a qué protocolos y procedimientos corresponden al personal de enfermería, se hace importante el impartir conocimientos sobre los mismos a los enfermeros de las áreas quirúrgicas.

El profesional de enfermería asume diferentes roles en el sistema de salud mediante los cuales brinda cuidados a la comunidad y sus individuos, incidiendo en las políticas de salud, con su liderazgo y conocimientos¹⁰. En este estudio se evidenció que los roles de enfermería y los quirúrgicos muchas veces se entrelazan entre sí, no pudiendo desligarse el uno del otro. El personal de enfermería de las áreas quirúrgicas debe poseer habilidades y destrezas basadas en el conocimiento, la experiencia y actitudes para poder cumplir con los mismos. Las investigadoras se muestran de acuerdo en que los protocolos y procedimientos de enfermería están encaminados a proporcionar cuidados humanísticos, permitiendo ser herramientas centradas en la mejoría del paciente de forma razonada y lógica¹¹.

Con respecto a la metodología utilizada, este estudio cuantitativo, de tipo descriptivo y con corte transversal evidenció resultados similares con respecto a los datos académicos y laborales tomados por otros autores^{10,12}, donde las competencias laborales en enfermería permiten disminuir inequidades, la formación es fundamental no solamente para el cuidado sino también para la fuerza laboral, que el personal de enfermería asume una serie de roles a través de los cuales brinda cuidado individualizado, comunitario y que representen el futuro de la profesión, por lo que, dotar a las enfermeras con mayor formación y competencias no solo mejora la asistencia sanitaria sino también el costo del mismo.

Se asienta en este caso, que el haber determinado el conocimiento con respecto a los protocolos de cuidado permitió relacionar de manera adecuada tanto los roles de enfermería como los quirúrgicos, comprendiéndolos como un solo gran conjunto. Es fundamental para el futuro desarrollo de la enfermería perioperatoria que el personal tenga presente las funciones primarias (asistencial, docente, investigativo y administrativo) dentro de sus actividades quirúrgicas (instrumentista, circulante, recuperador, líder, anestesista, entre otros), realizando la correlación pertinente para poder brindar bienestar y seguridad al usuario quirúrgico a través de los protocolos de cuidado en esta área en específico.

—CONCLUSIÓN

Los roles de enfermería quirúrgica fueron determinados con respecto al conocimiento del personal encuestado, existiendo una relación entre la práctica diaria de las funciones quirúrgicas con la aplicación de los procedimientos específicos del área. Todas las actividades se vieron fundamentadas en los cuidados estandarizados que se ofrecieron al usuario, por lo cual, la comprensión y el cumplimiento adecuado de los mismos resulta indispensable para el buen funcionamiento del área quirúrgica. La mayoría del personal estudiado refirió emplear los protocolos de forma correcta; sin embargo, existió un porcentaje significativo que generó discrepancia en los resultados, posiblemente, por desconocimiento de los mismos, lo que dificultó que la aplicación de los mismos no se cumpliera en su totalidad.

— REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Enfermería. [Internet]. 2020 [consultado: 2 de mayo 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermeria>
2. European School Health Education (ESHE). ¿En qué consiste la enfermería médico quirúrgica? [Internet]. 2020 [consultado: 27 de junio 2023]. Disponible en: <https://www.esheformacion.com/blog/16/en-que-consiste-la-enfermeria-medico-quirurgica>
3. Pinargote R, Villegas M, Castillo Y, Merino M, Alonso G, Jaime N, et al. Fundamentos teóricos y prácticos de enfermería. [Internet]. Ecuador: Mawil Publicaciones Impresas y Digitales; 2018 [consultado: 8 de mayo 2023]. Disponible en <https://mawil.us/wp-content/uploads/2021/04/fundamentos-teoricos-y-practicos-de-enfermeria.pdf>
4. Basozabal B, Durán M. Manual de Enfermería Quirúrgica. [Internet]. España: Hospital de Galdakao; 2003 [consultado: 4 de mayo 2023]. Disponible en: https://www.fundacionsigno.com/bazar/1/HGaldakaomanual_de_enfermeria_quirurgica.pdf
5. Arias G. El proyecto de investigación: Introducción a la Metodología Científica. 6a ed. Caracas: EPISTEME; 2012.
6. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 6a ed. México D.F.: McGraw Hill; 2014.
7. Tristán A. Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Avances en medición*, 6(1):37-48; 2008.
8. Jung J, Kim H, Kim J. Comparison of Nursing Performance Competencies and Practical Education Needs Based on Clinical: A Cross-Sectional Study. *Healthcare*. [Internet]. 2020 [consultado: 8 de mayo 2023]. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9032/8/2/136>
9. Archundia A. Cirugía I, Educación Quirúrgica. 4a ed. México: McGraw Hill; 2011.
10. Mazacón N, Paliz C, Caicedo A. Las competencias profesionales de la enfermería y su efecto en la labor profesional. *UNIVERSIDAD, CIENCIA y TECNOLOGÍA*. [Internet]. 2020 [consultado: 6 de mayo 2023]. 24(105):72-78. Disponible en: <https://uctunexpo.autanabooks.com/index.php/uct/article/download/383/798/>
11. Goyes E, Lavayen S. Rol de enfermería en la seguridad y calidad del cuidado del paciente en área quirúrgica. [Trabajo de Grado]. Ecuador: Universidad Estatal de Milagro, 2019. [consultado: 9 de mayo 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/4548/3/2.%20ROL%20DE%20ENFERMERIA%20EN%20LA%20SEGURIDAD%20Y%20CALIDAD%20DEL%20CUIDADO%20DEL%20PACIENTE%20EN%20C3%81REA%20QUIR%20C3%9ARGICA.pdf>
12. Hernández-Romero L, Romero-Quechol G, Zamudio-Costeño L, Olea-Martínez M. Competencia clínica del personal de enfermería para la prevención de infección del sitio quirúrgico. *Rev de Enf del Inst Mex del Seg Soc*. [Internet]. 2019 [consultado: 1 de junio 2023]; 27(1):4-13. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-996118>



ISSNe 2542-3444

VOLUMEN

11

Número I (2024)

Recibido: 20/7/2023 Aceptado: 12/4/24 DOI: <https://doi.org/10.53766/EHI/2024.11.01.04>

CASO CLÍNICO

Caso clínico quirúrgico: cesárea segmentaria

Surgical case: segmental cesarean section

Maryuri Yamileth Duarte García (Lcda.)¹

María Gregoria Vega (Dra.)²

¹Licenciada en Enfermería, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida – Venezuela. Enfermera II, Emergencia Adulto del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA), Mérida – Venezuela. Diplomada en Instrumentación Quirúrgica (ULA). ORCID: 0009-0006-0145-2932.

²Licenciada en Enfermería (ULA). Especialista en Servicios Asistenciales de Salud, Universidad Católica Andrés Bello (UCAB), Caracas. Master en Educación, Caribbean International University (CIU), Curazao. Doctora en Educación, Universidad Nacional Experimental Rafael María Baralt (UNERMB), Trujillo. Docente, ULA.

Correo electrónico: gory26121991@gmail.com ORCID: 0000-0001-7031-8557

RESUMEN

La cesárea es una intervención quirúrgica que se realiza para extraer al bebé y la placenta del útero materno por imposibilidad de un parto vaginal. El objetivo del presente artículo científico fue aplicar el proceso enfermero durante el postoperatorio inmediato a una paciente de 16 años de edad, primigesta, post cesárea segmentaria con diagnóstico médico de preeclampsia que no es más que, un síndrome gestacional que se conoce como una disfunción endotelial que provoca la manifestación clínica de elevadas cifras tensionales durante el último trimestre de la gestación. Se realizó la valoración de patrones funcionales de Marjorie Gordon y la valoración física de manera sistémica, la cual permitió la recolección de datos subjetivos y objetivos, logrando así la identificación de problemas de salud existentes, encontrándose en la complicación de la gestante desarrollada en el postoperatorio, una Amaurosis secundaria a su diagnóstico médico de ingreso, tomado este para la elaboración de planes de cuidado de enfermería individualizado que permitió cubrir las necesidades y problemas de salud de la paciente estudiada en la práctica desarrollada en el Diplomado de Instrumentación Quirúrgica de la Universidad de Los Andes, Mérida-Venezuela.

Palabras clave: cesárea segmentaria, cirugía, preeclampsia, eclampsia, amaurosis, cuidado, técnica, instrumentación, riesgo, embarazo, Enfermería.

ABSTRACT

Cesarean section is a surgical procedure that is performed to remove the baby and placenta from the mother's uterus due to the impossibility of a vaginal delivery. The objective of this scientific article was to apply the nursing process during the immediate postoperative period to a 16-year-old patient, first-timed, post-segmental cesarean section with a medical diagnosis of preeclampsia, which is nothing more than a gestational syndrome known as an endothelial dysfunction that causes the clinical manifestation of high blood pressure levels during the last trimester of gestation. The assessment of Marjorie Gordon's functional patterns and the physical assessment in a systemic manner were carried out, which allowed the collection of subjective and objective data, thus achieving the identification of existing health problems, finding in the complication of the pregnant woman developed in the postoperative period, an Amaurosis secondary to her medical diagnosis on admission. This was taken for the development of individualized nursing care plans that allowed to cover the needs and health problems of the patient studied in the practice developed in the Diploma of Surgical Instrumentation of the Universidad de Los Andes, Mérida-Venezuela.

Key words: segmental cesarean section, surgery, preeclampsia, eclampsia, amaurosis, care, technique, instrumentation, risk, pregnancy, Nursing.

— INTRODUCCIÓN

La cesárea es la intervención quirúrgica obstétrica más frecuente en la mayoría de los países a pesar de que su morbilidad es mayor que la del parto normal, la técnica quirúrgica más utilizada es conocida como Pfannenstiel-Kerr por el tipo de incisión de la laparotomía y a nivel del segmento uterino, con el fin de extraer el feto, la placenta y los anexos, que se ha mantenido durante muchas décadas¹.

Nuevos estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS)², ha evidenciado que el uso de cesáreas continúa aumentando a nivel mundial y, de hecho, ahora representa más de 1 de cada 5 de todos los partos (21%). En tal sentido, se espera que este número continúe aumentando durante la próxima década, y es probable que casi un tercio (29%) de todos los nacimientos se produzca por cesárea para el 2030.

Durante el periodo de gestación el organismo de la mujer experimenta una serie de variaciones fisiológicas, a todos los niveles, que tienen la finalidad de adaptarse y dar respuesta a la formación de un nuevo ser humano en el útero; ocurren gradualmente a lo largo de todo el embarazo y van desde los cambios cardiovasculares, digestivos, pulmonares, hematológicos, endocrinos hasta los distintos síntomas, signos y alteraciones de los estudios paraclínicos, los cuales terminan por revertirse de manera paulatina durante el puerperio; el médico tratante debe estar involucrado desde un inicio, para que pueda realizar una oportuna identificación de las alteraciones que pueden representar estados patológicos que resultan una amenaza para el bienestar materno y fetal³.

Entre las complicaciones potenciales del embarazo se hace mención de la hipertensión gestacional, diabetes gestacional, infecciones, preeclampsia, trabajo de parto prematuro, depresión, ansiedad, pérdida del embarazo o aborto espontáneo, mortinatalidad y algunas otras complicaciones. Tal es el caso del paciente objeto de estudio, la cual desarrolló preeclampsia y eclampsia en el último trimestre de gestación.

La preeclampsia/eclampsia es una enfermedad específica del embarazo caracterizada por hipertensión (presión arterial mayor de 140/90 mmHg) y proteinuria (> 300 mg en 24 horas), ocurre después de la semana 20 de gestación en una paciente previamente normotensa y, en el caso de eclampsia la presencia de crisis convulsivas (sin entidad nosológica conocida) y/o pérdida súbita del estado de consciencia⁴.

Este síndrome se caracteriza por una disfunción endotelial sistémica, incremento en la respuesta vascular periférica y agregación plaquetaria con daño multiorgánico potencial que incluye al sistema nervioso central (encefalopatía hipertensiva), generando los síntomas y signos neurológicos que son comunes a eclampsia y Síndrome de Encefalopatía Posterior Reversible (SEPR) o amaurosis; definida esta, como la pérdida temporal de la visión en uno o ambos ojos, debido a la ausencia de circulación de sangre a la retina y se explica por dos mecanismos

patogénicos no excluyentes, la encefalopatía hipertensiva y la disfunción endotelial que se correlacionan con la fisiopatología del síndrome de preeclampsia/ eclampsia. Dicha encefalopatía está relacionada con la fuga capilar que lo caracteriza y es valorado por tomografía computarizada, la cual revelara zonas hipodensas^{5,6}.

En tal sentido, el objetivo del presente artículo científico es aplicar el proceso enfermero durante el periodo postoperatorio inmediato en una paciente obstétrica, como requisito en las prácticas del Diplomado de Instrumentación Quirúrgica que dicta la Universidad de Los Andes (ULA).

—CASO CLÍNICO QUIRÚRGICO

1. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Ingresa paciente femenino de 16 años de edad al servicio de Gineco-obstetricia del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) por presentar cefalea intensa y cifras tensionales elevadas, quien refiere embarazo de 39 semanas de gestación por fecha de última regla (FUR). A la valoración se decide su ingreso con los siguientes diagnósticos médicos: Trastornos hipertensivos del embarazo: Preeclampsia con signos de severidad complicados con eclampsia, Infección del tracto urinario germen a determinar y Hipoalbuminemia moderada 2.84 g/dl.

Posterior a la realización del acto quirúrgico de cesárea segmentaria, es trasladada al área de Emergencia Adulto/Trauma Shock por presentar una Amaurosis transitoria como complicación en el postparto, con diagnóstico médico: Puerperio quirúrgico de cesárea segmentaria, Infección del tracto urinario germen a determinar, Hipoalbuminemia moderada 2.84 g/dl. A la entrevista, niega antecedentes familiares, madre y padre vivos, aparentemente sanos. Sin antecedentes personales; antecedentes ginecobstétricos: menarquía a los 13 años, sinarquía a los 15 años, una pareja sexual, niega uso de métodos anticonceptivos, abortos o embarazos anteriores, mal control prenatal, solo se realizó 2 ecos abdominales. Antecedentes quirúrgicos, cesárea segmentaria sin complicación quirúrgica. Niega hábitos psicosociales.

Al examen físico se encuentra neurológicamente orientada en persona, desorientada en tiempo y espacio, responde al llamado, pupilas isocóricas, reactivas a la luz. A nivel respiratorio, tórax simétrico, normo expansible, murmullo vesicular audible (MsVsAs), sin agregados patológicos, ventilando espontáneamente sin soporte de O₂ con saturación capilar de O₂ de 94%, mamas pequeñas, simétricas, turgentes, pezón conservado, escasa secreción tipo calostro. A nivel hemodinámico se encuentra bajo monitoreo cardiaco no invasivo, en ritmo sinusal, normocárdico, hipertensión arterial evidenciando cifras tensionales de 149/90 mmHg y una presión arterial media de 110 mmHg, frecuencia cardiaca de 95 latidos por minuto, acceso venoso periférico en miembro superior derecho recibiendo tratamiento farmacológico indicado. A nivel gastrointestinal, ruidos hidroaéreos presentes (RsHsPs), abdomen blando, depresible a la palpación, sin dolor, recibiendo dieta líquida clara a tolerancia, sin presencia de evacuaciones, útero tónico, infraumbilical, se evidencia herida quirúrgica tipo Pfannestiel, cubierta, limpia y seca. A nivel genitourinario,

genitales femeninos normoconfigurados, presencia de loquios hemáticos escasos, sonda vesical tipo Foley # 16 conectada a recolector de orina de color amarillo oscuro; gasto urinario de 1,9 cc/kg/hr. A nivel tegumentario, extremidades móviles y simétricas, sin presencia de edema, piel hidratada y leve palidez cutánea.

Entre los paraclínicos realizados, se encontró en la hematología completa: Hemoglobina: 11.2 g/dl, Hematocrito: 34.5 gr. Glóbulos blancos: 11.5×10^3 /Ul, Segmentos neutrófilos: 76%, Linfocitos 24%, Plaquetas: 302×10^3 /Ul. Química sanguínea: Glicemia basal: 105 mg/dl, Urea: 17.15 mg/dl, Creatinina: 1.04 mg/dl, Ácido úrico: 5.25 mg/dl, Proteínas totales: 5,21 g/dl, Albúmina: 2.84g/dl, Globulina: 2.37 g/dl. Relación: 1.20 g/dl. Serología: Anticore: negativo, HIV: negativo, VDRL: no reactivo. Uroanálisis: amarillo, suigéneris, turbio, PH: 5.5, Densidad: 1020, Leucocitos: positivo (+), Sangre: positivo (++) , Proteinuria: positivo (+), Leucocitos: 8-10 x/c, Eritrocitos: 10-12 x/c, Células epiteliales: 2-4 x/c, Bacterias: moderadas. A su vez, recibía como tratamiento farmacológico: Sulfato de Magnesio 1g, Gluconato de Calcio 10%, Ceftriaxona 1g, Nifedipino 20mg, Carvedilol 6.25mg, Losartán 50mg y Ácido Tranexámico 500mg.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

A la valoración de enfermería, se pudo identificar las siguientes etiquetas diagnósticas según la *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*⁷.

1. (00204) Perfusión tisular periférica ineficaz.
2. (00146) Ansiedad.
3. (00046) Deterioro de la integridad cutánea.
4. (00132) Dolor agudo.
5. (00126) Conocimientos deficientes.
6. (00004) Riesgo de infección.
7. (00206) Riesgo de sangrado.
8. (00085) Deterioro de la movilidad física.
9. (00201) Perfusión ineficaz del tejido cerebral.
10. (00209) Riesgo de alteración de la diada materno-fetal.
11. (00155) Riesgo de caída.
12. (00026) Exceso del volumen de líquidos.
13. (00015) Riesgo de estreñimiento.
14. (00106) Preparación para una mejor lactancia materna.
15. (00198) Patrón de sueño perturbado.
16. (00164) Disponibilidad para mejorar la crianza de los hijos.
17. (00208) Disponibilidad para mejorar el proceso de maternidad.

2. FASE PERIOPERATORIA

2.1 Preoperatorio

Es el periodo en el cual, el enfermo se prepara para un acto quirúrgico⁸. En esta fase se dispuso de todo lo necesario de la paciente como historia clínica, la administración de

CASO CLÍNICO QUIRÚRGICO: CESÁCERA SEGMENTARIA

medicamentos preanestésicos, asepsia, preparación vaginal y tricotomía. A la valoración física la paciente presenta cifras tensionales de 140/90 mmHg, FC: 94 lpm, SatO₂ de 98%, con presencia de vía periférica (catéter venoso # 18) en miembro superior derecho por donde recibe hidratación de solución fisiológica 0.9%; Ondasetron 4mg, Dexametasona 8mg, Ácido Tranexámico 1gr. Se procede a la inducción por parte del anestesiólogo con anestesia conductiva, raquídea o subaracnoidea. Se realiza la colocación de sonda vesical de Foley # 16, conectada a recolector de orina.

Cuadro 1. Técnica utilizada antes de los procedimientos propiamente dichos de la cirugía.

| Técnica | Descripción precisa |
|---|---|
| Lavado de manos quirúrgico | Antiséptico Soluhex. |
| Secado de las manos | Compresas absorbentes estériles. |
| Vestimenta para la instrumentista y colocación de guantes | Técnica cerrada. |
| Preparación de las mesas quirúrgicas | Mesa circular, mesa de mayo, mesa para asepsia. |
| Conteo de material | Gasas y compresas con medio de contraste, suturas, hojillas de bisturí, solución 0,9%, solución jabonosa, jeringas, guantes. |
| Vestimenta para el cirujano | Técnica abierta. |
| Posición elegida y sujeción del paciente | Decúbito supino. |
| Anestesia | Conductiva, raquídea o subaracnoidea. |
| Preparación del campo quirúrgico del paciente | Se practica antisepsia con yodopovidona solución a nivel del abdomen, vagina y cara interna de ambas piernas, se coloca sonda de Foley # 16 conectada a recolector de orina. Se procede a la colocación convencional de los campos que se fijan con pinzas de campo o Backhaus. |

Fuente: elaborado por las autoras, siguiendo la normativa del formato para publicar casos clínicos quirúrgicos⁹.

2.2 Transoperatorio

Comprende desde que el paciente ingresa a la sala de cirugía hasta que se traslada a la sala de recuperación⁸. Durante esta etapa se incluyó la administración de la anestesia y la realización de la cirugía de cesárea segmentaria, se coloca al paciente en posición de decúbito supino y a partir de ese momento se realizaron las siguientes intervenciones de la enfermera instrumentista y circulante conjuntamente con los cirujanos del área de Ginecología (cuadro 2).

Cuadro 2. Orden secuencial de los tiempos del abordaje del procedimiento quirúrgico: cesárea segmentaria.

| Paso N° | Procedimiento | Instrumentos y material | Suturas |
|---------|--|--|---------|
| 1 | Incisión de la piel: consiste en una incisión transversal de tipo Pfannenstiel a nivel abdominal 2 cm por encima de la sínfisis púbica. | Mango de bisturí # 4 Hojilla de bisturí # 20 Pinza de Disección con diente | |
| 2 | Incisión de tejido celular subcutáneo hasta llegar a la aponeurosis: se realiza | Lápiz electrobisturí Pinza Kocher | |

| | | | |
|----|---|--|--|
| | mediante disección roma (dedos) ya que acorta el tiempo quirúrgico. | Tijera de Metzenbaum Tijera de mayo curva Separador dinámico de Farabeuf | |
| 3 | Incisión sobre la fascia y ampliación lateral. | Bisturí frío Lápiz electrobisturí Pinza Kocher Tijera de Metzenbaum Separador Farabeuf | |
| 4 | Apertura y disección del plano muscular de los músculos rectos de manera digital hasta visualizar peritoneo. | Lápiz electrobisturí Tijera de Metzenbaum | |
| 5 | Disección de peritoneo de manera digital. | Tijera de Metzenbaum Crille curvo Disección s/d | |
| 6 | Una vez se llega a visualizar el útero, se realiza el rechazo de plica vesical para evitar manipulación y lesión. | Mango de bisturí # 4 Hojilla de bisturí # 20 Valva Doyen Cánula de Yankauer | |
| 7 | Histerotomía segmentaria transversa en la mayoría de casos: se realiza sobre el segmento uterino y ampliándose lateralmente con los dedos, en forma de sonrisa. | Mango de bisturí # 4 Hojilla de bisturí # 20 Crille curvo Cánula Yankauer | |
| 8 | Extracción fetal: se introduce la mano en búsqueda de la cabeza para elevar y flexionarla hasta la incisión. Después, con ayuda de presión fúndica, se extrae el hombro anterior y después el posterior. | Compresas Pinza de Kelly recta Tijera de mayo recta o tijera de Episiotomía | |
| 9 | Alumbramiento: se realiza presionando el útero para ayudarse a la extracción placentaria y se valora los cotiledones, complejos. | Pinza Forester fenestrada curvas y rectas Riñonera o Jofaina Cánula Yankauer Gasas RX, compresas | |
| 10 | Histerorrafia: se colocan pinzas referencias en cada ángulo de la incisión para localizar los ángulos y se sutura de manera continua toda la incisión. | Pinza Crille recta Pinza de Disección s/d Porta agujas Mayo- Hegar Tijera de mayo recta. | Crómico 1 con aguja (c/a) CT Crómico 1 c/a CT-1 |
| 11 | Limpiar correderas: se limpian los ligamentos, se verifica que no haya sangrado y el estado de las asas intestinales. | Compresas Gasas RX montada en pinza de Foerster fenestrada recta Pinza de Foerster recta sin fenestraciones Colocación de campos estériles | |
| 12 | Conteo de material e instrumental | Cuenta completa | |
| 13 | Cierre por planos: sutura y verificación de hemostasia. | Lápiz electrobisturí Compresa Portaagujas Mayo- Hegar Pinza de Disección c/d Tijera de Mayo. Peritoneo visceral Peritoneo parietal | Crómico 2-0 Crómico 3-0 |

CASO CLÍNICO QUIRÚRGICO: CESÁCERA SEGMENTARIA

| | | | |
|----|-----------------|---|---|
| | | Músculo Fascia de aponeurosis Tejido celular subcutáneo Piel | Crómico 2-0 Vicryl 1 Simple 2-0 Nailon 3-0 |
| 14 | Cura quirúrgica | Alcohol Apósito de cura | |

Fuente: elaborado por las autoras, siguiendo la normativa del formato para publicar casos clínicos quirúrgicos⁹.

Instrumental utilizado

- **Instrumental básico:** caja de cesárea.

Cuadro 3. Instrumental específico.

| Instrumento | Nombre científico | Uso en la cirugía | Imagen |
|----------------------------------|--|---|--|
| Valva Doyen | Doyen | Separador o retractor de la pared abdominal y pelvis. |  https://instrumentalia.com.co/img/ybc_blog/post/valva.JPG |
| Separador de Richardson | Richardson | Retracción de los bordes de una herida. |  https://booksmedicos.org |
| Cánula de aspiración de Yankauer | Yankauer | Evacuar tejidos, sangre y otros desechos del sitio quirúrgico. |  https://booksmedicos.org |
| Pinza portaesponja | Pinza de Foerster fenestrada, de Fletcher o de anillos | Pinza hemostática y como mango de una esponja para retirar el contenido uterino limpiar las correderas retroperitoneales. |  https://booksmedicos.org |

Fuente: elaborado por las autoras, siguiendo la normativa del formato para publicar casos clínicos quirúrgicos⁹.

Cuadro 4. Misceláneos o material médico quirúrgico especial.

| Material médico quirúrgico | Uso en la cirugía | Imagen |
|--|---|--|
| Gasas con medio de contraste o RX | Ejercer compresión y ayudar a detener sangrados, protección de heridas o lesiones, absorción de líquidos y secreciones. |  Fuente: propia. |
| Clamp umbilical o pinza para cordón umbilical. | Pinzar el cordón umbilical del neonato, el cordón permanece unido al bebé, después de la separación de la placenta. |  https://booksmedicos.org |

Fuente: elaborado por las autoras, siguiendo la normativa del formato para publicar casos clínicos quirúrgicos⁹.

2.3 Postoperatorio

Una vez terminado el acto quirúrgico y su recuperación inmediata, la paciente es trasladada al servicio de hospitalización, este periodo comprende el tiempo que transcurre desde su llegada de recuperación a su habitación hasta que el paciente deja el hospital⁸. Esta etapa puede ser variable y su tiempo está relacionado con la complejidad de la cirugía, el cuidado proporcionado por el profesional de enfermería es de gran importancia, ya que este periodo es un momento crítico para la mujer, por lo tanto, enfermería debe priorizar el cuidado a la púérpera y al neonato, ejerciendo mayor vigilancia, educación y control; así mismo, involucrando a la familia en el binomio de madre e hijo. A la valoración física se observa cura limpia y seca a nivel abdominal, paciente orientada en persona, desorientada en tiempo y espacio, hemodinámicamente inestable por presencia de cifras tensionales elevadas, bajo monitorización de signos vitales. Se le brindan los cuidados postanestésicos, aplicación de escalas postsedación, escala de Bromage con 33% y escala de Eva 8 puntos al interrogatorio. Se le brindan cuidados propios de enfermería, priorizando las intervenciones y acciones de los siguientes planes de cuidado (cuadro 5, 6 y 7).

PLANES DE CUIDADO

Cuadro 5. Plan de cuidado con DxE Focalizado en el problema.

| Dominio 4: actividad / descanso. Clase 4: respuestas cardiovasculares / pulmonares. DxE: (00204) Perfusión tisular periférica ineficaz R/C hipertensión arterial E/P cifras tensionales elevadas. | | | |
|---|---|-----------|--------------------------------|
| Resultado esperado (NOC) | Intervenciones de Enfermería (NIC) | Ejecución | Evaluación |
| (0407) Perfusión tisular: periférica | (4150) Regulación hemodinámica -Monitorizar los efectos de la medicación. -Observar los pulsos periféricos, el relleno capilar y la temperatura y el color de las extremidades. -Monitorizar presión arterial. -Evaluar los niveles de electrolitos en sangre. | C | RH: En vía de cambio |
| (0602) Hidratación | | C | |
| | | C | FR: Se mantiene |
| | | C | |

CASO CLÍNICO QUIRÚRGICO: CESÁCERA SEGMENTARIA

| | | | |
|--|---|----|--------------------------|
| | -Mantener el equilibrio de líquidos administrando líquidos IV o diuréticos, según el caso. | C | IE: Apropiadas |
| | -Administrar fármacos vasodilatadores o vasoconstrictores, si es preciso. | C | |
| | -Evaluar los efectos de la fluidoterapia. | C | |
| | -Minimizar los factores ambientales estresantes. | EP | |
| | (4120) Manejo de líquidos | | |
| | -Realizar un registro preciso de ingresos y egresos. | C | |
| | -Realizar sondaje vesical, si es preciso. | C | |
| | -Controlar los resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos (aumento de la gravedad específica, aumento del BUN, disminución del hematocrito y aumento de la osmolalidad urinaria). | C | |

Fuente: elaborado por las autoras, siguiendo la Taxonomía NANDA⁷, NOC¹⁰ y NIC¹¹.

Lectura: DxE: Diagnóstico de Enfermería; Código de Ejecución: C= Cumplido, P= Pendiente, EP= En Proceso; Código de Evaluación: RH= Respuesta Humana. FR= Factor Relacionado. IE= Intervenciones de Enfermería.

Cuadro 6. Plan de cuidado con DxE de Riesgo.

| Dominio 8: sexualidad. Clase 3: reproducción. DxE: (00209) Riesgo de alteración de la diada materno-fetal R/C transporte de oxígeno fetal comprometido (hipertensión arterial). | | | |
|---|---|--|--|
| Resultado esperado (NOC) | Intervenciones de Enfermería (NIC) | Ejecución | Evaluación |
| (0112) Estado fetal: durante el parto | (6800) Cuidados del embarazo de alto riesgo -Determinar la presencia de factores médicos relacionados con malos resultados del embarazo (hipertensión). -Revisar el historial obstétrico para ver si hay factores de riesgo relacionados con el embarazo (preeclampsia, antecedentes familiares). -Reconocer los factores demográficos y sociales relacionados con malos resultados del embarazo (edad materna, raza, pobreza, cuidados prenatales tardíos o inexistentes) -Determinar el conocimiento de la paciente de los factores de riesgo identificados. -Monitorización de signos vitales. -Fomentar la expresión de sentimientos y miedos acerca de cambios del estilo de vida, bienestar fetal, cambios económicos, funcionamiento familiar y seguridad personal. -Instruir a la paciente sobre el uso de fármacos prescritos (antihipertensivos, antibióticos, anticoagulantes) | C C C C C C | RH: No progresa FR: Abolido IE: Apropiadas |

Fuente: elaborado por las autoras, siguiendo la Taxonomía NANDA⁷, NOC¹⁰ y NIC¹¹.

Lectura: DxE: Diagnóstico de Enfermería; Código de Ejecución: C= Cumplido, P= Pendiente, EP= En Proceso; Código de Evaluación: RH= Respuesta Humana. FR= Factor Relacionado. IE= Intervenciones de Enfermería.

Cuadro 7. Plan de cuidado. Modelo bifocal.

| Dominio 4: actividad / descanso. Clase 4: respuestas cardiovasculares / pulmonares. DxE: (00201) Perfusión ineficaz del tejido cerebral S/A amaurosis transitoria. | | | |
|---|--|---|--|
| CP: Pérdida temporal de la visión | | | |
| Resultado esperado (NOC) | Intervenciones de Enfermería (NIC) | Fundamentación Científica | Evaluación |
| (0909) Estado neurológico. (0406) Perfusión tisular: cerebral. | <p>(2620) Monitorización neurológica</p> <ul style="list-style-type: none"> -Evaluar el tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas. -Analizar la memoria reciente, nivel de atención, memoria pasada, estado de ánimo, afecto y conductas. -Observar si hay trastornos visuales: diplopía, nistagmo, escotomas visuales, visión borrosa y agudeza visual. -Evaluar según la Escala de Coma de Glasgow. -Valorar si el paciente refiere cefalea. <p>(6680) Monitorización de los signos vitales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio. | <ul style="list-style-type: none"> -Una adecuada evaluación neurológica permite obtener información objetiva, sobre el estado de salud de la paciente, aún más que cualquier otro método de diagnóstico paraclínico. -Con la finalidad de valorar el nivel de conciencia de la paciente. -Permite determinar si existe la posibilidad de causar peligro para la vida del paciente o complicar la patología. -Monitorear el estado hemodinámico de la paciente permitirá prevenir otras variantes del trastorno como el síndrome de HELLP. -Es un indicador de estrés emocional o físico. -Denotan la actividad del encéfalo-médula espinal y dan indicios sobre la causa de complicaciones. | La paciente evoluciona de manera satisfactoria, tras las intervenciones interdisciplinarias, logrando mantener una perfusión cerebral adecuada, y posterior a esto, la recuperación completa de la visión en ambos ojos. |

Fuente: elaborado por las autoras, siguiendo la Taxonomía NANDA⁷, NOC¹⁰ y NIC¹¹.

Lectura: DxE: Diagnóstico de Enfermería; CP: Complicación Potencial.

—DISCUSIÓN

Médicos sin fronteras en Venezuela¹², han manifestado su preocupación por la promoción de la salud integral de la mujer y de su familia, antes, durante y después del proceso reproductivo.

Para mejorar la calidad de la atención que se presta a la mujer en edad reproductiva, impulsa la estrategia de la maternidad segura, que incluye dentro de sus intervenciones la planificación familiar, atención prenatal, parto limpio y seguro, puerperio y los cuidados obstétricos. Gran porcentaje de las muertes maternas son causadas por complicaciones que se presentan durante la etapa del puerperio, como las infecciones sépticas y la preclampsia.

El profesional de enfermería tiene en sus manos la posibilidad de prevenir y garantizar una mejoría ante cualquier complicación de la embarazada en el control prenatal; a través de la correcta ejecución de técnicas y procedimientos que favorezcan el reajuste fisiológico adecuado a la puérpera; es de máxima importancia la supervisión temprana y continua de la salud durante el embarazo y para el bienestar absoluto de la mujer y de su hijo, pues el control prenatal es clave para tener un parto sin riesgos ni complicaciones¹³; por tanto, las medidas preventivas permiten detectar precozmente las primeras señales de problemas patológicos posibles.

—CONCLUSIÓN

El cuidado es la esencia, el objeto de conocimiento, del saber y del quehacer de la profesión de enfermería; así mismo, se centra en la protección de una vida humana. Cuidar, cuidarse y ser cuidado son funciones naturales indispensables para la vida de la persona y la sociedad, en tanto son inherentes a la supervivencia de todo ser vivo.

La realización de la presente técnica quirúrgica se llevó a cabo de manera satisfactoria, aplicando el proceso enfermero durante el periodo postoperatorio inmediato en la paciente obstétrica, sometida a una cesárea segmentaria debido a complicaciones del embarazo, brindando atención óptima a la puérpera mediante la ejecución de intervenciones enfermeras, destinadas a mejorar su estado de salud, cumpliendo las diversas funciones del manejo directo o indirecto de la paciente, en conjunto con el equipo de salud, permitiendo así, adquirir conocimientos, habilidades y destrezas para la toma de decisiones, ante los diversos escenarios que se pudiesen presentar, cumpliendo, una labor de ejemplo, manteniendo las medidas de bioseguridad, asepsia y antisepsia del servicio quirúrgico.

—REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez D, Salazar F, Soto E, Martínez D, Fuente J, Hernández J. Operación cesárea. Una versión histórica. *ARS MÉDICA Revista de Ciencias Médica*. [Internet] 2020 [consultado 22 de febrero de 2024]; 45(4):61-72. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.11565/arsmed.v45i4.1711>
2. Plaza V. Un informe de la OMS muestra un incremento de las cesáreas en todo el mundo. [Internet] 2021 [consultado 10 de abril de 2024]. Disponible en: <https://valenciaplaza.com/informe-oms-incremento-cesareas-mundo>
3. Instituto Nacional de la Salud infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver. Algunas complicaciones comunes del embarazo. [Internet] 2021 [consultado 28 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/pregnancy/informacion/complicaciones#:~:text=P%C3%99>

- A9rdida%20del%20embarazo%20Faborto%20espont%C3%A1neo,Bajo%20peso%20al%20nacer
4. Dulay A. Preeclampsia y eclampsia. Manual MSD. [Internet] 2022 [consultado 10 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-ve/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/preeclampsia-y-eclampsia>
 5. Gustavo Morales G, Acuña A, Padilla R, Martínez C Hernández M. Síndrome de encefalopatía posterior reversible en eclampsia en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer de Tabasco, México. Med. crít. [Internet] 2017 [consultado 10 de abril de 2024]; 31(2). Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092017000200060
 6. Carrillo ER, Echevarría KJ, De los Ríos TA, Reyes ML. Síndrome de encefalopatía reversible posterior. Med Int Mex. [Internet] 2013 [onsultado 10 de abril de 2024]; 29(3):299-306. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2013/mim133j.pdf>
 7. Herdman H, Kamitsuru S, Takáo C. (eds.). Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023. 12a. ed. [Internet] España: Elsevier; 2021 [consultado 28 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://tienda.elsevier.es/diagnosticos-enfermeros-definiciones-y-clasificacion-2021-2023-9788413821276.html>
 8. Correa M, Restrepo N. ATENCION DE ENFERMERIA EN EL PRE, TRANS Y POSTOPERATORIO. Rev. Inv. y Educ. en Enfermería [Internet] 1986 [consultado 28 de noviembre de 2023]; IV(1):93-119. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi6qqPAke yCAxUMSjABHWX2DNMQFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F5299391.pdf&usq=AOvVaw2Wt8HVvt8bUJ6UeYL-GdSg&opi=89978449>
 9. Fernández A, Vega M. Esquema para el caso clínico-quirúrgico. Material laborado con fines docentes. Mérida-Venezuela: Universidad de Los Andes, Escuela de Enfermería; 2023.
 10. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud. 5a. ed. [Internet] España: ELSEVIER; 2014 [consultado 28 de noviembre de 2023]. Disponible en: https://www.educa.com/pdf/000_CONCEPTOS%20NOC.pdf
 11. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6a. ed. [Internet]. España: Elsevier; 2014 [consultado 28 de noviembre de 2023]. Disponible en: https://www.academia.edu/37376104/CLASIFICACION_DE_INTERVENCIONES_DE_ENFERMERIA_NIC
 12. Médicos Sin Fronteras. Venezuela: acompañamos a las madres y sus bebés desde el embarazo hasta más allá del parto [Internet] 2021 [consultado 18 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.msf.org.co/actualidad/venezuela-acompanamos-a-las-madres-y-sus-bebes-desde-el-embarazo-hasta-mas-alla-del-parto/>
 13. Centro Médico ABC. Qué es el control prenatal y su importancia. [Internet] 2020 [consultado 16 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://centromedicoabc.com/revista-digital/la-importancia-del-control-prenatal/>



ISSNe 2542-3444

VOLUMEN

11

Número I (2024)

Recibido: 20/7/2023 Aceptado: 10/4/24

DOI: <https://doi.org/10.53766/EHI/2024.11.01.05>

CASO CLÍNICO

A propósito de un caso clínico quirúrgico: hernia diafragmática de Bochdalek tipo C

About a clinical surgical case: Bochdalek type C diaphragmatic hernia

Louisiana Andreali Villegas González (Lcda.)¹
María Gregoria Vega de Peña (Dra.)²

¹Licenciada en Enfermería, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida – Venezuela. Enfermera I. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), Unidad de Alto Riesgo Neonatal (UARN). Diplomada en Instrumentación quirúrgica, ULA. ORCID: 0009-0009-5094-0280.

²Licenciada en Enfermería (ULA). Especialista en Servicios Asistenciales de Salud, Universidad Católica Andrés Bello (UCAB), Caracas. Master en Educación, Caribbean International University (CIU), Curazao. Doctora en Educación, Universidad Nacional Experimental Rafael María Baralt (UNERMB), Trujillo. Docente, ULA. Correo electrónico: gory26121991@gmail.com ORCID: 0000-0001-7031-8557

RESUMEN

La hernia diafragmática congénita es un defecto poco frecuente en el desarrollo del músculo diafragmático, el cual permite el paso de los órganos abdominales a la cavidad torácica como resultado de un desorden en la embriogénesis. Esta malformación severa se asocia comúnmente a un muy mal pronóstico neonatal; sin embargo, presenta una incidencia relativamente baja estimada en 1 caso por cada 2500 – 3000 nacidos vivos. Generalmente es diagnosticada en el periodo prenatal mediante la ecografía, cuyo tratamiento es netamente de resolución quirúrgica. En consecuencia, el rol de Enfermería constituye un papel fundamental en el periodo perioperatorio, ya que la seguridad y bienestar del paciente dependiente es su mayor preocupación; es así que, el objetivo de esta investigación radica en la intervención oportuna del profesional de Enfermería, estudiante del Diplomado de Instrumentación Quirúrgica de la Universidad de Los Andes, en el caso hernia diafragmática de Bochdalek tipo C, a fin de aplicar el Proceso de Atención Enfermero (PAE) como un sistema deliberativo de resolución de problemas constituyendo un entramado de suma importancia en el periodo perioperatorio.

Palabras clave: malformación congénita, hernia diafragmática congénita, hernia de Bochdalek, hipoplasia pulmonar, hipertensión pulmonar, recién nacido, Enfermería, técnica quirúrgica.

SUMMARY

Congenital diaphragmatic hernia is a rare defect in the development of the diaphragmatic muscle, which allows passage from the abdominal organs to the chest cavity as a result of a disorder in embryogenesis. This severe malformation is commonly associated with a very poor neonatal prognosis; however, it has a relatively low incidence estimated at 1 case per 2500 – 3000 live births. It is generally diagnosed in the prenatal period by ultrasound, the treatment of which is clearly surgically resolved. Consequently, the role of nursing constitutes a fundamental role in the perioperative period, since the safety and well-being of the dependent patient is your biggest concern; thus, the objective of this research lies in the timely intervention of the nursing professional, student of the surgical instrumentation diploma of the Universidad de Los Andes, in the case of Bochdalek diaphragmatic hernia type C, in order to apply the Nursing Care Process (PAE) as a deliberative system of problem solving, constituting a framework of utmost importance in the perioperative period.

Key words: congenital malformation, congenital diaphragmatic hernia, Bochdalek hernia, pulmonary hypoplasia, pulmonary hypertension, newborn, nursing, surgical technique.

— INTRODUCCIÓN

El diafragma es una estructura musculoaponeurótica que separa las cavidades pleural y peritoneal y provee la principal fuerza mecánica a la ventilación¹. Desde el punto de vista embriológico, el diafragma se compone de cuatro elementos: septum transversum de His, ventral e impar, las membranas pleuroperitoneales o pilares de Uskow y el mesenterio dorsal del esófago y pared corporal. Este mesenterio contiene, además, la aorta y la vena cava inferior². El centro fibroso del diafragma se completa en la séptima semana, con el desarrollo de los pliegues pleuroperitoneales derecho e izquierdo, que emergen dorsalmente y crecen hacia delante y al centro para fusionarse con el tendón central, alcanzando su posición normal a las ocho semanas de gestación, momento en que se cierra la comunicación entre las cavidades³.

El canal pleuroperitoneal derecho se cierra antes que el izquierdo, lográndose la coalescencia del lado derecho cuando el hígado asume su posición definitiva, en cambio, del lado izquierdo, la fusión aparece luego de la migración del intestino primitivo de la cavidad torácica a la cavidad abdominal. Con la fusión de las cuatro partes se separan definitivamente ambas cavidades. Luego del cierre de los canales pleuroperitoneales, las cavidades pleurales aumentan a medida que se desarrollan los pulmones y horadan hacia la pared corporal, la que aporta durante el tercer mes de gestación el componente costal del diafragma. Se transfieren músculos torácicos al diafragma formando los pilares¹.

El componente final en la constitución del diafragma son las fibras musculares, las que migran del tercero, cuarto y quinto miotomos cervicales de la pared corporal durante el proceso de colonización mioblástica del diafragma. Hay un espacio triangular formado por la zona de unión de grupos musculares dorsales y laterales denominada trígono lumbocostal, que si falla su fusión genera la Hernia de Bochdalek¹. Es así que la Hernia Diafragmática Congénita (HDC), es un defecto en el diafragma que lleva a la herniación del contenido abdominal a la cavidad torácica durante el periodo intrauterino, estando presente al momento del nacimiento⁴.

La compresión ocasionada por los órganos abdominales herniados interfiere en el proceso normal de desarrollo del árbol traqueobronquial llevando finalmente a la hipoplasia pulmonar e hipertensión pulmonar subyacente, siendo estos factores, asociados a otras malformaciones, los responsables de la mayoría de las muertes neonatales vinculadas a la HDC, presentando una incidencia estimada de 1 cada 2500 – 3000 nacidos vivos^{4,5}.

Según la ubicación se pueden clasificar en izquierdas que constituyen el 85%, seguidamente de las derechas con un 13% y bilaterales 2% siendo estas últimas de aparición rara y asociadas frecuentemente a una morbimortalidad postnatal severa. Otras formas de presentación corresponden a anterior – retroesternal o anterior – peristernal que se denomina Hernia de Morgani o también de ubicación central. Finalmente, la forma clásica es la Hernia de Bochdalek, que se define como una HDC en localización posterolateral, frecuentemente de predominio izquierdo^{4,6}.

Las hernias izquierdas usualmente desplazan al estómago y pueden afectar al hígado, pero

las que tienen una mayor influencia sobre el hígado son las derechas, ya que suelen deslizarlo hacia arriba. Ambas producen hipoplasia o hipertensión pulmonar; sin embargo, difieren en cuanto a su efecto sobre el corazón, ya que las del lado izquierdo con desviación del mediastino pueden disminuir la masa ventricular izquierda dando lugar al síndrome de corazón izquierdo hipoplásico. La forma más extrema de HDC es la que se presenta con agenesia diafragmática con un pronóstico bastante desalentador. Posterior al nacimiento, estos pacientes presentan dificultad respiratoria en las primeras horas de vida. Algunos presentan insuficiencia respiratoria aguda al momento de nacer, mientras que un grupo menor pueden manifestar síntomas mínimos en días o meses posteriores⁶.

El diagnóstico prenatal se obtiene a través de ecografía a partir de la semana 24 de gestación, momento en el cual se observan las vísceras en el tórax, pudiendo encontrarse polihidramnios, desviación del mediastino y del corazón, entre otras malformaciones⁷. El tratamiento de esta patología es de resolución quirúrgica temprana, posterior a la estabilización del paciente, ya que esto permitirá disminuir las complicaciones y ampliar el panorama evolutivo de manera satisfactoria en el mismo.

Por lo tanto, el objetivo de esta investigación radica en la intervención oportuna del profesional de enfermería, estudiante del Diplomado de Instrumentación Quirúrgica de la Universidad de Los Andes, a fin de aplicar el Proceso de Atención Enfermero (PAE) como un sistema deliberativo de resolución de problemas constituyendo un entramado de suma importancia en el periodo perioperatorio; para valorar, correlacionar el diagnóstico con la planificación quirúrgica encaminadas a la mitigación de complicaciones y al fomento de la salud en el pre (preparación física y emocional para el acto quirúrgico), trans (técnica quirúrgica) y postoperatorio (intervenciones encaminadas a optimizar el estado de salud) para su posterior ejecución, representando el factor en la evolución satisfactoria del paciente.

CASO CLÍNICO QUIRÚRGICO

1. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se trata de recién nacido masculino de 1 hora de vida, producto de madre de 34 años de edad, III gesta, II cesáreas, embarazo de 37 semanas de gestación por FUR y 36 + 4 días por USG. Obtenido por cesárea segmentaria bajo anestesia raquídea, por malformación congénita. Quien posterior al nacimiento presenta dificultad respiratoria y depresión neonatal severa motivo por el cual se decide su ingreso a la Unidad de Alto Riesgo Neonatal (UARN) bajo los siguientes Diagnósticos médicos: 1. Recién nacido pretérmino, acorde a la edad gestacional, 2. Depresión neonatal severa (Apgar 2 y 6 puntos), 3. Malformación congénita: hernia diafragmática 3.1 CC: dextrocardia y 4. Hipotermia.

A la anamnesis, madre refiere antecedentes prenatales: producto de madre de 34 años de edad, alfabeta, soltera, III gesta, II cesárea. Niega antecedentes personales, familiares patológicos y hábitos psicosociales. Tipaje ORh +. Embarazo controlado en tres oportunidades complicado con malformación congénita.

Antecedentes neonatales: recién nacido masculino, obtenido por cesárea segmentaria bajo anestesia raquídea por malformación congénita. Presentación podálica, líquido amniótico claro y sin grumos ni circular de cordón. Peso al nacer: 2970 gr, talla al nacer: 48 cm. APGAR: 2 y 6 puntos, ameritando manejo de la vía aérea con TOT 3.0 referencia 9, observando mejoría de APGAR. Capurro/ Ballard: 36 semanas.

Al examen físico: signos vitales: FC: 136 lpm, FR: por resucitador manual, Temperatura: 35,2 ° C, SatO₂: 70%. Recién nacido en condiciones clínicas de cuidado, desde el punto de vista hemodinámico: hipoperfundido, cianosis generalizada, llenado capilar > 3 segundos, pulsos periféricos presentes de amplitud normal, RsCsRs sin soplos aparentes. No infusión de drogas vasoactivas ni bolos de expansión. Respiratorio: VM (CMV) TOT 3.0 referencia 9, parámetros: PIM: 19 – 20, PEEP: 6 cmH₂O, FiO₂: 100%, FR: 55, Ti: 0.40. Tórax simétrico, normoexpansible, murmullo vesicular disminuido en hemicampo derecho y ausente en hemicampo izquierdo sin agregados, con Silverman de 2 puntos dado por tiraje intercostal, auscultándose RsHsAs. Gastrointestinal: PA 26,5 cm, abdomen batracoides, deprimible, no impresiona dolor a la palpación superficial ni profunda, presencia de muñón umbilical con sus tres elementos, no se palpan masas ni megalias. Se mantiene en dieta absoluta y se evidencia sonda orogástrica N° 12 abierta a colector drenando contenido gástrico. Evacuaciones presentes. Genitourinario: genitales masculinos externos normoconfigurados, micción presente, espontánea en pañal. Extremidades: simétricas, móviles, sin edema. Hematoinfeccioso: sin distermias ni signos de sangrado. Neurológico: PC 33,5, normocéfalo, fontanelas normotensas, respondiendo a estímulos externos adecuadamente.

Estudios paraclínicos

Tabla 1. Exámenes de laboratorio: Hematología completa

| | |
|---------------|-------------------------|
| Hemoglobina | 15,7 g/dl |
| Hematocrito | 44,5 % |
| Cuenta blanca | 10.43 x 10 ³ |
| Neutrófilos | 54,1 % |
| Linfocitos | 28,55 % |
| Monocitos | 15,9 % |
| Plaquetas | 182 x 10 ³ |

Fuente: historia clínica del paciente.

Lectura: g/dl = gramo/decilitro; % = porcentaje.

Tabla 2. Química sanguínea

| | |
|----------|-----------|
| Glicemia | 91 mg/dl |
| Calcio | 8,9 mg/dl |

Fuente: historia clínica del paciente.

Lectura: mg/dl = miligramo/decilitro.

Tabla 3. Tiempos

| | | |
|-----|------------|-------------------|
| TP | 15,98 seg | Control: 13,5 seg |
| TPT | 34, 83 seg | Control: 32,5 seg |

Fuente: historia clínica del paciente.

Tabla 4. Gases arteriales

| | |
|------------------|-------------|
| Ph | 7,09 |
| PCO ₂ | 80,2 mmHg |
| PO ₂ | 71 mmHg |
| HCO ₃ | 24,4 mmol/L |

Fuente: historia clínica del paciente.

Lectura: mmHg = milímetros de mercurio; mmol/L = milimoles/litro.

Estudios complementarios

Tabla 5. Rayos X

| | |
|---------------------------------------|--|
| Rx anteroposterior y lateral de tórax | Conclusión: Asas intestinales en hemitórax izquierdo que desplaza mediastino a hemitórax derecho (Imagen 1). |
|---------------------------------------|--|

Fuente: historia clínica del paciente.

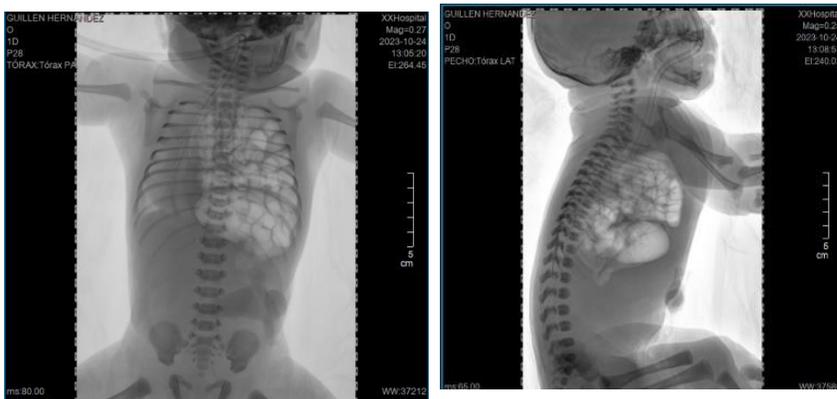


Imagen 1. Rx AP y lateral.

Fuente: historia clínica del paciente.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

En el presente listado de etiquetas según *la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*⁸ se presentan los problemas reales y potenciales más significativos encontrados en la etapa de valoración del Proceso Enfermero en el preoperatorio:

- (00030) Intercambio de gases deteriorado
- (00032) Patrón de respiración ineficaz
- (00280) Hipotermia
- (00240) Riesgo de disminución del gasto cardiaco
- (00004) Riesgo de infección
- (00266) Riesgo de infección de sitio quirúrgico
- (00039) Riesgo de aspiración
- (00206) Riesgo de hemorragia
- (00287) Riesgo de lesión por presión neonatal
- (00205) Riesgo de shock

- (00156) Riesgo de muerte súbita del lactante
 (00246) Riesgo de recuperación quirúrgica tardía
 (00230) Riesgo de hiperbilirrubinemia neonatal
 (00025) Riesgo de volumen de líquido desequilibrado

A continuación, se describe a través de los planes de cuidado las siguientes etiquetas:
 Patrón de respiración ineficaz, Riesgo de disminución del gasto cardiaco, Riesgo de shock.

PLANES DE CUIDADO

Cuadro 1. Plan de cuidado. DxE Focalizado en el problema.

| Dominio 4 ● Clase 4 ● (00032) Patrón de respiración ineficaz R/C enfermedad restrictiva (defecto congénito que inhibe la expansión del pulmón) E/P hipoventilación, tiraje intercostal, llenado capilar > 3 segundos y cianosis generalizada | | | |
|--|--|-----------|--------------------------------|
| Resultado esperado NOC | Intervenciones de Enfermería NIC | Ejecución | Evaluación |
| Estado respiratorio: ventilación (0415) | Cuidado del lactante prematuro (6826) -Ofrecer a los progenitores información precisa y basada en la evidencia sobre la afección, el tratamiento y las necesidades del lactante. | C | RH: En vía de cambio |
| | Manejo de la ventilación mecánica invasiva (3300) -Iniciar la preparación y aplicación de la ventilación mecánica | C | |
| | -Asegurarse de que las alarmas del ventilador estén conectadas | C | |
| | -Explicar a la familia las razones y sensaciones asociadas al uso de respiradores mecánicos | C | FR: Abolido |
| | -Comprobar de forma rutinaria los ajustes del ventilador | C | |
| | -Controlar las actividades que aumenten el consumo de O ₂ | C | |
| | -Realizar aspiración en presencia de sonidos adventicios y/ o aumento de las presiones inspiratorias | C | |
| | -Vigilar las lecturas de presión del ventilador: sincronía paciente/ ventilador y murmullo vesicular del paciente | C | IE: Apropiadas |
| | -Observar si se producen efectos adversos de la ventilación mecánica | C | |
| | Manejo de la ventilación mecánica invasiva (3300) -Colocar al paciente de forma que facilite la concordancia ventilación/ perfusión | C | |
| | -Asegurar la presencia de equipo de emergencia a la cabecera del paciente en todo momento | C | |
| | -Aspiración de secreciones de TOT y boca | C | |
| | Manejo del equilibrio acidobásico (1910) -Mantener la vía aérea permeable | C | |
| | -Mantener la vía aérea limpia | C | |
| -Monitorizar el patrón respiratorio | C | | |
| -Observar si hay síntomas de dificultad respiratoria | C | | |

A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO QUIRÚRGICO: HERNIA DIAFRAGMÁTICA DE BOCHDALEK TIPO C

| | | | |
|--|------------------------------------|---|--|
| | -Monitorizar el estado neurológico | C | |
|--|------------------------------------|---|--|

Fuente: elaborado por las autoras, siguiendo la Taxonomía NANDA⁸, NOC⁹ y NIC¹⁰.

Lectura: DxE = Diagnóstico Enfermero; Código de Ejecución: C= Cumplido, P= Pendiente, EP= En Proceso.

Código de Evaluación: RH= Respuesta Humana; FR= Factor Relacionado; IE= Intervenciones de Enfermería

Cuadro 2. Plan de cuidado. DxE de Riesgo.

| Dominio 4 ● Clase 4 ● (00240) Riesgo de disminución del gasto cardiaco R/C prolongación del tiempo del relleno capilar, disminución de los pulsos periféricos, cianosis peribucal y distal, cambios en la coloración de la piel y frialdad | | | | |
|--|---|-----------|---------------------------|--|
| Resultado esperado NOC | Intervenciones de Enfermería NIC | Ejecución | Evaluación | |
| Estado cardiopulmonar (0414) | Cuidados del lactante (6820) | | RH: No progresa | |
| | -Informar a los progenitores acerca del estado del lactante | C | | |
| | -Implicar a los progenitores en el proceso de toma de decisiones proporcionando apoyo durante su estadía | C | FR: Abolido | |
| | -Monitorizar el peso del lactante | C | | |
| | -Monitorizar los ingresos y las pérdidas | C | | |
| | -Hablar con el lactante mientras se le administran los cuidados | C | | |
| | -Animar a los progenitores a que realicen los cuidados diarios del lactante | C | IE: Apropiadas | |
| | -Monitorizar la presencia de signos de dolor en el lactante | C | | |
| | -Proporcionar apoyo emocional a los progenitores | C | | |
| | Cuidados cardiacos (4040) | | | |
| | -Monitorizar signos vitales con frecuencia | C | | |
| | -Monitorizar el estado cardiovascular | C | | |
| | -Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (pulsos periféricos, llenado capilar, color y temperatura de las extremidades) | C | | |
| | -Monitorizar el control de líquidos diarios | C | | |
| | -Monitorizar el estado neurológico | C | | |
| | -Ofrecer cuidados térmicos al paciente | C | | |
| -Evaluar si hay presencia de edemas | C | | | |

Fuente: elaborado por las autoras, siguiendo la Taxonomía NANDA⁸, NOC⁹ y NIC¹⁰.

Lectura: DxE = Diagnóstico Enfermero; Código de Ejecución: C= Cumplido, P= Pendiente, EP= En Proceso.

Código de Evaluación: RH= Respuesta Humana; FR= Factor Relacionado; IE= Intervenciones de Enfermería

Cuadro 3. Plan de cuidado. Modelo Bifocal con DxE de Riesgo.

| Dominio 11 ● Clase 2 ● (00205) Riesgo de shock S/A neumotórax espontáneo | | | |
|--|--|--|---|
| CP: neumotórax | | | |
| Resultado esperado NOC | Intervenciones de Enfermería NIC | Fundamentación científica | Evaluación |
| Estado respiratorio (0415) | Manejo del shock (4250) -Monitorizar signos vitales (PA, pulso, temperatura, estado respiratorio y sus fluctuaciones, estado mental, diuresis) | -A través de ello se obtienen los parámetros sobre el estado hemodinámico del paciente y orienta si existe riesgo de falla orgánica. | Neonato hemodinámicamente inestable, evolución no satisfactoria tras las intervenciones dependientes, |

| | | | |
|--|---|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> -Mantener permeabilidad de las vías aéreas -Vigilar la pulsioximetría -Mantener una vía IV de buen calibre -Administrar vasoactivos según corresponda Monitorización neurológica (2620) -Evaluar el estado neurológico -Monitorizar los reflejos propios del recién nacido -Explorar el tono muscular Aspiración de las vías aéreas (3160) -Determinar las necesidades de aspiración oral y/ o traqueal -Hiperoxigenar con oxígeno al 100% durante al menos 30 segundos antes y después de la aspiración -Auscultar sonidos respiratorios antes y después de la aspiración | <ul style="list-style-type: none"> -Se previene el riesgo de hipoxemia. -Ofrece información precisa sobre la oxigenación del paciente. -Para la reposición de líquidos y resucitación hídrica en caso de ser necesario. -Garantiza una perfusión adecuada de los órganos diana y su correcto funcionamiento. -Permite verificar si la presión de perfusión cerebral es óptima. -Mejora el paso de oxígeno a las vías respiratorias. -Da lugar a un intercambio gaseoso adecuado. -Verifica la permeabilidad de la vía aérea. | <p>interdependientes y transdisciplinarias.</p> |
|--|---|--|---|

Fuente: elaborado por las autoras, siguiendo la Taxonomía NANDA⁸, NOC⁹ y NIC¹⁰.
Lectura: DxE = Diagnóstico Enfermero; CP = Complicación Potencial.

2. FASE PERIOPERATORIA

2.a. Preoperatorio

Resumen de ingreso al área quirúrgica

Signos vitales: Temperatura: 36 °C, FC: 143 lpm, FR: 70 rpm, SatO₂: 88%. Se trata de recién nacido masculino de dos días de vida quien es trasladado a mesa operatoria por presentar malformación congénita (hernia diafragmática) para su resolución. Ingresa a pabellón en muy malas condiciones generales, afebril, sonrosado, mucosa oral húmeda. Sin deterioro neurológico, respondiendo a estímulos externos adecuadamente. Se recibe con abordaje de la vía aérea TOT 3.0 en referencia 9 con ventilación a presión positiva (VPP), quien posteriormente es conectado a Ventilación Mecánica Controlada (CMV) con los siguientes parámetros: PIM: 20, PEEP: 6 cmH₂O, FiO₂: 100%, FR: 70, Ti: 0.40, observándose eventualmente desacoplado al ventilador y con un Silverman de 2 puntos dado por retracción subxifoidea. Se auscultan RsHsAs en ambos hemitórax, murmullo vesicular disminuido en hemitórax derecho y ausente en hemitórax izquierdo. Abdomen batracóide, deprimible, no impresiona dolor a la palpación superficial ni profunda. Se

observa muñón umbilical necrótico, sin signos de flogosis periumbilical. Genitales masculinos externos normoconfigurados, se evidencia sonda vesical N° 5 abierta a colector. Extremidades eutróficas, móviles, sin presencia de edema. Previo a la intervención quirúrgica colocan vía central trilúmen para la administración de sedación y analgesia.

Cuadro 4. Protocolo utilizado previo al procedimiento quirúrgico

| | |
|---|---|
| Lavado de manos quirúrgico | Jabón antiséptico Soluhex y cepillo esponja Tecno - Scrub |
| Secado de manos | Compresas estériles |
| Vestimenta para la instrumentista y colocación de guantes | Técnica cerrada |
| Preparación de las mesas quirúrgicas | Mesa auxiliar y mesa de Mayo |
| Conteo de material misceláneo | Gasas, compresas, suturas, hojillas de bisturí, solución 0,9%, solución jabonosa, agua oxigenada, jeringas, guantes, apósitos estériles: Tegaderm |
| Vestimenta para el cirujano y ayudantes | Técnica abierta o asistida |
| Posición de elección para el procedimiento quirúrgico | Decúbito supino |
| Anestesia | Inducción: Fentanilo Relajación: rocuronio Mantenimiento: sevoflurano Reversión: no se revirtió |
| Preparación del campo quirúrgico en el paciente | Asepsia y antisepsia del sitio quirúrgico. Colocación de sábanas cefálica, podálica, fenestrada y campos estériles. Posterior a ello colocación de conexiones para la aspiración, electrobisturí y pinzas de campo. |

Fuente: elaboración propia, siguiendo la normativa para publicar casos clínicos quirúrgicos¹¹.

2.b. Transoperatorio

Cuadro 5. Orden secuencial de los tiempos quirúrgicos durante el procedimiento

| Paso N° | Procedimiento | Instrumental/ material |
|---------|--|--|
| 1 | Incisión mediana supraumbilical con bisturí frío | Mango de bisturí N° 3 con hojilla N° 15, pinzas de disección sin diente |
| 2 | Hemostasia | Compresas, Gasas RX |
| 3 | Apertura de planos: Tejido subcutáneo | Bisturí frío + pinzas de disección + Separadores de Farabeuf |
| | Aponeurosis | Pinzas de Halsted o mosquito, tijera de Metzenbaum |
| | Se divulsionan los músculos | |
| | Peritoneo | Pinzas de Halsted y electrobisturí |
| 4 | Hemostasia | Electrocauterio, compresas |
| 5 | Apertura de cavidad abdominal y exploración | Farabeuf |
| 6 | Tracción del contenido abdominal secuestrado en cavidad torácica | Pinzas de Foerster atraumática o lisa, manual |
| 7 | Lavado de asas intestinales con solución 0,9% | Jeringa sin aguja con solución 0,9% |
| 8 | Cierre primario del defecto diafragmático | Pinzas de Halsted o mosquito, valvas maleables, separadores de Farabeuf, |

| | | |
|----|---|---|
| | | pinzas de disección sin diente, portaagujas con sutura Prolene 2 – 0 y tijera de Mayo |
| 9 | Exposición de asas intestinales para exploración | Compresas con solución 0,9% tibia |
| 10 | Cierre de defecto secundario en mesenterio | Pinzas de disección sin diente, portaagujas con sutura crómico 4 – 0 y tijera de Mayo |
| 11 | Reposición de asas intestinales en cavidad abdominal | Manual |
| 12 | Verificación de hemostasia | |
| 13 | Síntesis por planos Órgano: diafragma | Prolene 2 – 0 |
| | Peritoneo | Vicryl 3 – 0 |
| | Músculo | Vicryl 3 – 0 |
| | Aponeurosis | Vicryl 3 – 0 |
| | Tejido celular subcutáneo | Crómico 4 – 0 |
| | Piel | Nylon 4 – 0 |
| 14 | Limpieza del área abdominal, cura y retiro de campos e instrumental | Solución 0.9%, alcohol, gasas simples, apósito de cura quirúrgica |

Fuente: elaboración propia, siguiendo la normativa para publicar casos clínicos quirúrgicos¹¹.



Imagen A

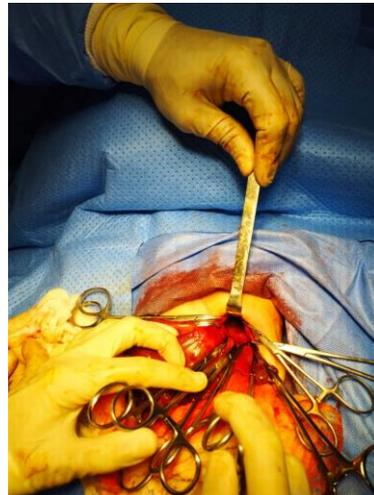


Imagen B



Imagen C

Imagen 2. Imágenes transoperatorias: Imagen A, muestra la tracción de asas de la cavidad torácica; en la Imagen B, se observa el defecto diafrágico y la Imagen C, evidencia el cierre de este defecto.

Fuente: historia clínica del paciente.

Instrumental básico utilizado

A propósito de este caso, se utilizó el Set Neonatal o la caja de Recién Nacido que se compone de la siguiente manera.

- Equipo 1: 05 baby mosquitos curvos, 05 baby mosquitos rectos, 05 mosquitos curvos, 06 mosquitos rectos, 02 Allis de 12 cm
- Equipo 2: 02 císticos, 02 baby Foerster, 04 Babcock, 03 portaagujas, 02 Metzenbaum

curvas, 01 de Mayo recta, 02 Backaus

- Complemento: 01 juego de Farabeuf pequeños, 01 juego de Deaver, 01 juego de separadores Hartman, 03 valvas maleables, 03 valvas suprapúbicas pequeñas, 01 mango de bisturí N° 3, 01 cánula Frazier N° 10, 02 Brown con diente y sin diente.

2.c. Postoperatorio

Postoperatorio inmediato: paciente de dos días de vida que egresa de mesa operatoria en condiciones clínicas regulares, sin embargo, no se revierte sedación ya que el neonato es entregado con manejo de la vía aérea bajo VPP a la UARN inmediatamente posterior a su salida de pabellón quirúrgico. Al ingreso en esta unidad, sus signos vitales: SatO₂: 89%, FC: 178 lpm, FR: 55, Temp: 35,8° C. Hipotérmico, mucosa oral húmeda, piel pálida y fría. Se coloca en incubadora cerrada, bajo confort térmico (34°C) y manta térmica. Se conecta a ventilador mecánico bajo la modalidad de CMV con los parámetros PIM: 20, FiO₂: 95%, FR: 55, Ti: 0.40, PEEP: 6. En ocasiones se observa desacoplado a ventilador, Silverman de 2 puntos, dado por retracción subxifoidea. Asimismo, se evidencia tubo en hemitórax derecho conectado a fiola oscilante y burbujeante parcialmente. Abdomen globoso, distendido y brillante. Se observa herida en región mediana supraumbilical, con apósitos limpios y secos. Genitales masculinos externos normoconfigurados, sonda vesical N°5 abierta a colector. Extremidades móviles, sin edema.

Postoperatorio mediato: el paciente fallece por complicaciones asociadas a la patología presentada.

— DISCUSIÓN

La incidencia de esta patología y sus múltiples comorbilidades asociadas constituyen una traba en la investigación prospectiva. En consecuencia, se hace casi inaccesible la obtención de guías y protocolos que dicten un manejo estandarizado para la misma desde el punto de vista médico – quirúrgico como también para la actuación de enfermería. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, la HDC es un cuadro representativo de resolución netamente quirúrgica, por la cual los pacientes deben someterse a cirugías donde se obliteren o disminuyan los riesgos vinculados a la misma tomando en cuenta el estado preoperatorio del paciente y los múltiples factores que pudiesen intervenir en el resultado del procedimiento. A propósito de este caso, se evidencia una estrecha correlación con la literatura antes descrita, observándose una HD posterolateral izquierda donde el contenido herniado fue dado por estómago, colon, intestino delgado y bazo.

En el estudio de las HDC, las pruebas de tamizaje prenatal son relevantes, puesto que cerca de la mitad de los casos suelen ser detectados a través del estudio ecusonográfico. Se debe realizar un adecuado diagnóstico diferencial de lo observado en la ecografía prenatal al momento del nacimiento. Es indispensable la realización de una radiografía de tórax donde se observarán asas a nivel intratorácico y desplazamiento del mediastino¹². De la misma manera, fue abordado el

paciente del actual caso, ya que presentaba diagnóstico prenatal donde a las 30 semanas de gestación se evidenciaba una patología cardíaca fetal y un Alto Riesgo Obstétrico (ARO) II por tabique uterino hacia cuerno izquierdo 1 cm que podía comprometer estructuras fetales, concluyendo en el mismo que este interfería con la adecuada acomodación del feto. Sin embargo, a la semana 32 se realiza un USG evidenciándose los siguientes hallazgos: 1. Patología abdominal fetal: hernia diafragmática 2. Dextrocardia, donde posterior a ello se decide la hospitalización oportuna y la organización del plan quirúrgico pertinente, salvaguardando de esta manera la vida del binomio madre e hijo.

Los diferentes escenarios clínicos pueden observarse desde un recién nacido asintomático, que puede presentar dificultad respiratoria retardada, así como un cuadro de dificultad inmediata el cual progresa de manera rápida y devastadora a insuficiencia respiratoria como se reportó en el paciente en cuestión, tomando en consideración los hallazgos antes descritos en sala de partos, antes de su traslado a la UARN se proporciona soporte ventilatorio inmediato, constituyendo este el factor imprescindible en el manejo de la HDC. Es importante que la ventilación sea suave, evitando altas presiones, por lo que lo más adecuado es realizar el traslado con ventilador o en su defecto con reanimador neumático neonatal evitando la bolsa autoinflable⁷.

Una vez que el neonato se observe estable tiene indicación de tratamiento quirúrgico ya sea de manera abierta, facilitando de manera importante la reducción del defecto herniario y el correcto posicionamiento de los órganos en la cavidad abdominal como fue en este caso o a través de un abordaje quirúrgico mínimamente invasivo permitiendo así la rápida recuperación posquirúrgica. Los resultados de la técnica quirúrgica fueron satisfactorios y no se presentó ninguna complicación asociada a la cirugía. Sin embargo, el pronóstico y la sobrevida de estos pacientes se correlacionan frecuentemente al grado de severidad de hipoplasia pulmonar y las secuelas pulmonares secundarias a esta¹³; causas por las cuales el paciente objeto de estudio fallece a los 5 días de vida.

— CONCLUSIÓN

La intervención del profesional de enfermería constituye el factor vertebrador en la atención y cuidado del paciente, asimismo, su papel protagónico radica en brindar cuidados específicos y oportunos a la forma en que una persona responde a una enfermedad. En la actualidad, los procesos quirúrgicos no escapan de nuestra cotidianidad, por el contrario, abarcan una parte sustancial del quehacer diario de la enfermería los cuales ameritan intervenciones particulares expresadas en conocimiento científico y humanístico; es decir, el profesional de enfermería no debe ser solamente acreedor de un conocimiento teórico – práctico en esta área de suma importancia sino también partícipe y protagonista de la transformación de la técnica quirúrgica a la humanización de la asistencia.

Si bien es cierto, en el área quirúrgica la atención al paciente es casi impersonal y los problemas del individuo como ente biopsicosocial son ignorados por distantes razones: 1. Bien sea porque el quirófano es un espacio complejo donde deben seguirse rigurosamente normas y

estándares las cuales permiten mitigar la confusión, mantener la coordinación de las actividades y favorecer el desarrollo de habilidades en los procedimientos quirúrgicos, 2. Por las condiciones inherentes al mismo en la que se deben mantener los pacientes, es decir, bajo sedación y anestesia o por cualquier otro motivo. Sin embargo, el área quirúrgica también constituye el sitio de vivencias emotivas y el lugar donde afloran sentimientos de empatía y sensibilidad ante un paciente que se encuentra vulnerable.

El quirófano es un servicio de transición, de paso rápido, de estadía frecuentemente corta. En los servicios de emergencia o de hospitalización, enfermería, planifica y ejecuta intervenciones que vayan encaminadas a satisfacer necesidades como un ente integral y en consecuencia se va fomentando una relación estrecha e íntima con el paciente. Lejos de ello, en el quirófano se necesita establecer relaciones rápidas y efectivas.

No obstante, el profesional de enfermería que labora en las áreas quirúrgicas necesita aprender a desaprender esas conductas de lejanía con el paciente y su familia que son rígidas y se mantienen alejadas de la experiencia vivencial del entorno quirúrgico, así como, centrarse e integrarse en la atención total del paciente, enfocando el cuidado tanto en el conocimiento, implementación y ejecución de procedimientos técnicos y quirúrgicos, como en la manifestación de una atención humanizada e integral.

En la medida de lo posible para la humanización del cuidado en el área quirúrgica, la responsabilidad del profesional de enfermería radica en la capacidad de crear un ambiente flexible, abierto y respetuoso que haga sentir la mayor seguridad y confianza posible no solo a los pacientes sino también a sus familiares, ya que la experiencia quirúrgica puede cambiar drásticamente – de manera positiva o negativa – la vida del núcleo familiar.

— REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Galindo F. Enciclopedia de cirugía digestiva. Estómago y duodeno, yeyunoíleon, obesidad mórbida, peritoneo y diafragma. Vol. II. 2a. ed. [Internet]. Buenos Aires: Interamericana SA; 2009 [consultado: 10 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/354520458/Enciclopedia-de-Cirugia-Digestiva>
2. Pérez L. Evaluación por imágenes del diafragma en el niño. Rev. chil. enf. respir. [Internet]. 2012 [consultado: 12 noviembre 2023]; 28(3):236-248. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482012000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=en
3. Sadler T.W. Embriología médica. 14a ed. Philadelphia: Wolters kluwer; 2019.
4. Sobrero H, De los Santos J, Patiño S, Sienna C, Ormachea M, Bottaro S, et al. Asistencia del recién nacido con hernia diafragmática congénita. Arch. Pediatr. Urug. [Internet] 2023 [consultado: 13 de noviembre de 2023]; 94(1):e801. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492023000101801&lng=es
5. Arias Y, Goire G, Aguirre A, Calzado G, Vazquez R, Bolivar D. Hernia diafragmática

- congénita de Bochdalek e isomerismo izquierdo en un neonato prematuro. *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular* [Internet] 2020 [consultado: 15 de noviembre de 2023]; 26(1) Disponible en: <https://revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/889>
6. Lizano MJ, Arroyo D, Gamboa F. Hernia diafragmática congénita: una actualización en el abordaje diagnóstico y terapéutico. *Revista Médica Sinergia* [Internet] 2023 [consultado: 13 de noviembre de 2023]; 8(4). Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/974>
7. Rojas M, Badilla J. Hernia diafragmática en pediatría. *Med. leg. Costa Rica* [Internet] 2019 [consultado: 29 de enero de 2024]; 36(1):101-109. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152019000100101&lng=en
8. Herdman H, Kamitsuru S, Takáo C. *Diagnósticos de Enfermería. Definiciones y Clasificación 2021-2023*. 12a ed. Nueva York: Thieme; 2021.
9. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. 5a ed. Barcelona, España: Elsevier; 2014.
10. Bulechek M, Butcher K, Dochterman JM, Wagner CM. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 6a ed. Barcelona, España: Elsevier; 2014.
11. Fernández A, Vega M. *Esquema para el caso clínico-quirúrgico. Material elaborado con fines docentes*. Mérida-Venezuela: Universidad de Los Andes, Escuela de Enfermería; 2023.
12. García L, Cruz A, Alfonso A, Angulo C, Silva S, Delgado A. Hernia diafragmática congénita derecha: reporte de un caso exitoso tratado por toracoscopia. *Sociedad Colombiana de Pediatría* [Internet] 2023 [consultado: 20 de noviembre de 2023]; 56(3). Disponible en: <https://revistapediatria.org/rp/article/view/438>
13. Maldonado P, Aguilar J, Maldonado M. Hernia Diafragmática Congénita Tardía, a propósito de un caso. *Revista Médica HJCA* [Internet]. 2023 [consultado: el 28 de noviembre de 2023]; 15(1):39-43. Disponible en: <https://revistamedicahjca.iess.gob.ec/ojs2/index.php/HJCA2/article/view/41>



ISSNe 2542-3444

VOLUMEN

11

Número I (2024)

Recibido: 20/7/2023 Aceptado: 10/4/24 DOI: <https://doi.org/10.53766/EHI/2024.11.01.06>

CASO CLÍNICO

Caso clínico quirúrgico: tiroidectomía total

Surgical clinical case: total thyroidectomy

María de las Nieves Guimerá de Chulia
(Lcda.)¹

María Gregoria Vega de Peña (Dra.)²

¹Licenciada en Enfermería, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida – Venezuela. Diplomada en Instrumentación Quirúrgica, ULA. ORCID: 0009-0000-7445-8530.

²Licenciada en Enfermería (ULA). Especialista en Servicios Asistenciales de Salud, Universidad Católica Andrés Bello (UCAB), Caracas. Master en Educación, Caribbean International University (CIU), Curazao. Doctora en Educación, Universidad Nacional Experimental Rafael María Baralt (UNERMB), Trujillo. Docente, ULA. Correo electrónico: gory26121991@gmail.com ORCID: 0000-0001-7031-8557

RESUMEN

La tiroidectomía es la extirpación quirúrgica total o parcial de la glándula tiroides, en la actualidad es la intervención quirúrgica más realizada en cirugía endocrina. Las indicaciones para la cirugía tiroidea son múltiples, ya que es viable como tratamiento tanto en las patologías malignas tiroideas como benignas. Por ende, el rol del personal de enfermería es de suma importancia en los cuidados postoperatorios en las tiroidectomías, ya que se enfocan en las principales complicaciones que aparecen tras la intervención, tanto fisiológicas (hipotiroidismo, hipocalcemia, afectación del nervio laríngeo recurrente y hemorragias) como psicológicas (preocupación y ansiedad al alta). El objetivo de este trabajo de investigación fue aplicar el procedimiento quirúrgico de tiroidectomía total en un paciente masculino en la cuarta década de la vida, brindándole cuidados enfermeros durante el postoperatorio, ejecutando intervenciones adecuadas por parte del profesional de enfermería, durante la realización del Diplomado Básico de Instrumentación Quirúrgica dictado por la Universidad de Los Andes (ULA) consiguiendo adquirir un pensamiento crítico, desarrollando competencias con habilidades clínicas y quirúrgicas, fomentando la concientización quirúrgica.

Palabras clave: glándulas, tiroides, tiroidectomía, Enfermería, cáncer, tumor, cirugía, técnica, yodo radioactivo.

ABSTRACT

Thyroidectomy is the total or partial surgical removal of the thyroid gland, currently it is the most performed surgical intervention in endocrine surgery. There are multiple indications for thyroid surgery, as it is viable as a treatment for both malignant and benign thyroid pathologies. Therefore, the role of the nursing staff is of utmost importance in postoperative care in thyroidectomies, since they focus on the main complications that appear after the intervention, both physiological (hypothyroidism, hypocalcemia, recurrent laryngeal nerve involvement and hemorrhages) and psychological (worry and anxiety at discharge). The objective of this research work was to apply the surgical procedure of total thyroidectomy in a male patient in the fourth decade of life, providing him with nursing care during the postoperative period, taking into account all the needs of the patient through the nursing process, executing appropriate interventions by the nursing professional, during the completion of the Basic Diploma in Surgical Instrumentation dictated by the Universidad de Los Andes (ULA) managing to acquire critical thinking, developing competencies with clinical and surgical skills, promoting surgical awareness.

Key words: glands, thyroid, thyroidectomy, nursing, cancer, tumor, surgery, technique, radioactive iodine.

— INTRODUCCIÓN

La tiroidectomía total es una intervención quirúrgica frecuente en el campo de la cirugía de cabeza y cuello¹. En Venezuela, la especialidad de cirugía es la que se encarga de realizar este procedimiento para tratar diversas afecciones tiroideas, tanto benignas como malignas, tal es el caso del cáncer papilar tiroideo que se desarrolla a partir de las células foliculares y generalmente crece lentamente, es el tipo más frecuente de cáncer de tiroides y habitualmente se encuentra en un lóbulo, aunque en algunos casos aparece en ambos lóbulos².

La glándula tiroides forma parte del sistema endocrino, que regula las hormonas del cuerpo, se encarga de la absorción de yodo del torrente sanguíneo para producir hormona tiroidea y, regular las funciones vitales del cuerpo, como el ritmo cardíaco y el metabolismo. La glándula tiroides está ubicada en la parte frontal del cuello justo debajo de la laringe, normalmente tiene dos lóbulos, uno a cada lado de la tráquea y a su vez están unidos por una estrecha tira de tejido llamada istmo. Una glándula tiroides sana es apenas palpable, lo que significa que es difícil de encontrar a través del tacto³.

La revolución de la cirugía tiroidea se inicia en el siglo XIX con el desarrollo de la anestesia, antisepsia y hemostasia. Albert Billroth y Theodor Kocher son considerados los pioneros de la cirugía tiroidea moderna, tal y como se conoce actualmente. Billroth en 1877, después del advenimiento de la antisepsia y la mejora de la instrumentación, redujo la tasa de mortalidad al 8%. Al mismo tiempo, el suizo Theodor Kocher, considerado el padre de la cirugía tiroidea moderna, realizó tiroidectomías a través de una incisión en collar preservando los músculos pretiroideos. Kocher es, sin duda, el ejemplo de un cirujano de alto volumen quien, con una meticulosa técnica quirúrgica y después de realizar más de 5.000 tiroidectomías, redujo la mortalidad por debajo del 0,5%⁴.

Epidemiológicamente el cáncer de tiroides es el séptimo cáncer más frecuente en las mujeres, a nivel mundial, se estima que en 2020 se diagnosticó cáncer de tiroides a 586.202 personas, las mujeres tienen 3 veces más probabilidades de tener cáncer de tiroides que los hombres. Sin embargo, las tasas de mortalidad entre las mujeres y los hombres son similares, esto sugiere que los hombres tienen un peor pronóstico que las mujeres cuando hay un diagnóstico de cáncer de tiroides⁵.

Dentro de los signos y síntomas más significativos del cáncer de tiroides encontramos: un bulto o masa en el cuello que algunas veces crece rápidamente, dolor en la parte frontal del cuello que irradia a los oídos, ronquera u otros cambios en la voz que persisten, problemas de deglución, dificultad para respirar y tos constante que no se debe a un resfriado⁶. A pesar de la aparición de algunos o casi todos estos síntomas, es indispensable la realización del examen físico, enfocándose en la exploración a nivel del cuello, al igual que la realización de pruebas diagnósticas, como el análisis de sangre, marcadores tumorales, ultrasonido, radiografía, biopsia de aspiración con aguja fina (BAAF), análisis molecular de la muestra, imágenes por radionúclido, tomografía

CASO CLÍNICO QUIRÚRGICO: TIROIDECTOMÍA TOTAL

computarizada (TC o TAC), entre otras pruebas⁷. Los pacientes sometidos a una tiroidectomía total se enfrentan a ciertas complicaciones potenciales, entre las que se menciona la ronquera o pérdida de la voz temporal o permanente, daño a las glándulas paratiroides, sangrado excesivo o formación de un coágulo sanguíneo en el cuello (hematoma) e infección⁸.

En la actualidad posterior a una tiroidectomía total, se emplea el tratamiento con yodo radioactivo (RAI, también llamado I-131) ya que se acumula principalmente en las células de la tiroides, donde la radiación puede destruir la glándula tiroides y cualquier otra célula tiroidea (incluyendo las células cancerosas) que absorbe el yodo, con poco efecto en el resto del cuerpo⁹. El objetivo de este caso clínico fue aplicar el procedimiento quirúrgico de tiroidectomía total en un paciente masculino en la cuarta década de la vida, aplicando todas las etapas del proceso enfermero durante el perioperatorio, como una actividad final evaluativa del Diplomado Básico de Instrumentación Quirúrgica cursado en la Universidad de Los Andes (ULA).

—CASO CLÍNICO QUIRÚRGICO

1. PRESENTACIÓN DEL CASO

Acude paciente masculino de 46 años de edad a facultativo privado con la especialidad en medicina interna, que refiere inicio de enfermedad actual el día 10 de septiembre del 2023 caracterizado por presentar altos niveles de ansiedad, preocupación por la situación económica ya que muchos miembros de su familia dependen económicamente de él, irritabilidad, astenia, adinamia, disfagia, tos persistente, disfonía y disnea de gran esfuerzo, al igual que una sensación de molestia a nivel del cuello que irradia hacia el oído, donde se observa una masa de tamaño no correspondiente a su contextura física, de consistencia dura y móvil a la palpación. Por lo que es valorado y confirmado por imagenología el diagnóstico médico de: aumento de volumen de región antero lateral del cuello a predominio izquierdo; siendo remitido a la especialidad de endocrinología.

A la entrevista refiere antecedentes familiares: madre aparentemente sana, padre diabético, falleció de infarto al miocardio (IM), tío paterno murió de leucemia; como antecedente personal: colecistectomía hace 12 años y alérgico a la picadura de insectos; hábitos tabáquicos desde la edad de 20 años (hace 2 años 2 cajas al día), cafénicos acentuados y alcohólicos esporádicos.

Al examen físico se encuentra neurológicamente orientado en persona, tiempo y espacio, responde al llamado, pupilas isocóricas, reactivas. Cuello móvil, asimétrico, tiroides palpable, dolorosa a la palpación, móvil, bordes irregulares, consistencia dura, pulso yugular no ingurgitado. A nivel respiratorio, tórax simétrico, normo expansible, murmullo vesicular audible (MsVsAs), sin agregados patológicos, ventilando espontáneamente sin soporte de O₂ con saturación capilar de O₂ de 98%. A nivel hemodinámico se encuentra bajo monitoreo cardiaco no invasivo, en ritmo sinusal, normocárdico, con presencia de cifras tensionales de 125/80 mmHg, frecuencia cardiaca de 76 latidos por minuto, presencia de acceso venoso periférico en miembro superior izquierdo recibiendo tratamiento farmacológico indicado.

Entre los exámenes paraclínicos prequirúrgicos se realizó hematología completa, glicemia basal, HIV, VDRL, TP y TPT, creatinina, calcitonina (E), T4 (L), TSH (L) dentro de los valores normales, no reactivos. Estudio ecográfico de glándula tiroides: se explora glándula tiroides y ambas regiones laterocervicales con transductor lineal multifrecuencial de alta resolución en modo B, onda doppler color y pulsado, donde se concluye: 1. Bocio difuso, a predominio de lóbulo tiroideo izquierdo, con leve insinuación intratorácica. 2. Lóbulo tiroideo izquierdo con lesión nodular en su interior, que amerita su correlación histológica. Así mismo, en la BAAF se concluye: nódulo de lóbulo izquierdo de tiroides. Categoría V BETHESDA, diagnóstico presuntivo de malignidad.

Tratamiento farmacológico indicado posterior a la intervención quirúrgica: Yodo radioactivo 100 mCi (milicurios), usualmente la terapia con I-131 se utiliza tanto en patología benigna, como ocurre en el hipertiroidismo (Enfermedad de Graves y nódulos funcionantes), en algunos casos de bocio multinodular no tóxico y en el cáncer bien diferenciado (papilar o folicular) de la tiroides, tanto local como avanzado.

El principal objetivo del tratamiento postquirúrgico con I-131 fue obtener una ablación total de dicho remanente. Al lograrse un “blanqueo” de tejido tiroideo del cuerpo se facilita el seguimiento posterior mediante determinaciones de tiroglobulina en la sangre la que debe permanecer cercana a cero. A su vez, esto permite eliminar un eventual foco tumoral en el remanente e identificar mediante una exploración sistémica posterior la presencia de otros focos ectópicos¹⁰. Entre los efectos colaterales de la terapia con yodo radioactivo se puede mencionar: hinchazón, dolor al palpar el cuello y glándulas salivares, náuseas, vómitos, sequedad de la boca, cambios en el gusto, reduce el lagrimeo lo que provoca sequedad en los ojos, los hombres pueden presentar niveles bajos de semen o, en raras ocasiones, se vuelvan infértiles, las mujeres pueden presentar períodos menstruales irregulares hasta por un año después del tratamiento⁹.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

En la valoración posquirúrgica del paciente se evidenciaron las siguientes etiquetas diagnósticas tomadas de la taxonomía de enfermería, descrita por La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)¹¹ de donde se escogieron tres de ellas y aparecen con la redacción completa de los diagnósticos enfermeros (DxE) que se usarán en los planes de cuidado durante el posoperatorio:

1. (00146) Ansiedad.
2. (00126) Conocimientos deficientes R/C manejo inadecuado de información acerca de la enfermedad actual M/P no saber cómo cuidar de sí mismo luego de la tiroidectomía total.
3. (00148) Temor.
4. (00069) Afrontamiento ineficaz.
5. (00175) Angustia moral.
6. (00044) Deterioro de la integridad tisular.
7. (00132) Dolor agudo.
8. (00103) Tragar deficiente S/A tiroidectomía total.
9. (00004) Riesgo de infección.
10. (00206) Riesgo de sangrado.

CASO CLÍNICO QUIRÚRGICO: TIROIDECTOMÍA TOTAL

11. (00051) Riesgo de comunicación verbal deteriorada R/C lesión de las cuerdas vocales o del nervio laríngeo como consecuencia de la intervención quirúrgica.
12. (00195) Riesgo de desequilibrio electrolítico.
13. (00002) Desequilibrio nutricional por defecto.
14. (00036) Riesgo de asfixia.
15. (00039) Riesgo de aspiración.

2. FASE PERIOPERATORIA

2.1 Preoperatorio

Comprende desde la evaluación endocrinológica hasta el inicio de la intervención quirúrgica: tiroidectomía total. Se realiza la evaluación preanestésica, para evaluar los riesgos (criterios ASA, *American Society of Anesthesiologists*), informar al paciente, obtener su consentimiento informado y realizar la intervención.

El paciente ingresa en la institución y es valorado por el profesional de enfermería, quien realiza la toma de signos vitales, reportando parámetros normales, acordes a la edad, se cateterizó una vía periférica en miembro superior izquierdo con catéter venoso N° 18 para la hidratación parenteral con solución fisiológica 0.9%. Posteriormente es trasladado a la sala quirúrgica para practicarle Tiroidectomía total.

Cuadro 1. Técnica utilizada antes de los procedimientos propiamente dichos de la cirugía.

| Técnica | Descripción precisa |
|---|--|
| Lavado de manos quirúrgico | Antiséptico Soluhex. |
| Secado de las manos | Compresas absorbentes estériles. |
| Vestimenta para la instrumentista y colocación de guantes | Técnica cerrada. |
| Preparación de las mesas quirúrgicas | Mesa circular y mesa auxiliar o de mayo. |
| Conteo de material | Gasas y compresas con medio de contraste, suturas, hojillas de bisturí, solución 0,9%, agua oxigenada, jeringas, guantes, entre otras. |
| Vestimenta para el cirujano | Técnica abierta. |
| Posición elegida y sujeción del paciente | Decúbito dorsal, en posición de Fowler, con ambos brazos al lado del cuerpo, se coloca posicionadores (un campo enrollado por debajo del cuello y los hombros del paciente, bolsa de agua protegido con un campo), para que la hiperextensión del cuello facilite el abordaje. |
| Anestesia | General, inhalatoria. Inducción: Propofol. Relajación: Rocuronio. Mantenimiento: Sevoflurano y coadyuvantes. |
| Preparación del campo quirúrgico del paciente | Se practica antisepsia con yodopovidona solución y se incluye el cuello, los hombros y la parte superior del tórax. Luego se delimita el campo con un hisopo embebido en líquido adhesivo (Adhesol), y se procede a la colocación convencional de los campos fijados con pinzas. |

Fuente: elaborado por las autoras, siguiendo la normativa del formato para publicar casos clínicos quirúrgicos¹².

2.2 Transoperatorio

Abarca desde la entrada al quirófano del paciente hasta que se da por finalizada la intervención quirúrgica de Tiroidectomía total propiamente dicha. Inicia con la colocación del paciente sobre la mesa quirúrgica en decúbito dorsal, en posición de Fowler, con ambos brazos al lado del cuerpo e hiperextensión del cuello facilitando el abordaje. Seguidamente en el cuadro 2 se explica el acto quirúrgico y las intervenciones tanto de enfermería (instrumentista y circulante) como del equipo multidisciplinario.

Cuadro 2. Orden secuencial de los tiempos del abordaje del procedimiento quirúrgico: Tiroidectomía total.

| Paso N° | Procedimiento | Instrumentos y material | Suturas |
|---------|---|--|------------------------------|
| 1 | Delimitación del abordaje. | Lápiz demográfico y sutura | Seda Sutupak 2-0 |
| 2 | Incisión de la piel: consiste en una incisión transversal curvilínea en la zona anterior y media del cuello, a nivel del 2° o el 3er anillo traqueal, entre ambos músculos esternocleidomastoideos. | Mango de bisturí # 4 y # 7 Hojilla de bisturí # 20 y # 15 Diseción Adson con y sin diente (c/d y s/d) | |
| 3 | Preparación de los colgajos: se incide el tejido celular subcutáneo y el músculo cutáneo platisma. Se labra el colgajo respectivo hasta el cartílago tiroides. Luego, se repite la maniobra en el borde inferior y se libera el colgajo hasta la fosa supraesternal para favorecer la exposición del campo. Se puede efectuar la ligadura de las venas yugulares anteriores. | Lápiz electrobisturí Tijera de Metzenbaum Pinza de Adder / Pinza de Allis Diseción de Brown Pinza Halsted curvo | Ligadura de seda Sutupak 2-0 |
| 4 | Incisión del plano fascio-muscular: se secciona la línea blanca cervical o rafe medio en sentido longitudinal, dejando parcialmente expuesta la glándula. Se aísla el lóbulo de los músculos pretiroideos a través del plano de clivaje y se realiza hemostasia. | Lápiz electrobisturí Tijera de Metzenbaum Separador de Farabeuf pequeño Diseción de Adson s/d o Pinza de Bakey Pinza Halsted curvo | Ligadura de seda 3-0 |
| 5 | Ligadura del pedículo superior: se toma la glándula, y tras visualizar la rama inferior del nervio laríngeo superior para evitar lesionarlo, se identifica y liga el pedículo superior. | Pinza de Babcock Pinza Doble utilidad delicada, Cístico o Mixte Pinza Kocher | Ligadura de seda 3-0 |
| 6 | Individualización del nervio recurrente y de las paratiroides: se luxa el lóbulo hacia la línea media y se ligan los vasos medios. En la parte posterior del lóbulo se debe reconocer y respetar las glándulas paratiroides con su pedículo vascular; se las separa de la tiroides por medio de disección roma | Pinza Kocher recta montada con torunda tipo Moñitos Pinza Halsted curvo | Ligadura de seda 2-0 |

CASO CLÍNICO QUIRÚRGICO: TIROIDECTOMÍA TOTAL

| | | | |
|----|---|--|---|
| | delicada. Luego, mediante divulsión y retracción de las estructuras fibrosas paratraqueales, se identifica el nervio recurrente, que debe preservarse. Para no lesionarlo se disecciona hasta su ingreso en la laringe por debajo del cricotiroides. | | |
| 7 | Ligadura del pedículo inferior: se individualiza y se liga. | Pinza de Mixer, ángulo recto o doble utilidad delicada | Ligaduras de seda 3-0 |
| 8 | Divulsión glandular: una vez divididos los pedículos se procede a diseccionar el lóbulo de la tráquea. | Lápiz electrobisturí Tijera de Metzenbaum Pinza de Halsted curva | |
| 9 | Extirpación: se coloca una pinza hemostática en la unión del lóbulo con el istmo. Se secciona el parénquima glandular y el borde remanente residual es ligado usando una sutura continua. | Pinza Halsted Bisturí frío | Sintético absorbible multifilament o Vicryl 3-0 |
| 10 | Cierre de la herida: se efectúa el lavado de la herida con solución fisiológica tibia. Se verifica en forma minuciosa la hemostasia. Se deja colocado un drenaje de Penrouse. Se afronta el rafe medio y el tejido celular subcutáneo. Se coloca apósito compresivo suave. | Jeringa Bonneau o de 20ml Dren de Penrouse Portaagujas Mayo – Hegar Disección de Brown sin diente | Nailon 3-0 aguja curva |
| 11 | Cura quirúrgica | Gasas estériles Alcohol. Apósito de cura | |

Fuente: elaborado por las autoras, siguiendo la normativa del formato para publicar casos clínicos quirúrgicos¹².

Instrumental utilizado

- **Instrumental básico:** caja de Tiroidectomía.

Cuadro 3. Instrumental específico.

| Instrumento | Nombre científico | Uso en la cirugía | Imagen |
|---|-------------------|--|--|
| Pinza de Mixer, angulada o doble función, Pinza de Mixer Lahey-Lower o pinza Geminis. | Mixer | Pinza hemostática se utiliza para prender, separar, ocluir y ligar tejidos de manera puntual y en profundidad. |  https://booksmedicos.org |
| Separadores dinámicos de Senn Miller o separador de garra. | Senn Miller | Retracción de bordes de piel y tejidos más profundos en incisiones pequeñas. |  https://booksmedicos.org |
| Pinza de Adair o pinza de garfio. | Adair | Para aproximar, coger, sujetar, atraer o comprimir el órgano de la piel. |  https://alfamedonline.com/products/pinza-adair |

| | | | |
|---|---------|-----------------------------|--|
| Pinza Debakey, de disección atraumática o vascular. | Debakey | Sostener y sujetar tejidos. |  <p>https://booksmedicos.org</p> |
|---|---------|-----------------------------|--|

Fuente: elaborado por las autoras, siguiendo la normativa del formato para publicar casos clínicos quirúrgicos¹².

Cuadro 4. Misceláneos o material médico quirúrgico especial.

| Material médico quirúrgico | Uso en la cirugía | Imagen |
|---|--|--|
| Moñitos | Se realizan con gasa y se usan para la divulsión roma de tejido. |  <p>https://www.dubois-medica.be/wp-content/uploads/2019/09/Ontwerp-zonder-titel-2019-09-29T184552.572-500x500.png</p> |
| Gasas con medio de contraste | Ejercer compresión y ayudar a detener sangrados, protección de heridas o lesiones, absorción de líquidos y secreciones. |  <p>Fuente: propia.</p> |
| Dren Penrose | Es un tubo suave, plano y flexible hecho de látex. Permite que la sangre y otros líquidos salgan de la región de la cirugía. |  <p>Fuente: propia.</p> |
| Lápiz electroquirúrgico, cauterio monopolar, electrobisturí, bisturí caliente, electrocauterio. | Utiliza corriente eléctrica para coagular y cortar vasos sanguíneos y otros tejidos con fines de hemostasia; también se emplea para disección. |  <p>https://booksmedicos.org</p> |

Fuente: elaborado por las autoras, siguiendo la normativa del formato para publicar casos clínicos quirúrgicos¹².

2.3 Postoperatorio

Comprende el tiempo que transcurre desde la salida del paciente del quirófano hasta la sala de recuperación y culmina con la valoración seriada en la clínica o en el hogar. Se realiza la valoración física, observando cura limpia y seca en el cuello, a nivel de la glándula tiroides, paciente orientado en persona, tiempo y espacio, hemodinámicamente estable, bajo monitorización de signos vitales. Se le brindan los cuidados postanestésicos, aplicación de escalas postsedación, para finalmente proceder al egreso y preparación del alta, proporcionando un cuidado integral y enfocado en disminuir la ansiedad y los estados de irritabilidad, donde se llevó a cabo una vigilancia exhaustiva para evitar las posibles complicaciones y riesgos derivados de la intervención quirúrgica, planteando así los siguientes planes de cuidado e intervenciones de enfermería.

PLANES DE CUIDADO

Cuadro 5. Plan de cuidado con DxE Focalizado en el problema

| Dominio 5: Percepción/cognición. Clase 4: Cognición. DxE: (00126) Conocimientos deficientes R/C manejo inadecuado de información acerca de la enfermedad actual M/P no saber cómo cuidar de sí mismo luego de la tiroidectomía total. | | | |
|---|--|--|---|
| Resultado esperado NOC | Intervenciones de Enfermería NIC | Ejecución | Evaluación |
| (1813) Conocimiento: régimen terapéutico | <p>(5606) Enseñanza individual</p> <ul style="list-style-type: none"> -Establecer confianza en la relación enfermero / paciente. -Valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de la información, respecto a la enfermedad que maneja el paciente. -Corregir las malas interpretaciones de la información. -Incluir a la familia / ser querido. -Determinar la capacidad del paciente para asimilar información específica. -Seleccionar los materiales y métodos/ estrategias de enseñanza adecuados. <p>(7370) Planificación del alta</p> <ul style="list-style-type: none"> -Facilitar información específica y detallada al paciente para los cuidados posteriores al alta. -Explicar la necesidad de una dieta equilibrada y nutritiva. -Identificar alimentos ricos en calcio y vitamina D, los cuales aumentan la reserva y el aporte de calcio. -Instruir en el cuidado de la herida. -Identificar junto al paciente los signos y síntomas que requieren evaluación médica: fiebre, drenaje purulento, eritema, espacios en los bordes de la herida, náuseas, cansancio. -Destacar la necesidad de un seguimiento médico continuo. | <p>C</p> | <p>RH: En vía de cambio</p> <p>FR: Abolido</p> <p>IE: Apropiadas</p> |

Fuente: elaborado por las autoras, siguiendo la Taxonomía NANDA¹¹, NOC¹³ y NIC¹⁴.

Lectura: DxE: Diagnóstico de Enfermería; Código de Ejecución: C= Cumplido, P= Pendiente, EP= En Proceso; Código de Evaluación: RH= Respuesta Humana; FR= Factor Relacionado; IE= Intervenciones de Enfermería.

Cuadro 6. Plan de cuidado con DxE de Riesgo.

| Dominio 5: Percepción/ cognición. Clase 4: Cognición. DxE: (00051) Riesgo de comunicación verbal deteriorada R/C lesión de las cuerdas vocales o del nervio laríngeo como consecuencia de la intervención quirúrgica. | | | |
|---|--|-----------|---|
| Resultado esperado NOC | Intervenciones de Enfermería NIC | Ejecución | Evaluación |
| (0902) Comunicación. | <p>(4976) Mejorar la comunicación: déficit del habla</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar periódicamente la capacidad de hablar en voz alta, prestando atención a la calidad y al tono de voz. | <p>C</p> | <p>RH: No progresa</p> <p>FR: Abolido</p> |

| | | | |
|--|---|---|--------------------------|
| | -Fomentar el reposo de la voz. | C | IE: Apropiadas |
| | -Mantener una comunicación sencilla, formulando preguntas de sí o no. | C | |
| | -Proporcionar métodos alternativos de comunicación. | C | |
| | -Anticipar las necesidades en lo posible, visitando con frecuencia al paciente. | C | |
| | -Mantener un entorno tranquilo. | C | |

Fuente: elaborado por las autoras, siguiendo la Taxonomía NANDA¹¹, NOC¹³ y NIC¹⁴.

Lectura: DxE: Diagnóstico de Enfermería; Código de Ejecución: C= Cumplido; Código de Evaluación: RH= Respuesta Humana; FR= Factor Relacionado; IE= Intervenciones de Enfermería.

Cuadro 7. Plan de cuidado bifocal.

| Dominio 2: Nutrición. Clase 1: Ingestión. DxE (00103) Tragar deficiente S/A tiroidectomía total | | | | |
|---|---|---|---|--|
| CP | Resultado esperado NOC | Intervenciones de Enfermería NIC | Fundamentación Científica | Evaluación |
| Broncoaspiración | (1935) Control del riesgo de aspiración. (1010) Estado de deglución. | (3200) Precauciones para evitar la aspiración - Vigilar el nivel de consciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria. -Ofrecer alimentos y líquidos que puedan formar un bolo antes de la deglución. -Trocear los alimentos en porciones pequeñas. (1860) Terapia de deglución -Evitar el uso de pajitas para beber. -Enseñar a la familia/cuidador las medidas de emergencia para los atragantamientos. (0840) Cambio de posición -Proporcionar un apoyo adecuado para el cuello. -Colocar en una posición que evite tensiones sobre la herida, si es el caso. | -Con el fin de mantener las vías respiratorias libres de elementos extraños y expulsar el exceso de secreciones. -Con la finalidad de evitar atragantamientos en el proceso de deglución, preferiblemente licuar y colar los alimentos. -Su uso permite que en cada sorbo haya cierta entrada de aire, lo que puede causar, dolor, hinchazón y gases. -Tiene por objetivo evitar obstrucciones de la vía aérea a través de la maniobra de Heimlich. -Mantener la cabeza elevada, sobre todo a la hora de dormir, evita que haya exceso de presión en la herida e inclusive disminuye el riesgo de dehiscencia de la sutura o sangramiento de la herida. | Posterior a la ejecución de las intervenciones de los planes de cuidado, el paciente obtuvo resultados satisfactorios en cuanto a su recuperación postoperatoria, logrando su egreso médico y el alta por el personal de Enfermería. |

Fuente: elaborado por las autoras, siguiendo la Taxonomía NANDA¹¹, NOC¹³ y NIC¹⁴.

Lectura: DxE: Diagnóstico de Enfermería; S/A = Secundado a; CP = Complicación potencial.

—DISCUSIÓN

El cuidado que brinda el profesional de enfermería es complejo y variado, y se ha ido adecuando a lo largo de la historia. Etimológicamente, cirugía significa “trabajar” (ergos) “con las manos” (quiro), por ello se define como el “tratamiento” (logos) de las enfermedades (pathos) que se pueden solucionar con procedimientos manuales y procedimientos quirúrgicos presentes según la historia, antes de las culturas clásicas¹⁵.

El diagnóstico de cáncer de tiroides debe realizarse de forma inequívoca, ya que las características histológicas son predictores del pronóstico. Puede tener diseminación hematógena en la presentación inicial, con metástasis a pulmón o hueso, por ello, debe tomarse en cuenta en las pautas de tratamiento la conducción por un equipo multidisciplinario, ya que en pacientes con BAAF indeterminadas (Bethesda 3) un tamaño tumoral mayor de 4 cm debe conducir a la realización de una tiroidectomía total, y si el hallazgo histopatológico confirma el diagnóstico de malignidad, debe administrarse terapia metabólica adyuvante con I-131¹⁶.

La evaluación de estos casos debe ser estudiada de manera exhaustiva ya que implica una gran responsabilidad y acarrea consecuencias tanto en el personal de enfermería, el personal médico y finalmente en el paciente, ya que las complicaciones postoperatorias pueden ser de poca importancia, como el edema de la piel, mientras otras, como la hemorragia (hematoma), lesión del nervio laríngeo recurrente, hipocalcemia, obstrucción respiratoria, entre otros, que pueden poner en peligro la vida del enfermo. Afortunadamente, en la actualidad son escasas, debido a la mejor preparación preoperatoria, y la mayoría de ellas se pueden evitar¹⁷.

Es importante conocer los cuidados de enfermería durante el preoperatorio, mediante el estudio de los factores que determinan la morbilidad y las complicaciones de la cirugía tiroidea, así mismo, los factores de riesgo a través de la historia clínica, exploración, análisis de sangre, ecografía, entre otros. En el intraoperatorio la enfermería quirúrgica, debe enfocarse en proporcionar al paciente cuidados óptimos y un entorno seguro, a fin de evitar daños no deseados en el tratamiento quirúrgico de la enfermedad y finalmente en el posoperatorio de todo paciente sometido a una tiroidectomía total, los profesionales de la salud implicados deben informar y educar tanto a los pacientes, como a sus familiares la necesidad de prevenir complicaciones y contribuir a una calidad de vida imponderable.

—CONCLUSIÓN

Durante el perioperatorio al paciente sometido a la tiroidectomía total, tomando en cuenta las necesidades y respuestas humanas del mismo en el contexto del proceso enfermero, se llevó a cabo la ejecución de intervenciones y acciones apropiadas por parte del profesional de enfermería quirúrgica, mediante el desarrollo del pensamiento, juicio crítico, competencias, habilidades en la práctica y fomentando la concientización quirúrgica incluso en el equipo multidisciplinario involucrado en todas las etapas, con el fin de lograr la cirugía en óptimas condiciones y prevenir complicaciones en el usuario.

—REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bhattacharyya N, Fried MP. Assessment of the morbidity and complications of total thyroidectomy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2002; 128(4):389-92.
2. Diccionario Médico. Tiroidectomía total. Clínica Universidad de Navarra. España [Internet] 2023 [Consultado 18 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/tiroidectomia-total>
3. American Society of Clinical Oncology (ASCO). Cáncer de tiroides: Introducción [Internet] 2022 [Consultado 28 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-de-tiroides/introduccion>
4. Moreno P, Gonzales E, Alberich M, Francos J, García A. Abordajes en cirugía tiroidea. *Cirugía Española*. [Internet] 2021 [Consultado 28 de noviembre de 2023]; 99(4):267-275. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-abordajes-cirugia-tiroidea-S0009739X20302748>
5. American Society of Clinical Oncology (ASCO). Cáncer de tiroides: Estadísticas [Internet] 2022 [Consultado 28 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-de-tiroides/estadisticas>
6. American Cancer Society. Signos y síntomas del cáncer de tiroides [Internet] 2019 [Consultado 28 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-tiroides/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/senales-sintomas.html>
7. American Society of Clinical Oncology (ASCO). Cáncer de tiroides: Diagnóstico [Internet] 2022 [Consultado 28 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-de-tiroides/diagnostico>
8. American Cancer Society. Cirugía para el cáncer de tiroides [Internet] 2019 [Consultado 28 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-tiroides/tratamiento/cirugia.html#:~:text=Si%20se%20extirpa%20toda%20la,le%20llama%20tiroidectomía%20casi%20total>
9. American Cancer Society. Terapia con yodo radiactivo (radioyodo) para el cáncer de tiroides [Internet] 2020 [Consultado 28 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-tiroides/tratamiento/yodo-radioactivo.html>
10. Amaral H. Tratamiento con yodo radiactivo en patología tiroidea. *Medwave* [Internet] 2001 [Consultado 28 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.medwave.cl/2001-2011/2455.html>
11. Herdman H, Kamitsuru S, Takáo C. (eds.). *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023*. 12a. ed. [Internet] España: ELSEVIER; 2021 [Consultado 28 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://tienda.elsevier.es/diagnosticos-enfermeros-definiciones-y-clasificacion-2021-2023-9788413821276.html>
12. Fernández A, Vega M. Esquema para el caso clínico-quirúrgico. Material elaborado con fines docentes. Mérida-Venezuela: Universidad de Los Andes, Escuela de Enfermería; 2023.
13. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud*. 5a. ed. [Internet] España: Elsevier; 2014 [Consultado 28 de noviembre de 2023]. Disponible en:

CASO CLÍNICO QUIRÚRGICO: TIROIDECTOMÍA TOTAL

<https://www.consultadelsiglo21.com.mx/documentos/NOC.pdf>

14. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6a. ed. [Internet]. España: Elsevier; 2014 [Consultado 28 de noviembre de 2023]. Disponible en: https://www.academia.edu/37376104/CLASIFICACION_DE_INTERVENCIONES_DE_ENFERMERIA_NIC
15. Fernández P, Espuñes E. (Coord). Manual de Enfermería Quirúrgica. Volumen 1 [Internet] España: Universitat Autònoma de Barcelona, Servei de Publicacions; 2012 [Consultado 28 de noviembre de 2023]. Disponible en: https://publicacions.uab.cat/pdf_llibres/TRII008.pdf
16. Pineda H, Brito S, Carrillo E, Cepeda A, Huérfano T. Cáncer diferenciado de tiroides de tipo folicular en la infancia y adolescencia. A propósito de un caso. Rev Venez Endocrinol Metab [Internet] 2016 [Consultado 28 de noviembre de 2023]; 14(2):137-143. Disponible en: <https://ve.scielo.org/pdf/rvdem/v14n2/art06.pdf>
17. Sancho S, Vaqué J, Ponce JL, Palasí R, Herrera C. Complicaciones de la cirugía tiroidea. Cirugía Española. [Internet] 2001 [Consultado 28 de noviembre de 2023]; 69(3):198-203. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-complicaciones-cirugia-tiroidea-11000111>



ISSNe 2542-3444

VOLUMEN

11

Número I (2024)

Recibido: 18/10/2023

Aceptado: 13/11/23

DOI: <https://doi.org/10.53766/EHI/2024.11.01.07>

REVISIÓN

Epistemología como crítica del conocimiento en las ciencias de la salud

Epistemology as a critique of knowledge in the health sciences

Silvana Villarreal R. (MSc.)¹

Lisbeth Contreras L. (MSc.)²

David Castillo T. (Dr.)³

¹Farmacéutico, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida, Venezuela. Magíster en Química de Medicamentos, ULA. Profesora Asociada de la Oficina de Educación Médica, Facultad de Medicina, ULA. Correo: silvanarmn@yahoo.es

ORCID: 0009-0001-3102-3438

²Farmacéutico, ULA. Magíster en Salud Pública y Gestión Sanitaria, ULA. Profesora Agregada del Departamento de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Medicina, ULA. ORCID: 0000-0002-3097-1815

³Médico Cirujano, ULA. Doctor en Ciencias Médicas, ULA. Profesor e investigador Titular de la Facultad de Medicina, ULA. ORCID: 0000-0002-1562-5746

RESUMEN

El estudio de la epistemología permite conocer cómo se produce el conocimiento desde una perspectiva comparada, así como desde un enfoque crítico. Además, proporciona los fundamentos sobre los cuales operan las teorías y la investigación. Los profesionales de la salud se suelen inclinar hacia procedimientos analíticos buscando conexiones causales y observables, pero la concepción de la naturaleza del conocimiento es mucho más amplia. Es por ello, que se presenta este escrito dirigido especialmente a los investigadores y profesionales del área de las ciencias de la salud con la finalidad de sembrar la inquietud por leer y conocer más sobre un tema que es de importancia y utilidad a la hora de plantearse un trabajo de investigación o simplemente realizar una lectura. Por lo que los autores se basaron en revisar distintas respuestas dadas a la definición de epistemología, destacando de ellas el proceso desde el punto de vista filosófico, metodológico y reflexivo que posibiliten comprender los saberes de las ciencias de la salud.

Palabras clave: epistemología, ciencia, conocimiento, filosofía, metodología, ciencias de la salud.

SUMMARY

The study of epistemology provides insight into how knowledge is produced from a comparative perspective as well as from a critical approach. In addition, provides the foundations on which theories and research operate. Health professionals tend to lean towards analytical procedures seeking causal and observable connections, but the conception of the nature of knowledge is much broader. For this reason, this paper is especially aimed at researchers and professionals in the area of health sciences with the purpose of sowing an interest in reading and learning more about a topic that is important and useful when considering a research project or simply doing a reading. Therefore, the authors based their work on reviewing different answers given to the definition of epistemology, highlighting the process from the philosophical, methodological and reflexive point of view that makes it possible to understand the knowledge of the health sciences.

Key words: epistemology, science, knowledge, philosophy, methodology, health sciences.

— INTRODUCCIÓN

A la epistemología se le ha dado muchas definiciones en las que la comparan con un punto de vista u observatorio de la realidad, que a través de una lente puede detallarla críticamente para contribuir a su constitución; es decir, no se trata sólo de un proceso de observación sino de participación activa en el hecho o fenómeno que se estudia ⁽¹⁾. Esto ha permitido tener una relación con este fenómeno no sólo en el ámbito personal, sino también en el científico, donde surgen diversas corrientes y sistemas de pensamiento que son, en definitiva, formas de ver el mundo ⁽²⁾.

La epistemología se considera como el estudio metódico y reflexivo del saber, de su organización, formación, desarrollo, funcionamiento y de sus productos intelectuales ⁽³⁾. Las diferentes definiciones de la epistemología se centran principalmente en la interrelación del sujeto con el objeto, donde el objeto material es el conocimiento humano con sus fuentes y el formal es la certeza del conocimiento humano ⁽²⁾.

Por otro lado, la epistemología se basa en el grado de credibilidad, hipótesis, leyes, observaciones o hechos científicos que distingue las diversas ciencias entre sí, agrupándolas según criterios de metodología, fiabilidad, complejidad, etc. Además, su enfoque es sobre las ciencias sociales y su capacidad de predicción frente al de las ciencias naturales ⁽⁴⁾. Por consiguiente, se centra en analizar la naturaleza del conocimiento y cómo se relaciona con nociones conectadas como la verdad, la creencia y la justificación. La epistemología es un estudio de cómo las personas o sistemas de personas conocen las cosas y cómo creen que las saben ⁽⁵⁾.

Con respecto, al área de las ciencias de la salud es multidisciplinaria, caracterizada por las relaciones entre las ciencias naturales y sociales, así como por el mantenimiento y reproducción de una tradición discursiva y práctica de la aplicación del conocimiento científico en el manejo de la enfermedad; reflexiones de orientación epistemológica pasan a hacer parte de la construcción histórica de esta área, estando presentes tanto en la salud colectiva, la llamada medicina social como una alternativa de análisis y comprensión de los conocimientos y de la práctica clínica ^(6,7).

Por lo tanto, el propósito de esta revisión es construir un horizonte de comprensión que permita distinguir la epistemología como filosofía, metodología y reflexión que posibiliten comprender los saberes de las ciencias de la salud. En este contenido se analizará el concepto de epistemología ya que se ha comenzado a utilizar como una manera de percibir y teorizar la realidad.

— DESARROLLO

Cuando se habla de epistemología, se suele relacionar con una ciencia o parte de ella que se encarga de la teoría del conocimiento. Aristóteles creía que la ciencia es aquella que busca comprender la naturaleza de las cosas en su esencia y sus causas. Mientras que, para Jean Piaget, es el estudio del paso de los estados inferiores de conocimiento al estado superior, es decir, cómo

el sujeto conoce ⁽⁸⁾. La epistemología como disciplina surge en el siglo XX, históricamente se ha señalado que para los griegos la ciencia era el conocimiento de los principios y las causas de las cosas, era un conocimiento teórico, no importaba la corroboración empírica, pero en la época moderna el conocimiento científico es una construcción teórica donde su confirmación última es la empírea ⁽⁹⁾.

El término de epistemología se deriva de las palabras griegas *episteme*, que significa conocimiento y *logos* que significa ciencia o razón, por lo que se define como ciencia del conocimiento o diálogo razonable sobre el conocimiento. Es una rama de la filosofía que se ocupa de todos los elementos que buscan adquirir conocimiento ⁽¹⁰⁾. Tal como se emplea en filosofía, la palabra significa la ciencia de la certeza del conocimiento humano, en este caso se utiliza "certeza" para denotar la posesión consciente de la verdad, es decir, el acto o estado mental en el que la mente posee la verdad y sabe que la posee ⁽²⁾.

Aunque se ha querido dar otro significado como filosofía de la ciencia, estudio de la propia ciencia u otras disciplinas, logrando con ello desviar el concepto original y distorsionar el significado de los discursos en los que se utiliza bajo estas definiciones ⁽¹¹⁾. Así pues, la epistemología se basa en la teoría y la experiencia, tomando en cuenta todos los aspectos relacionados con la ciencia. Según Jean Piaget, la epistemología está interesada no sólo en la validez del conocimiento sino también en las condiciones bajo las cuales se adquiere efectivamente ^(12, 5).

También se define como una rama de la filosofía que estudia el fundamento, alcance, límites y validez del conocimiento. Cuestiona qué es el conocimiento y cómo se puede adquirir, así como hasta qué punto se puede conocer un determinado tema ⁽¹³⁾. Está relacionada con otras disciplinas que también abordan temas y problemas del conocimiento, tales como la Gnoseología, la Lógica y la Metodología. En algunos casos, la definición de epistemología se equipara con Gnoseología, ya que en ambos casos está implícito el conocimiento y su surgimiento y adquisición. El término Gnoseología se refiere al estudio del conocimiento humano, mientras que la epistemología hace referencia al estudio del conocimiento científico, es decir, el esclarecimiento de cuestiones relacionadas con el conocimiento científico ⁽¹¹⁾.

Por lo tanto, la epistemología es una disciplina filosófica que estudia las formas de conocer. Lo que significa que, siempre que surja la preocupación de preguntar cómo se produce el conocimiento, se está pensando en términos epistemológicos ⁽⁹⁾. Así, la epistemología es el estudio de cómo los científicos estudian la realidad y en qué se diferencian de los no científicos, cómo y por qué construyen teorías sobre el mundo, qué métodos utilizan, cómo intentan comprobar sus hipótesis, qué razonamientos emplean y en qué medida la investigación está influenciada por la cosmovisión de cada época y por determinantes políticos, económicos y de otro tipo ⁽¹⁴⁾. Por su parte, el epistemólogo estudia las herramientas del científico, sus métodos, su lógica, entre otros aspectos, mientras que el científico se limita simplemente a utilizarlas ⁽¹⁵⁾. Según Briones, citado por Morales ⁽¹⁵⁾ la epistemología es:

El análisis del conocimiento científico, donde se analiza los supuestos filosóficos de las ciencias, su objeto de estudio, los valores implicados en la creación del

conocimiento, la estructura lógica de sus teorías, los métodos empleados en la investigación y en la explicación o interpretación de sus resultados, así como la confirmabilidad y refutabilidad de sus teorías (p.13).

De modo que, la epistemología puede considerarse como una metafilosofía, que estudia desde un nivel más elevado el conocimiento científico, su validez y por supuesto sus implicaciones sociales y humanas. Los científicos la aplican cuando analizan, comparan, critican su propio trabajo intelectual y cuando someten sus hallazgos al escrutinio de sus pares ya sea en congresos o publicaciones, por lo tanto, es importante que posean algunos conocimientos de epistemología para que su trabajo sea más fructífero ⁽¹²⁾.

Es importante resaltar, que la epistemología es ante todo un rol, una actitud: un científico o un filósofo actúa como epistemólogo en la medida que examina a la ciencia misma. Muchos epistemólogos son o fueron filósofos o científicos: Gastón Bachelard comenzó siendo químico, Thomas Kuhn y Mario Bunge se iniciaron como físicos y otros no abandonaron su actividad central de científicos pero tuvieron inquietudes epistemológicas; este es el caso de Freud, en cuya obra es posible identificar párrafos donde propone su punto de vista acerca de cómo hay que hacer ciencia, lo cual constituye un discurso epistemológico ^(14, 16).

Epistemología como filosofía, metodología y reflexión

La epistemología es una ciencia que toma su forma de la filosofía, porque de ella obtiene su legitimidad y materialidad de la ciencia, que es el campo de construcción del objeto, porque en esencia el objeto es la ciencia que se relaciona a través de su referencia axiológica a la verdad ⁽¹⁷⁾. La epistemología como estudio filosófico del conocimiento contribuye a la naturaleza, fuentes y límites del conocimiento científico para la comprensión humana. De acuerdo a Russell, la filosofía implica una crítica del conocimiento científico, preocupada por la armonía de todo el cuerpo de ciencias especiales ^(18, 19).

Tanto los epistemólogos como los filósofos se preocupan por la comprensión adecuada del conocimiento. En el caso de los primeros, la abordan desde la perspectiva del análisis conceptual para caracterizar el conocimiento. Mientras que, los filósofos de la ciencia tienden a estudiar las técnicas y procedimientos utilizados para obtener conocimiento, es decir, cómo funcionan, sus limitaciones y ventajas. Los recursos epistémicos se exploran en las particularidades del campo de estudio y para ello no es necesario un análisis conceptual del conocimiento; simplemente comprender lo que implica asegurar, obtener y evaluar información relevante en un dominio particular ^(18, 20).

Es importante mencionar que existen dos enfoques o paradigmas filosóficos en la investigación científica, a saber, el positivismo y pospositivismo. El primero es cuantitativo y se basa en investigaciones tradicionales, empíricas y experimentales. Busca descubrir la verdadera naturaleza de la realidad y cómo funciona. Por tanto, los positivistas practican la epistemología objetivista. El segundo enfoque es cualitativo y es un modelo filosófico de investigación científica que critica y modifica el positivismo porque afirma que la teoría, los antecedentes, el conocimiento y los valores del investigador pueden influir en lo que se observa. Este paradigma cree que el

conocimiento humano no se fundamenta en una base sólida e incuestionable, sino en la construcción del mismo; así pues, cree tanto en la realidad como en el positivismo, sin embargo, existe una opinión que afirma que la realidad sólo puede conocerse de manera imperfecta y probabilística porque está basada en la construcción humana ^(21, 22).

Por tanto, un buen investigador siempre debe establecer los supuestos epistemológicos que guían su investigación. Estos dos enfoques filosóficos representan paradigmas específicos entre los que uno elegiría cuidadosamente dependiendo de la naturaleza de su investigación. Como investigador filosófico, se tiene el deber de explicar la causa de la realidad e investigar y cuestionar todo lo relacionado con la investigación. En palabras de Aristóteles: Todos los hombres por naturaleza desean saber. Este deseo humano natural de conocer la verdad es una de las piedras angulares de la filosofía ⁽²¹⁻²³⁾.

Con respecto a la epistemología como metodología, se refiere a que ambos conceptos tienen el mismo objeto de estudio el cual se conoce como ciencia y como ésta se basa en el conocimiento (*episteme*), además de proceder de acuerdo a un método por cuanto proponen la implementación de una reflexión epistemológica que implica subordinar el uso de las técnicas de investigación a las condiciones y límites de su validez ⁽²⁴⁾. Asimismo, se ha señalado que la epistemología está más relacionada con la metodología que con la filosofía ya que la epistemología ha dejado de preguntarse por “el ser de la ciencia” para preguntarse “qué hace la ciencia” y en este sentido la metodología ha terminado por coincidir con la epistemología. Su objeto de estudio es, la ciencia como proceso ⁽²⁵⁾.

Así pues la presencia de la epistemología en la metodología radica en la importancia de denotar el tipo de afirmaciones de conocimiento realizadas a través de los métodos de investigación, quienes adoptan implícitamente una postura epistémica y esto se debe a que el método o los resultados aceptables de un estudio pueden entrar en conflicto con las fuentes de evidencias. La metodología permite crear conocimiento pero no garantiza resultados aceptables, ya que la validez, veracidad, confiabilidad o utilidad de este nuevo conocimiento se manifiesta a través de la epistemología ^(24, 26).

Por otro lado, cuando se habla de metodología lo que se entiende es el estudio de los principios que guían a quienes investigan un campo del conocimiento. Esto significa una revisión crítica del método/métodos de una investigación para analizar las ventajas y desventajas del proceso cognitivo en comparación con el alcance asumido ⁽²⁷⁾. Epistemológicamente, el discurso metodológico no se centra en la presentación del método en sí, sino en los principios de su aceptación o no, incluidas todas las consecuencias que se derivan de su uso o no. La epistemología proporciona una base filosófica –la validez– que legitima el conocimiento y el marco para un proceso que, mediante el uso de una metodología "rigurosa" (que consiste en una gama completa de métodos de investigación), producirá respuestas que pueden considerarse válidas y confiables, replicables y representativas ⁽²⁸⁾.

Ahora, cuando se habla de metodología de la investigación se hace referencia a una disciplina que establece estándares para la correcta aplicación del método científico, los cuales variarán según el tipo de investigación. Examina el método científico no desde una perspectiva

teórica sino práctica. Por ello, se imparte en las universidades para que los estudiantes o profesionales comprendan cómo realizar una indagación científica; es decir, su orientación es esencialmente normativa. Su interés no está en la lógica del método, sino en cuestiones prácticas relacionadas con su instrumentación técnica y manipulación estadística a través de métodos de recolección e interpretación de datos para un conocimiento más profundo de fenómenos y eventos significativos considerados como objetos de investigación ⁽²⁷⁾.

Para concluir este punto, es importante resaltar que la metodología y la epistemología abordan diferentes áreas problemáticas y, por lo tanto, mientras el metodólogo busca estrategias para avanzar en el conocimiento, el epistemólogo podría cuestionar el valor pretendido a los datos y muestras. Desde esta perspectiva Klimovsky, citado por Cazau⁽¹⁴⁾ manifiesta que:

La metodología puede ser posterior a la epistemología porque debe contar con criterios para evaluar su método; pero también la metodología puede ser anterior, como cuando alguien inventa un método y luego aparece el epistemólogo, quien puede verse en la necesidad de justificarlo en el marco de su propia disciplina. Por otra parte, a diferencia de lo que sucede con el epistemólogo, el metodólogo no pone en tela de juicio el conocimiento ya obtenido y aceptado por la comunidad científica (p. 123).

La epistemología, como reflexión sobre lo que producen las disciplinas científicas lo que busca es evaluar la naturaleza y calidad del conocimiento científico, la verdad o falsedad de sus teorías, o cómo brindar explicaciones adecuadas, o cuál es la estructura formal y conceptual de sus teorías. Debe existir una conexión entre explicar y predecir un fenómeno. Además de plantear problemas basados en los diferentes métodos y leyes científicas. Por lo tanto, al hablar de reflexión se aplica una introspección consciente a través de diálogos con pares sobre temas relevantes y críticos para una participación sistemática en la investigación-acción, fomentar un aprendizaje profesional profundo y generar un cambio sostenible en un campo de conocimiento ⁽²⁹⁾.

Hay que tener en cuenta que la epistemología es una disciplina filosófica altamente especulativa, es decir, basa su accionar en la reflexión y no en la experimentación. Se interesa en el conocimiento científico en cómo es, y no en como debería ser, por lo que es una parte importante de la teoría de la ciencia ⁽¹²⁾. En este sentido, la ciencia se trata de ver el conocimiento científico como algo que forma parte de la vida humana, no sólo de sus deseos, sino también de sus necesidades. Por tanto, la epistemología también debe hacerlo. Una visión epistemológica donde como investigadores se logre ser capaces de pensar y reflexionar sobre el alcance de las observaciones, objetivamente con verificación o comprensión científica y no basada en opiniones personales sino en creencias epistemológicas para reflejar la validez de los puntos de vista de los expertos, hacer preguntas razonables y realizar investigaciones científicas para obtener evidencia objetiva ^(1, 30).

Así, la epistemología es una práctica continua y en movimiento en un mundo dinámico en el que, aunque perturbado por leyes fijas e inmutables, el científico-investigador por diversas razones (principalmente en confrontación y reflexión con otros) es responsable de todo ⁽³⁰⁾. La idea de reflexionar sobre la propia práctica encarna la esencia del ser profesional en un ambiente de

trabajo. En el caso de las ciencias de la salud la epistemología reflexiva busca determinar las condiciones en que se da un fenómeno para sistematizar el conocimiento relacionando al sujeto (paciente) y el objeto (la causa de una enfermedad).

La epistemología en las ciencias de la salud

La tendencia en el campo de la salud como en cualquier ciencia, es dar prioridad a la investigación temática específica apoyado en procedimientos y técnicas estadísticas tradicionales que garantizan la validez de los resultados. Por lo tanto, es importante que los integrantes de las ciencias de la salud conozcan las valoraciones epistemológicas que sustentan el rigor científico en dichas pesquisas. Si bien las ciencias de la salud son consideradas una rama dentro de las ciencias sociales, su especificidad requiere pensar constantemente en cómo se reorientan sus fundamentos a partir de los resultados encontrados en la práctica, contribuyendo así a su enriquecimiento epistemológico ^(7, 31).

En este caso, en términos de la base epistemológica, se debe considerar cuidadosamente la fuerte influencia y el acceso de los nuevos conocimientos a través de los desarrollos tecnológicos y las crecientes demandas de la sociedad por los problemas de salud en la población, lo que plantea cuestiones nuevas y sustanciales en el pensamiento epistemológico; logrando la reconstrucción de preguntas de investigación que acerquen al profesional de la salud a la ejecución innovadora de su trabajo científico, con el fin de adquirir un papel estratégico en la generación de conocimiento socialmente útil en el campo de la salud y la enfermedad ⁽³²⁾.

Además, esto permite formar recursos humanos de alto nivel con capacidad de pensamiento epistémico para enfrentar la realidad que se quiere conocer y de esta manera analizar los diferentes niveles del proceso salud-enfermedad, problematizar experiencias y generar hipótesis que permitan el rediseño de modelos y propuestas de nuevos axiomas, leyes y teorías ⁽⁶⁾. Cabe recordar que, a través de la epistemología, se busca mostrar que el uso de preguntas es una forma confiable de sustentar proyectos de investigación en salud, que orientan el proceso de reflexión en torno a la práctica científica, al tiempo que posibilitan identificar problemas que pueden ser o no intervenidos directamente, de modo que el enfoque epistémico permite innovar en las formas de relacionarse con el conocimiento, creando nuevas formas de abordar los problemas de salud, entrando en juego nuevas formas de relacionarse como persona y como profesional ⁽³²⁾.

— CONCLUSIÓN

En última instancia, la epistemología se ocupa de la naturaleza del conocimiento válido, de lo que se puede conocer y de quién puede ser un conocedor. Esto, es válido utilizarlo para describir cualquier teoría relacionada con la ciencia; es decir, todo lo que tiene conexión con la ciencia también la tiene con la epistemología. Por lo tanto, es necesario comprender el proceso del conocimiento científico en su totalidad, lo que proporciona razón suficiente para que la epistemología sea parte fundamental de los planes de estudio de cualquier disciplina científica.

Como se mencionó, muchos científicos se involucran inconscientemente en la epistemología, al mostrar interés en determinar si el conocimiento y las herramientas que utilizan

son válidos y objetivos. Además, se puede decir que el trabajo científico es esencialmente epistemológico ya que ambas tienen como finalidad comprobar un enunciado siendo un profesional reflexivo, informado, metódico y riguroso en su actuar.

En resumen, como científicos en el campo de las ciencias de la salud, se debe adoptar una perspectiva epistemológica, lo que significa poseer una conciencia reflexiva del mundo, por mucho que se interprete a través de argumentos propios racionales. Es una epistemología que abarca la naturaleza y el trabajo de una disciplina particular, rodeada de muchas otras que pueden complementarla. Si bien la ciencia no puede entenderse a sí misma, la epistemología es necesaria para comprender el proceso del conocimiento científico en su totalidad.

Finalmente, es importante resaltar que la investigación no es simplemente una recitación y desecho de hechos obtenidos de otros académicos, sino más bien un entrenamiento de la mente para pensar y repensar con el fin de generar nuevos conocimientos. Si se afirma tener una noción genuina en cualquier área de investigación o recopilación de información, se debe estar preparado para ofrecer el tipo de explicación del conocimiento que es constitutivo de la epistemología. Ser un profesional de la salud contemporáneo requiere competencia para buscar, encontrar, comprender, validar e implementar evidencia de la literatura científica para poder brindar un servicio de salud basado en la evidencia.

— REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguilar F, Bolaños R, Villamar J. Fundamentos epistemológicos para orientar el desarrollo del conocimiento. [Internet] Quito-Ecuador: Universidad Politécnica Salesiana Abya-Yala; 2017 [consultado 2023 marzo 11]. Disponible en: <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/14904/1/Fundamentos%20epistemologicos.pdf>
2. Toohey J. Notes on Epistemology. [Internet] Washington, D.C.: Georgetown University; 2007 [consultado 2023 marzo 25]. Disponible en: https://cdn.mises.org/Notes%20on%20Epistemology_2.pdf
3. Duarte E. Por una epistemología de la Salud Colectiva: los conceptos sociológicos. *Revista Salud Colectiva*. [Internet] 2010 [consultado 2023 marzo 25]; 6 (1):11-19. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/731/73115246002.pdf>
4. Ramirez-Cano J, Mora W. Epistemological Reflection of Science and Technology Leading to the Integration of Science, Technology and Engineering. *International Journal of Applied Engineering Research*. [Internet] 2019 [consultado 2023 agosto 31]; 14(1):212-219. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/330923504_Epistemological_Reflection_of_Science_and_Technology_Leading_to_the_Integration_of_Science_Technology_and_Engineering
5. Choque J. Actualidad de la epistemología y enseñanza de la ciencia en postgrado. *Revista Delectus*. [Internet] 2019 [consultado 2023 agosto 29]; 2(1). Disponible en: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/390/3902682003/>
6. Rillo A, Martínez-Carrillo B, Jaimes-García J, Elizalde-Valdés V. Campos problemáticos para un curso de epistemología de las ciencias de la salud. *Revista Humanidades Médicas*. [Internet] 2017 [consultado 2023 agosto 31]; 17 (1):50-65. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/hummed/hm-2017/hm171e.pdf>
7. Garrido-Suárez B. Evolución histórica de la epistemología y el estudio del dolor: Lugar de la

- neuromodulación electroacupuntural en las investigaciones del dolor experimental. *Journal of Pharmacy & Pharmacognosy Research*. [Internet] 2013 [consultado 2023 agosto 29]; 1(1):2-29. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4960/496050264002.pdf>
8. Jaramillo L. ¿Qué es Epistemología? *Revista Cinta de Moebio*. [Internet] 2003 [consultado 2023 agosto 31]; 18(diciembre):0. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10101802>
9. Robert Y. La epistemología crítica como corriente epistemológica de las diferentes líneas teóricas de la psicología. [Internet] Mendoza-Argentina: I Jornada Nacional de Investigación en Ciencias Sociales de la UNCuyo; 2016. [consultado 2022 febrero 1]. Disponible en: <https://bdigital.uncu.edu.ar/9682>
10. Solano J. Fundamentos de Epistemología. Una visión desde el Caribe colombiano. [Internet] Barranquilla-Colombia: Universidad Simón Bolívar; 2010 [consultado 2022 marzo 11]. Disponible en: https://doctoradousbcienciaseducacion.files.wordpress.com/2013/01/epistemologc3ada_final_ok-in-dd-1.pdf
11. Rodríguez A. ¿CUÁL ES EL SIGNIFICADO ACTUAL DE LA RELACIÓN EPISTEMOLOGÍA – FILOSOFÍA - PEDAGOGÍA? *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*. [Internet] 2009 [consultado 2023 marzo 28]; 5(1):9-25. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1341/134115204002.pdf>
12. Campos N. La epistemología: qué es realmente y su aplicación en pedagogía. *Filosofía y Educación del Siglo XXI*. [Internet] 2023 [consultado 2022 febrero 16]. Disponible en: <https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/4861/50004.pdf?sequence=1>
13. Garzón M, Cardona M, Segura A, Rodríguez F. Posturas epistemológicas desde la epidemiología clásica y latinoamericana en el dilema de la causalidad y la determinación en epidemiología. *Rev CES Salud Pública*. [Internet] 2018 [consultado 2023 febrero 15]; 9(1):22-32. Disponible en: https://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/5022
14. Cazau P. Evolución de las relaciones entre la epistemología y la metodología de la investigación. *Paradigmas*. [Internet] 2011 [consultado 2023 febrero 20]; 3(2):109-126. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3798214>
15. Morales S. ¿Qué es la epistemología y para qué le sirve al científico? *Ciencia del Sur*. [Internet] 2019 [consultado 2022 febrero 16]. Disponible en: <https://cienciasdelsur.com/2019/07/04/que-es-la-epistemologia-y-para-que-le-sirve-al-cientifico/>
16. Samaja J. *Epistemología de la Salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires-Argentina: Lugar S.A.; 2004.
17. Gómez de G. M. Para una reflexión epistemológica sobre la ciencia de la información. *Revista Signo y Pensamiento*. [Internet] 2007 [consultado 2023 marzo 28]; XXVI(50):46-61. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/860/86005005.pdf>
18. Moser P. Epistemology. *Encyclopedia of Library and Information Sciences*. [Internet] 2010 [consultado 2023 agosto 9]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/288829852_Epistemology
19. Robertt P, Lisdero P. Epistemología y metodología de la investigación sociológica: reflexiones críticas de nuestras prácticas de investigación. *Revista Sociologías*. 2016 [consultado 2023 junio 14]; 18(41):54-83. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/868/86845316004.pdf>
20. Bueno O. Chapter 11. Epistemology and Philosophy of Science. In Humphreys Paul (ed.). *The Oxford Handbook of Philosophy of Science*. [Internet] New York: Oxford University Press; 2016.
21. Muchanga M. Reflexive Debate on Use of Philosophy in Scientific Research. *International Journal of Humanities Social Sciences and Education (IJHSSE)*. [Internet] 2020 [consultado 2023

- agosto 12]; 7(6):208-213. Disponible en: <https://www.arcjournals.org/pdfs/ijhsse/v7-i6/22.pdf>
22. Martínez A, Ríos F. Los Conceptos de Conocimiento, Epistemología y Paradigma, como Base Diferencial en la Orientación Metodológica del Trabajo de Grado. *Revista Cinta Moebio*. [Internet] 2006 [consultado 2023 julio 15]; 25:111-121. Disponible en: <https://cintademoebio.uchile.cl/index.php/CDM/article/view/25960/27273>
23. Padrón J. Qué es la epistemología. Venezuela: Universidad del Zulia. [Internet] 2014. [consultado 2023 agosto 12]. Disponible en: <http://padron.entretemas.com.ve/QueEsLaEpistemologia.pdf>
24. Tennis J. Epistemology, Theory, and Methodology in Knowledge Organization: Toward a Classification, Metatheory, and Research Framework. *Knowledge Organization*. [Internet] 2008 [consultado 2023 junio 11]; 35(2/3):102-112. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/244476873_Epistemology_Theory_and_Methodology_in_Knowledge_Organization_Toward_a_Classification_Metatheory_and_Research_Framework
25. Samaja J. EPISTEMOLOGÍA Y METODOLOGÍA. Elementos para una teoría de la investigación científica. [Internet] Buenos Aires-Argentina: Eudeba; 2005.
26. Jepsen I, Toxvig L, Nielsen A. Teaching Epistemology – Workshop as a Method for making Epistemology Relevant to Students. *MedEdPublish*. [Internet] 2021 [consultado 2023 agosto 12]; 10:140. Disponible en: <https://doi.org/10.15694/mep.2021.000140.1>
27. Csorba D. The Relationship between Epistemology and Methods of Historical Research in Pedagogy. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. [Internet] 2013 [consultado 2023 agosto 12]; 76:237-242. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.04.105>
28. Sumner A, Tribe M. The nature of epistemology and methodology in development studies: what do we mean by ‘rigour’? [Internet] In ‘The nature of Development Studies’, DSA Annual Conference, ‘Bridging research and policy’. London: Church House, 6 November 2004 [consultado 2023 agosto 12]. Disponible en: <http://www.lamolina.edu.pe/postgrado/pmdas/cursos/METODOLOGIA/Lecturas/05%20The%20nature%20of%20epistemology%20and%20methodology.pdf>
29. Feucht F, Brownlee J, Schraw G. Moving Beyond Reflection: Reflexivity and Epistemic Cognition in Teaching and Teacher Education. *Educational Psychologist*. [Internet] 2017 [consultado 2023 agosto 25]; 52(4):234-241. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/00461520.2017.1350180>
30. Guo X, Hao X, Deng W, Ji X, Xiang S, Hu W. The relationship between epistemological beliefs, reflective thinking, and science identity: a structural equation modeling analysis. *International Journal of STEM Education*. [Internet] 2022 [consultado 2023 agosto 12]; 9:40. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s40594-022-00355-x>
31. Santos H. La formación científica de los investigadores en salud pública. *Biociencias*. [Internet] 2019 [consultado 2023 octubre 31]; 14(2):49-66. Disponible en: <https://doi.org/10.18041/2390-0512/biociencias.2.6020>
32. Llapar C, Quintana L, Valcárcel N. Leyes y principios de las ciencias médicas. Su aplicación en endoscopia. *Ciencias Pedagógicas e Innovación*. [Internet] 2014 [consultado 2023 octubre 31]; 41-47. Disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/7745/1/UPSE-RCP-2014-Vol.2-No.1-005.pdf>



ISSNe 2542-3444

VOLUMEN

11

Número I (2024)

Recibido: 10/9/2023 Aceptado: 27/10/23 DOI: <https://doi.org/10.53766/EHI/2024.11.01.08>

SEMBLANZA

Semblanza histórica de Cora Contreras de Rodríguez

Historical profile of Cora Contreras de Rodríguez

Magaly Medina (Lcda.)

Licenciada en Comunicación Social, Universidad del Zulia, Venezuela. Trabajó en los diarios: Panorama del Zulia, El Tiempo de Valera, El Vigilante de Mérida, Alcaldía de El Vigía y Policía de Mérida. Actualmente jubilada. Correo electrónico: consuelo1950_portes@hotmail.com
ORCID: 0009-0008-4911-3061

RESUMEN

En la presente semblanza se destaca, por parte de la autora, la amistad, admiración y el respeto hacia la vida profesional de una de las enfermeras más sobresaliente e ilustre a nivel nacional, la Licenciada Cora Contreras de Rodríguez.

Palabras clave: semblanza, narración, enfermería, profesión, logros, Cruz Roja Venezolana.

SUMMARY

In this profile, the author highlights the friendship, admiration and respect for the professional life of one of the most outstanding nurses at the national level, Cora Contreras de Rodríguez.

Key words: profile, narration, nursing, profession, achievements, Venezuelan Red Cross.

— DESARROLLO

Existen personas que impactan la vida de la gente sin quererlo, su personalidad, su espiritualidad, su solidaridad, su forma de presentarse ante un público ávido de soluciones a sus problemas, su forma de ejercer la profesión, e igualmente, de aplacar los ánimos sin gritos ni pedantería.

Eso me pasó a mí con la Licenciada Cora Contreras de Rodríguez, hace unos 22 años en pleno ejercicio de mi profesión en El Vigía. Hubo un conflicto con el personal de enfermeras auxiliares y licenciadas en el hospital de esa ciudad. Ni siquiera el director de ese entonces pudo controlarlo ni dar las soluciones que requerían estos profesionales. Necesariamente, era urgente la presencia de la Jefa de Enfermeras de la Comisionaduría Regional de Salud, cargo ejercido en el momento por Cora Contreras de Rodríguez. Era la primera vez que veía al personaje.

El espacio donde se llevaría a efecto el encuentro era un auditorio pequeño, pleno de gente con ansias de hablar en la búsqueda de soluciones al desencuentro que mantenía paralizadas las actividades. De pronto, se abrió la puerta principal y entró una señora elegante y educada. La calificué así por su forma de expresar la introducción de su asistencia a ese centro asistencial. En sus manos portaba sus carpetas de trabajo que abrió de inmediato. En síntesis, controló la situación, expuso los pro y los contra del conflicto, y luego de que hablaran los presentes; sin titubeos, presentó las soluciones y todos salieron felices y contentos a reiniciar sus labores.

A partir de ese día, siempre recordaba a esa señora que me cayó muy bien. Leía con avidez las declaraciones que emitía desde Mérida, entrevistada por mis colegas de los medios impresos.

Pasaron algunos años y me vine a vivir a la ciudad de Las Cinco Águilas Blancas, Mérida, específicamente en el sector Santa Juana. Posteriormente, un día, por curiosidad, me acerqué al ambulatorio de la Cruz Roja, como lo conocía en ese entonces. Recorrí sus pasillos, averigué el jardín que estaba en pleno verdor y florido. Pregunté quién era el director de la institución y me respondieron que se llamaba Cora Contreras de Rodríguez, di un respingo y me emocioné al encontrar de nuevo, frente a frente, a la señora que tanto admiraba. De inmediato, me presenté y le recordé donde la había conocido, a partir de acá, la empatía se profundizó, y me conquistó para integrarme a esa organización humanitaria.

Recuerdo con gran admiración y respeto, el empeño y esmero que se impuso para dotar de los equipos al área quirúrgica. En esta tarea nos enroló a Bianile Rivas, a otros periodistas y a mi persona. Igualmente a directores de medios de comunicación radial, impresos, televisivos, y a una serie de personalidades que se identificaron con esta obra. Conformó un excelente equipo que contribuyó a realizar, con gran éxito, un tele-radio maratón a fin de recabar fondos que se invirtieron en el equipamiento de la Unidad de Cirugía Ambulatoria "Dr. Pedro José Manrique Lander", inaugurada justamente cuando se celebraron los 12 años de la fundación de la Cruz Roja, Seccional Mérida y, a tres años y medio de haber entrado el funcionamiento el Ambulatorio "Dr. Joaquín Mármol Luzardo".

Como una mujer de armas tomar para las luchas sociales, asistenciales y gremiales, continuó con tesón y vehemencia su trabajo como presidenta de la Cruz Roja merideña y como brazo fundamental del ambulatorio al que mantuvo como "una tacita de oro" hasta entregarlo a la actual presidenta, la Doctora María Cristina D'Avila, quien continúa en la misma tónica.

También es importante destacar que, durante su vida profesional Cora Contreras de Rodríguez, además de ser una de las fundadoras de la Cruz Roja en Mérida, el 12 de abril de 1985, y con el anhelo de obtener mayores conocimientos para su desarrollo profesional a fin ofrecer sus servicios con alta calidad, obtuvo su Licenciatura en Enfermería en la Universidad de Carabobo de Valencia; logró la Especialización en Derecho Internacional Humanitario en la Universidad Santa María de Caracas; logró el Curso Medio de Salud Pública en la Universidad de Los Andes (ULA) de Mérida (Figura 1); realizó los cursos de Formación de Agentes de Atención Primaria en Salud (APS), efectuados en el Centro de Formación para la Cooperación y Desarrollo de la Cruz Roja Española en la Universidad de Cáceres, España (Figura 2); curso que dictó 13 veces en la Cruz Roja Venezolana Seccional Mérida, egresando a 168 profesionales de las ciencias de la salud; además llevó a cabo los cursos de Administración en Enfermería en la Escuela de Enfermería, ULA; Mejoramiento Profesional en Docencia, ULA; Planificación y Programación, ULA; Curso Post Básico en Supervisión y Administración, Escuela de Enfermería "Dr. Francisco Antonio Riquez", Cruz Roja Venezolana, entre otros.



Figura 1. Curso Medio de Salud Pública, ULA, Mérida. 1985. Lcda. Cora, la segunda a la izquierda en la segunda fila.



Figura 2. Curso de APS, Universidad de Extremadura, Cáceres-España. 1992. Lcda. Cora, la cuarta en la segunda fila.

Participó activamente en la organización y puesta en marcha del Hospital Universitario de Los Andes en Mérida. Organizó y coordinó los cursos de especialización de las enfermeras. Recorrió toda la geografía del estado supervisando para que se cumpliera con los programas de Atención Primaria de Salud. Participó en la apertura de nuevos ambulatorios. Contribuyó para que se aplicaran modernos métodos para el bien de los pacientes y usuarios. En el campo gremial se dedicó a mejorar las condiciones de trabajo de las enfermeras de la región. Durante dos periodos fue presidenta del Colegio de Licenciados en Enfermería. Asimismo, ocupó el cargo de

Coordinadora Nacional de APS en la Cruz Roja Venezolana, durante varios años.

Fueron 32 años de vida profesional dedicados al campo de la salud en el Ministerio de Salud y Asistencia Social. "Al analizarlos siento un sabor agri dulce. Hubo tristezas, alegrías, triunfos y frustraciones. Pero al final se cumplieron todas mis metas", dice Cora. "Por considerarme una Cruzrojoista nata, debido a que desde los 14 años ingresé a estudiar Enfermería en la Escuela de Caracas, siento un gran respeto por esta noble Institución. Por ello, mi mayor satisfacción la he tenido al haber logrado uno de mis más anhelados sueños, ver la Cruz Roja tal como está".

Quiero incluir en esta semblanza, un capítulo de su vida que me removi6 las emociones. Leí un escrito de ella donde narra el día que cumpli6 sus 15 años en medio de mucha gente, pero en el mar de la soledad. Tenía un año estudiando en la Escuela de Enfermeras "Dr. Francisco Antonio Riskey" de la Cruz Roja Venezolana en Caracas (Figura 3). Un día muy triste para ella, por cuanto, a las siete de la noche, nadie la había felicitado, ni siquiera persona alguna le había dado un abrazo de amistad. Fue un día intenso de trabajo como tantos otros. Pero como dice el dicho "Dios tarda pero no olvida", la enviaron a cuidar a un señor, que al presentarse le dijo que era el Dr. Augusto Pineaud, quien de inmediato le notó la tristeza en su rostro, y con mucho afecto, al saber de su cumpleaños, la trató con tanta bondad que ella se sentía como reina. Es tan así, que al día siguiente, le brindó el desayuno en el lujoso comedor de la residencia "Me felicitaba y decía que yo iba a ser una gran enfermera", y luego, le envi6 a la Escuela una cajita de regalo que contenía un prendedor de oro con ocho rubíes. Palabras sabias y benditas porque ella demostr6 hasta el día de su jubilación que era una excelente profesional. Años después fue condecorada con la Medalla Augusto Pineaud, como lo dice ella "Este era mi mayor anhelo".



Figura 3. Graduación de Enfermera, Cruz Roja, Caracas. 1959.

Considero que esta fue la puerta de entrada a esa fructifera vida personal y profesional que mucha gente conoce, tanto en Mérida como en otros estados donde reside un sinnúmero de amigos, colegas y pacientes que la recuerdan con alto agradecimiento.

Cora contreras de Rodríguez arribó el 30 de abril de 1966 a la ciudad de Mérida a fin de quedarse por poco tiempo pero el destino le cambió los planes. "Dios quiso que me quedara en esta tierra que me cobijó y la quiero más que si hubiese nacido en ella". Aquí formó su familia con su inseparable César Rodríguez (Figura 4), un gran personaje. Comenzó a trabajar como enfermera en la Maternidad Mérida donde vio nacer a muchos merideños. Concluyó su labor activa como Enfermera Jefa de Salud en la Región. En el lapso comprendido entre el primer y último cargo hizo una labor destacada en los campos asistencial, docente, administrativo y gremial.



Figura 4. Lcda. Cora con su esposo. Celebración de los 100 años de la Cruz Roja Venezolana. 1995.

Actualmente (Figura 5) se dedica a escribir, algo que le apasiona, habiendo publicado su primer libro titulado *Enfermera. Una vida con propósito*.



Figura 5. Lcda. Cora en la actualidad.



ISSNe 2542-3444

VOLUMEN

11

Número I (2024)

Recibido: 25/11/2023 Aceptado: 28/3/2024 DOI: <https://doi.org/10.53766/EHI/2024.11.01.09>

ACTIVIDAD ACADÉMICA

Diseño del Diplomado en Enfermería Gerontológica

Design of the Diploma in Gerontological Nursing

Alba Fernández (Dra.)

Licenciada en Enfermería, ULA. Magíster en Educación, Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL), Mérida. Doctora en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia (UN), Bogotá-Colombia. Postdoctora en Gerencia para el Desarrollo Humano (ULA). Profesora Titular Jubilada, Escuela de Enfermería, ULA.

Correo electrónico: revistaehi@gmail.com ORCID: 0000-0002-3829-5401

RESUMEN

Se presenta el diseño del Diplomado en Enfermería Gerontológica, estructurado de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de Programas de Formación, Actualización y Capacitación Profesional de la Universidad de Los Andes, aprobado por el Consejo Universitario el 23/5/2011, con el objetivo de actualizar al participante en el conocimiento del envejecimiento y capacitarlo en las habilidades de cuidado, tanto en el hogar como en las instituciones sanitarias para mejorar la salud y la calidad de vida del adulto mayor.

Palabras clave: diseño, diplomado, Enfermería Gerontológica, envejecimiento, adulto mayor.

SUMMARY

The design of the Diploma in Gerontological Nursing is presented, structured in accordance with the provisions of the Regulations for Education, Updating and Professional Training Programs of the Universidad de Los Andes, approved by the University Council on 5/23/2011, with the objective to update the participant in the knowledge of aging and train them in care skills, both at home and in health institutions to improve the health and quality of life of the elderly.

Keywords: design, diploma, Gerontological Nursing, aging, elderly.

— INTRODUCCIÓN

Uno de los grandes retos que ofrece el nuevo milenio es la expansión inusitada de los adultos mayores, es decir, aquellos individuos de 60 y más años. Este fenómeno está ocurriendo a un ritmo acelerado, especialmente en los países en desarrollo. A nivel mundial, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, en el 2020, este grupo etario, fue mayor que el de niños menores de cinco años; en 2030, una de cada seis personas tendrá 60 años o más, lo que significa que aumentará a 1400 millones; es decir, entre 2020 y 2030, el porcentaje de habitantes del planeta mayores de 60 años aumentará un 34%. Más aún, en el año 2050, se habrá duplicado (2100 millones). Esta organización predice que el número de personas de 80 años o más se triplique entre 2020 y 2050, hasta alcanzar los 426 millones.

En cuanto a América Latina y el Caribe, autores como Huenchuan², refieren que en 2017, había 76,3 millones de personas mayores (12%) en esta región. Estiman que en 2030, ascenderá a 121 millones (17%) y, en 2060, será un total de 234 millones de personas mayores de 60 años (30%). Al comparar con los datos anteriores de la OMS, se deduce que entre el 2050-2060, casi la mitad de adultos mayores a nivel mundial, se encontrará en América Latina y el Caribe.

Específicamente, Venezuela, según el XIV Censo Nacional de Población y Vivienda realizado por el Instituto Nacional de Estadística en el año 2011 y presentado en el 2013³ -siendo el último elaborado en este país - reportó una población total de 28.946.101 habitantes (50,3% mujeres y 49,7% hombres), lo que significó una tasa anual de crecimiento de 1,6% con respecto al censo del 2001. Se infiere que este país no escapa al acontecimiento poblacional mundial, evidenciado por la existencia de 1.574.706 adultos mayores (5,8%) de la población general; para el 2025 se proyecta el 11% de personas de la tercera edad.

Esta situación de aumento de mayores en la pirámide poblacional a nivel mundial se explica principalmente por la reducción de la tasa global de fecundidad, el descenso de la mortalidad general, la mejor asistencia en salud, las diferencias de vida actuales con relación a las épocas anteriores; lo que se traduce en una mayor esperanza de vida o ganancia de años de vida⁴⁻⁶.

Con relación a la esperanza de vida en Venezuela, según los últimos datos de la OMS publicados en el 2020⁷, quedó para el hombre en 69,9 y en la mujer 78,2. Lo que se expresa en una esperanza de vida total de 73,9. En este parámetro, en comparación con el año 2011, se reportó un descenso en el caso de los hombres porque estuvo en 71,8, mientras que en las mujeres, aumentó, ya que fue de 77,9.

A pesar de las cifras reportadas, este grupo etario, posee aún poca representación demográfica en nuestra nación, lo que explica que, por una parte, la gran mayoría de programas sociales, culturales, educativos, se encuentran dirigidos a la población joven. Pero, a su vez, a nadie escapa que este cambio y acelerada expansión poblacional que está ocurriendo desde hace décadas, acarrea enormes implicaciones o consecuencias de diversa índole en los principales

ámbitos: sociedad, asistencia sanitaria, economía, política, familia, debido al protagonismo, exigencias, necesidades y características particulares de este grupo, muy diferentes al resto de la población.

Se considera que el gobierno deberá avocarse a la implementación de programas en instituciones universitarias, intervenciones en todos los niveles de salud, para la promoción del fortalecimiento y el bienestar de estas personas; de lo contrario, permanecerán aisladas del sistema social-político-económico, lo que conllevará a su vulnerabilidad física y emocional.

Lo anterior está contemplado por la Organización de Naciones Unidas⁸, en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en Madrid, España, donde recomendó a los países de América Latina y el Caribe cumplir con varios desafíos - que más de 20 años después aún están vigentes - relacionados con el envejecimiento, entre los cuales se destaca, el fomento de la salud y el bienestar en la vejez, para lo cual presentó como objetivo promover la formación de recursos humanos a través de planes nacionales de capacitación en gerontología y geriatría del personal de salud, en todos los niveles de atención.

Enfermería, constituye sin duda alguna, el profesional del equipo de salud, que puede impactar más decidida y profundamente en la atención y el cuidado de los adultos mayores, por su gran espíritu de colaboración y sensibilidad humana, cualidades que unidas a la preparación académica, lo capacita para ofrecerle a este grupo, las oportunidades de bienestar y dignidad que se merece dentro de la sociedad. Además de estar consciente de varias situaciones que están ocurriendo o podrían presentarse: que esta población aumenta vertiginosamente, que en algún momento, bien sea dentro de la familia, comunidad o fuera del país, le corresponderá atender a pacientes geriátricos, que para ello, requiere comprender, conocer tanto los cambios que produce el envejecimiento como los problemas específicos de salud que deben enfrentar los mayores.

Aunque, de acuerdo a Alcántara⁹ “las condiciones del trabajo de enfermería han cambiado sus características en el marco de la emergencia humanitaria compleja que padece Venezuela, con su consecuente y continua diáspora”. A esto, Barbar¹⁰, citado por el autor, agrega que “la estampida de los profesionales de la salud conllevó que ya para 2018, en Venezuela había 1 enfermera por cada 1.062 habitantes. El déficit de este personal era de 76,46%. Se necesitaban 88.348 enfermeras adicionales para alcanzar el estándar planteado por la OMS. Venezuela contaba con 27.200 enfermeras y debió tener 115.548”.

La gran mayoría de estos profesionales que ha migrado a otros países, sobre todo a Europa, se ha visto en la necesidad de cuidar a las personas mayores, por lo general, a nivel domiciliario; algunos de los cuales, se presume, que no están cualificados para realizar esta actividad, ya que en nuestro país, como lo expresa Fernández¹¹ es casi inexistente el personal capacitado en el área geriátrica y este déficit se explica porque no se ha incluido de manera sistemática asignaturas de contenido gerontológico y geriátrico en los programas académicos de las carreras relacionadas con las ciencias de la salud: Medicina, Enfermería, Nutrición, Odontología, Trabajo Social. Se podría inferir que el sistema educativo superior aún no ha tomado conciencia de que la salud del adulto mayor, más que un derecho humano, es un problema de profundas implicaciones sociales y políticas que requiere ser incluido en los diseños curriculares bajo la perspectiva de un abordaje holístico e interdisciplinario.

En tal sentido, la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes (ULA), comprometida con la sociedad venezolana, debe ofrecer al egresado, la actualización profesional en el área gerontológica que le aporte las competencias para identificar los factores internos y externos que afectan la salud bio-psico-social-espiritual del adulto mayor, realizando un diagnóstico enfermero congruente con la situación observada y formulando planes de acción que ofrezcan un cuidado de Enfermería gerontológico preventivo, progresivo, continuo e integral, tanto en la familia como en la comunidad.

En concordancia con lo expuesto, el Departamento de Enfermería en Fundamentos, Clínica y Quirúrgica de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes (ULA), ofrece desde el año 2018 el Diplomado en Enfermería Gerontológica, teórico-práctico (tratando de cumplir con el desafío planteado por la ONU⁸) el cual fue diseñado, implementado y siempre actualizado por la autora de este artículo, con el objetivo general de que los participantes logren profundizar en los conocimientos sobre los diversos aspectos relativos al envejecimiento y adquieran las habilidades en el cuidado integral de los adultos mayores que les permita prevenir los numerosos problemas que más padecen: enfermedades crónicas, depresión, limitaciones físicas y mentales, dependencia, entre otras y, se logre el rescate de la dignidad y de la calidad de vida de este importante grupo poblacional, tanto en el área asistencial como en el hogar.

De igual manera, con este diplomado, se espera fortalecer los programas de extensión, formación, actualización y capacitación profesional de la ULA; especialmente, la Escuela de Enfermería, cumplirá con la responsabilidad y el compromiso de contribuir con esta institución y la sociedad a la cualificación de profesionales en la atención holística de los adultos mayores, ya que, mediante la acreditación, Enfermería, contará con mejores oportunidades laborales en hospitales, centros de estancia diurna de mayores, cuidados a domicilio, centros residenciales, entre otros.

DESARROLLO DEL DIPLOMADO

El Diplomado en Enfermería Gerontológica se estructuró siguiendo lo establecido en el Reglamento de Programas de Formación, Actualización y Capacitación Profesional de la Universidad de Los Andes, aprobado por el Consejo Universitario el 23/5/2011¹².

IDENTIFICACIÓN DEL DIPLOMADO

El Diplomado en Enfermería Gerontológica está dirigido, mayormente, a técnicos superiores y profesionales en Enfermería, con el propósito de profundizar el conocimiento acerca de la temática y fortalecer las capacidades en el cuidado del adulto mayor.

MISIÓN

Capacitar al personal de Enfermería en el cuidado integral del adulto mayor, asegurando un trato digno y una mejor calidad de vida.

VISIÓN

El Diplomado en Enfermería Gerontológica será líder en la constante capacitación con elevada calidad académica del personal de Enfermería en el cuidado integral del adulto mayor a nivel local, regional, nacional e internacional.

OBJETIVOS

Objetivo general

Actualizar al participante en el conocimiento del envejecimiento y capacitarlo en las habilidades de cuidado, tanto en el hogar como en las instituciones sanitarias, para mejorar la salud y la calidad de vida del adulto mayor.

Objetivos específicos

1. Precisar los términos asociados al adulto mayor: concepto, situación demográfica y relación salud-enfermedad.
2. Analizar los conceptos básicos de envejecimiento: teorías, Gerontología, Geriatria, derechos del adulto mayor, muerte y duelo.
3. Identificar los cambios de orden fisiológico y las modificaciones funcionales resultantes del proceso involutivo senil en el organismo humano.
4. Desarrollar habilidades y destrezas en los cuidados al adulto mayor.
5. Valorar mediante instrumentos la parte funcional y mental del adulto mayor.
6. Determinar la importancia del grupo familiar durante la vejez.
7. Aplicar el proceso enfermero al adulto mayor.

REQUISITOS DE INGRESO

- Ser Técnico Superior, Licenciado en Enfermería o estudiante avanzado. Extensivo a médicos, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud interesados en la temática.
- Original y fotocopia del título expedido por una universidad nacional.
- Fotocopia de la cédula de identidad.
- Dos fotografías tamaño carnet.
- Carta de compromiso.
- Resumen curricular.
- Solvencia del Colegio de Profesionales de Enfermería.
- Llenar la planilla de pre y de inscripción.
- Recibo de cancelación para la inscripción.
- Contar con computadora, internet.
- Disponer de tiempo para cursar exitosamente sus estudios.

REQUISITOS DE APROBACIÓN, CERTIFICACIÓN Y EGRESO DE LOS ALUMNOS

- Aprobación del diplomado con 15 puntos, sin aproximaciones, según lo establecido en el Ordinal 21 del Artículo 26 de la Ley de Universidades y el Reglamento del Programa de

Formación, Actualización y Capacitación de la Universidad de Los Andes de fecha 23/05/2011¹².

- Cumplimiento de la metodología evaluativa.
- Cumplimiento de los trámites administrativos.
- El participante que cumpla con la nota establecida, se le entregará la Credencial de Aprobación.
- El participante que no cumpla con la nota mínima aprobatoria, se le entregará solo la Credencial de Asistencia.

PERFIL DEL EGRESADO

Al finalizar el diplomado el participante contará con el conocimiento, las habilidades y destrezas necesarias para brindar un cuidado integral al adulto mayor, lo que contribuirá a su preparación académica y dispondrá de mayores oportunidades de empleo y mejores retribuciones económicas.

PERFIL DE LOS DOCENTES

El Diplomado en Enfermería Gerontológica estará a cargo de la profesora titular jubilada Alba Fernández del Departamento de Enfermería en Fundamentos, Clínica y Quirúrgica de la Escuela de Enfermería de la ULA, unidad de adscripción del mismo. Esta profesora coordinará la programación, administración, desarrollo, evaluación y la adecuada culminación del diplomado, ya que reúne los siguientes requisitos:

- Título profesional de cuarto y quinto nivel (maestría, doctorado, postdoctorado).
- Experiencia comprobada en el área propuesta: cofundadora del Club “Dulce Atardecer” del Centro Ambulatorio Médico Integral de la Universidad de Los Andes (CAMIULA)¹³; coordinadora de la Red Iberoamericana de Asociaciones de Adultos Mayores (RIAAM-Mérida); fundadora y profesora de la Cátedra Electiva “Cuidados de Enfermería al Adulto Mayor”; tesis para obtener el grado de Magíster en Gerencia Educativa titulada: “Propuesta sustentada en el enfoque del proceso administrativo para la Cátedra Abierta “Florence Nightingale” en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes para mejorar la calidad de vida del adulto mayor”¹⁴; tesis de Doctorado en Enfermería titulada: “Efecto de una intervención educativa de Enfermería en el fortalecimiento de la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso ambulatorio de Tunja-Boyacá, Colombia”¹⁵; autora de varios artículos sobre la temática en revistas nacionales e internacionales; tutora de tesis de pre y postgrado relacionadas con el envejecimiento; autora de libros relativos a la temática^{11,16}, autora y diagramadora de videos y folletos sobre el autocuidado en el adulto mayor.
- Capacidad de organización, conducción y desarrollo en la parte administrativa: participación como profesora en otros diplomados; coordinadora del mismo diplomado desde sus inicios; docente, jefe de cátedra y de departamento en la Escuela de Enfermería-ULA; organizadora, coordinadora y ponente en eventos científicos.

Las unidades establecidas en el plan de estudios del diplomado estarán a cargo de la coordinadora, profesores de la Escuela de Enfermería, de otras dependencias de la ULA y externos a ésta, quienes contarán con título profesional y experiencia en la materia.

ESTRUCTURA CURRICULAR DEL PLAN DE ESTUDIO

El diplomado consta de siete (7) unidades curriculares, cada una con su respectivo contenido programático y los elementos requeridos, que se pueden observar en la siguiente tabla 1.

Tabla 1. Estructura curricular del plan de estudio.

| UNIDADES CURRICULARES | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | CONTENIDO | ESTRATEGIAS DE ENSEÑANZA | CARGA HORARIA |
|--|--|--|--|----------------------|
| I. Aspectos generales sobre el adulto mayor. | Precisar los términos asociados al adulto mayor: concepto, situación demográfica y relación salud-enfermedad. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Conceptualización del adulto mayor. 2. Situación demográfica del adulto mayor a nivel mundial. 3. Situación de salud del adulto mayor. 4. El adulto mayor hospitalizado. | <p>Asignación de lecturas.</p> <p>Exposición oral.</p> | 8 horas. |
| II. Envejecimiento. | Analizar los conceptos básicos de envejecimiento: teorías, Gerontología, Geriatria, derechos del adulto mayor, muerte y duelo. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Conceptos de envejecimiento. 2. Teorías del envejecimiento. 3. Conceptos de Gerontología y Geriatria. 4. Derechos de los adultos mayores. 5. Muerte y duelo. | <p>Exposición grupal.</p> <p>Discusión en clase.</p> | 6 horas. |
| III. Cambios asociados al envejecimiento. | Identificar los cambios de orden fisiológico y las modificaciones funcionales resultantes del proceso involutivo senil en el organismo humano. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Talla y peso. 2. Piel y anexos. 3. Órganos de los sentidos. 4. Sistema músculo-esquelético. 5. Sistema cardiovascular. 6. Sistema respiratorio. 7. Sistema neurológico. 8. Sistema gastrointestinal. 9. Sistema urinario. 10. Sistema endocrino. 11. Sistema reproductor. | <p>Lectura del material.</p> <p>Elaboración de mapas conceptuales.</p> | 20 horas. |
| IV. Cuidados al adulto mayor | Desarrollar habilidades y destrezas en los cuidados al adulto mayor. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Significado y definiciones de cuidado. 2. Conceptualizaciones de cuidado humano. 3. Relación enfermería-adulto mayor. 4. Teoría de enfermería de déficit de autocuidado. 5. Cuidados en la higiene corporal. 6. Cuidados en la movilización. 7. Cuidados de la piel. 8. Cuidados en la alimentación. 9. Cuidados en la eliminación. | <p>Lectura del material.</p> <p>Demostración práctica.</p> | 20 horas. |

DISEÑO DEL DIPLOMADO EN ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA

| | | | | |
|---|---|--|--|-----------|
| V. Instrumentos para la valoración funcional y mental del adulto mayor. | Valorar mediante instrumentos la parte funcional y mental del adulto mayor. | 1. Instrumentos aplicables al adulto mayor. 2. Valoración funcional. Índice de Barthel. 3. Valoración mental. Minimental. | Lectura del material. Llenado de instrumentos. | 8 horas. |
| VI. Familia y adulto mayor. | Determinar la importancia del grupo familiar durante la vejez. | 1. Importancia de la familia para el adulto mayor. 2. Convivencia con el adulto mayor. | Lectura del material. Elaboración de un ensayo. | 4 horas. |
| VII. Proceso Enfermero en Gerontología. | Aplicar el proceso enfermero al adulto mayor. | 1. Generalidades sobre el proceso enfermero. 2. Etapas del proceso enfermero: I. Valoración. II. Diagnóstico Enfermero. III. Planificación o Planeación. IV. Ejecución. V. Evaluación. | Test preclase. Lectura del material. Participación individual. Elaboración y presentación del caso clínico. | 14 horas. |

Fuente: elaboración propia.

METODOLOGÍA PEDAGÓGICA

Modalidad de estudio

Con el fin de facilitar oportunidades a todos los interesados, el diplomado ofrecerá las siguientes modalidades: a) Presencial (clases teóricas y prácticas), b) Semipresencial (entre encuentros y a través de internet), c) A distancia (mediante el uso de los medios digitales). De acuerdo a la modalidad será la programación de actividades.

El diplomado, como ya se mencionó, constará de una parte teórica y una práctica. En la teórica, que se cumplirá en 80 horas, como se observa en el plan de estudio (tabla 2), la mayor carga del desarrollo de las actividades recaerá sobre el docente coordinador -contará con la colaboración de otros profesores, si lo considera necesario- quien velará y cumplirá con los objetivos de las respectivas unidades, mediante la aplicación de algunas estrategias de enseñanza como: participación, discusión, exposiciones, clases interactivas, lecturas, mapas conceptuales, elaboración de ensayos, test pre y postclase, videos, entre otras. Este bloque teórico será días sábados de 9:00 p.m. a 4:00 p.m.

En la parte práctica, que se cumplirá en 40 horas (tabla 2), se organizará en grupos, según el número de participantes para asistir al Laboratorio General de la Escuela para observar, practicar y reforzar las demostraciones de cuidado por parte de los docentes, con la finalidad de adquirir las habilidades, destrezas y competencias previas a acudir a los centros geriátricos donde realizarán las prácticas directas y donde se les asignará un adulto mayor para que elaboren el caso clínico. El bloque práctico se cumplirá dos días a la semana, previo acuerdo con los alumnos, en horarios de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

CUPO

Mínimo: 10 participantes.

Máximo: 25 participantes.

DURACIÓN

El diplomado tendrá una duración de 120 horas, distribuidas en 15 semanas, así: 80 horas (67%) corresponde a la parte teórica y 40 horas (33%) a la práctica (equivalente a 6 Unidades Crédito o Crédito Académico) lo que se evidencia en la tabla 2 de la densidad horaria.

DENSIDAD HORARIA

La densidad horaria del diplomado se condensa en la siguiente tabla 2.

Tabla 2. Densidad horaria del diplomado.

| UNIDADES CURRICULARES | HORAS SEMANA | | TOTAL HORAS SEMANA |
|---|----------------|-----------------|--------------------|
| | HORAS TEÓRICAS | HORAS PRÁCTICAS | |
| I. Aspectos generales sobre el adulto mayor. | 8 | | 8 |
| II. Envejecimiento. | 6 | | 6 |
| III. Cambios asociados al envejecimiento. | 20 | | 20 |
| IV. Cuidados al adulto mayor. | 20 | 20 | 40 |
| V. Instrumentos para la valoración funcional y mental del adulto mayor. | 8 | | 8 |
| VI. Familia y adulto mayor. | 4 | | 4 |
| VII. Proceso Enfermero en Gerontología. | 14 | 20 | 34 |
| TOTAL | 80 | 40 | 120 |

Fuente: elaboración propia.

MECANISMO DE EVALUACIÓN Y DE SEGUIMIENTO

Seguidamente, se exponen los mecanismos o estrategias tanto de evaluación como de seguimiento del diplomado.

Estrategias de evaluación

El bloque teórico se evaluará con tres (3) parciales, donde se distribuirán las unidades con sus respectivos temas, porcentajes y puntajes de la siguiente forma:

- Primer Parcial: Unidades I, II y III (20% = 4 puntos)
- Segundo Parcial: Unidades IV y V (20% = 4 puntos)
- Tercer Parcial: Unidades VI y VII (30% = 6 puntos)

El bloque práctico se evaluará con un 30% = 6 puntos. Para un total del 100% = 20 puntos.

Nota: la calificación estará ponderada en la escala de 1 a 20 puntos, siendo la nota mínima aprobatoria de 15 puntos, sin aproximaciones, según lo establecido en el Ordinal 21 del Artículo 26 de la Ley de Universidades y el Reglamento del Programa de Formación, Actualización y Capacitación de la ULA de fecha 23/05/2011¹².

Estrategias de seguimiento

Para la comprobación del correcto desarrollo de todas las actividades del diplomado, se cumplirá con las siguientes estrategias de seguimiento: control de asistencia, presentación de parciales, sugerencias sobre las exposiciones, asesorías individuales por parte del profesor, recuperativos de temas y prácticas, autoevaluación, coevaluación, entre otras.

VIABILIDAD-RECURSOS REQUERIDOS

El diplomado contará con los siguientes recursos y otros que le garanticen la viabilidad y el óptimo desenvolvimiento y calidad en todas las actividades programadas:

Infraestructura: salón de clase y laboratorio general de la Escuela de Enfermería y centros geriátricos de la localidad.

Recursos humanos: se contará con el profesor-coordinador del diplomado, dos expertos invitados, una secretaria administrativa, el personal de los sitios de práctica y los participantes inscritos en el mismo.

Recursos materiales: pizarrón, tiza, borrador, marcadores acrílicos, programa del curso, material mimeografiado y bibliográfico, celulares personales, revistas, libros, fotocopias, papelería, material de oficina, Video Beam, computadora portátil, impresora, tinta negra y a color, cartulinas para credenciales, entre otros.

Recursos financieros: el diplomado tendrá autonomía financiera, según el Programa de Formación, Actualización y Capacitación de la ULA de fecha 23/05/2011¹², a excepción de lo que determine el Consejo Universitario de la ULA.

En estos recursos económicos, se considerará el índice inflacionario establecido en el país para el valor del arancel y de la matrícula en el momento de las inscripciones; el cual servirá para cubrir honorarios de los docentes, el porcentaje para las obvenções de la ULA, el material fotocopiado (módulos, exámenes, credenciales y otros recursos materiales), el trabajo de la secretaria.

La coordinadora del diplomado entregará a la unidad de adscripción, un informe de las actividades desarrolladas y los pormenores de las Partidas de Ingreso y Egresos, en un lapso de quince (15) días hábiles finalizado el mismo, para su revisión y cumplimiento de los trámites respectivos.

DIRECCIÓN Y COORDINACIÓN ACADÉMICA-ADMINISTRATIVA

El Diplomado en Enfermería Gerontológica, tendrá su dirección y coordinación académica-administrativa en la Escuela de Enfermería de la ULA de Mérida-Venezuela, ubicada en la Calle 24 entre las Avenidas 7 y 8, N° 7-80, Departamento de Enfermería en Fundamentos, Clínica y Quirúrgica, Teléfono de oficina: 0274-2403038. La coordinación estará a cargo de la profesora titular jubilada Alba Fernández, quien velará por el adecuado desarrollo del diplomado desde la preinscripción hasta la entrega de credenciales. La secretaria administrativa se encargará de responder y atender a los interesados; llevar el censo de preinscripción; realizar el listado de inscripción; recibir los requisitos de ingreso y el recibo de cancelación; llevar el registro de ingresos y egresos; colaborar con la coordinadora en las actividades programadas y en la elaboración de las credenciales.

— REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. [Internet]. 2022 [consultado 2021 mayo 12]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Huenchuan S. (ed.) Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Perspectiva regional y de derechos humanos. [Internet] 2018 [consultado 2021 febrero 10]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44369/1/S1800629_es.pdf
3. Instituto Nacional de Estadística. Censo de la población venezolana. (Septiembre-noviembre 2011). [Internet] 2013. [consultado 2021 febrero 10]. Disponible en: http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com_content&view=category&id=95&Itemid=26
4. Briceño R. Longevidad. México: McGraw Hill; 2000.
5. López J, Cano C, Gómez J. Fundamentos de Medicina. Geriatria. Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2006.
6. Papalia D, Wendkos S, Duskin R. Desarrollo Humano. 8ª ed. México: McGraw Hill; 2001.
7. Organización Mundial de la Salud. Venezuela: esperanza de vida. [Internet]. 2022 [consultado 2022 marzo 28]. Disponible en: <https://www.worldlifeexpectancy.com/es/venezuela-life-expectancy>
8. Organización de Naciones Unidas. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, España, abril 8-12, 2002, [Internet] 2002 [consultado 2021 febrero 10]. Disponible en: <https://www.un.org/es/conferences/ageing/madrid2002>
9. Alcántara G. Covid-19 y trabajadoras de salud en Venezuela desde el enfoque de género. Revista Enfermería Historia e Investigación. [Internet]. 2021 [consultado 2021 febrero 10]; 8(2):46-59. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/enfermeria/article/view/17319>
10. Barbar R. Las enfermeras venezolanas frente a la pandemia. En: Alcántara G. (2021). Covid-19 y trabajadoras de salud en Venezuela desde el enfoque de género. Revista Enfermería Historia e Investigación. [Internet]. 2021 [consultado 2021 febrero 10]; 8(2):46-59. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/enfermeria/article/view/17319>
11. Fernández A. Cuidados enfermeros al adulto mayor. Mérida: Producciones Karol; 2013.
12. Universidad de Los Andes, Consejo Universitario. Reglamento de Programas de Formación, Actualización y Capacitación Profesional de la Universidad de Los Andes. Mérida; 2011.
13. Rangel MA, Fernández A. Atención integral al adulto mayor en la Universidad de Los Andes: “Club Dulce Atardecer”. Revista Enfermería, Historia e Investigación [Internet]. 2016 [consultado 2021 junio 1]; 3(1,2):56-75. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/enfermeria/article/view/9911/9841>
14. Fernández AR. Propuesta sustentada en el enfoque del proceso administrativo para la Cátedra Abierta “Florence Nightingale” en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. Tesis de maestría. Mérida-Venezuela: Instituto de Mejoramiento Profesional del Magisterio, Universidad Pedagógica Experimental Libertador; 2005.
15. Fernández A. Efecto de una intervención educativa de Enfermería en el fortalecimiento de la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso ambulatorio de Tunja-Boyacá-Colombia. [Tesis de doctorado]. Bogota-Colombia: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2010 [consultado 2021 junio 1]. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/11202>

16. Fernández AR, Manrique FG. Intervención educativa de enfermería. Diseño, calidad y propiedades psicométricas. España: Editorial Académica Española; 2012.

*Esta versión digital de la revista **Enfermería, Historia e Investigación (EHI)**, se realizó cumpliendo con los criterios y lineamientos establecidos para la edición electrónica en el **Volumen 11, Número I (2024)**, publicada en el repositorio institucional SaberULA. Universidad de Los Andes–Venezuela*

*www.saber.ula.ve
info@saber.ula.ve*