



# ENFERMERÍA HISTORIA *e* INVESTIGACIÓN

VOLUMEN

13

Número 1 (2026)

ISSNe 2542-3444



Universidad de Los Andes  
Vicerrectorado Académico



Cdchta ula

Consejo de Desarrollo  
Científico, Humanístico,  
Tecnológico y de las Artes



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:** Manuel Joaquín Morocoima (E)**DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA:** Gerardo J. Tovitto Paredes**DIRECTOR DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA:** Asdrúbal Velasco**EQUIPO EDITORIAL****EDITORA JEFE:** Dra. Alba Rosa Fernández, Nombramiento: 2021- Correo: albafer@ula.ve Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela**EDITOR ADJUNTO:** Dr. Gustavo Alcántara, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela**COMITÉ EDITORIAL****Miembros nacionales**

Dra. Alba Rosa Fernández, Correo: albafer@ula.ve Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela

Dr. Gustavo Alcántara, Correo: galcantara@ula.ve Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela

Dra. María Vega de Peña, Correo: mvega@ula.ve Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela

**Miembros internacionales**

Dr. Eduardo Sánchez Uzcátegui, Correo: ejsanchez@uloyola.es Universidad Loyola-Andalucía, España

Dra. Karina Díaz Morales, Correo: kdiaz@uv.mx Universidad Veracruzana (UV), Veracruz-México

MSc. María Eugenia Vega, Correo: mevega@poligran.edu.co Institución Universitaria Politécnico Gran Colombiano (POLI), Cúcuta-Colombia

Dra. Yennys Katusca Benavente Sánchez, Correo: yennysbenavente@unat.edu.pe Universidad Nacional Autónoma de Tayacaja "Daniel Hernández Morillo" (UNAT), Pampas, Tayacaja-Perú

Dra. Viviana Marycel Céspedes, Correo: vmcespedesc@unal.edu.co Universidad Nacional de Colombia (UNAL), Bogotá-Colombia

Dra. Olga Osorio Murillo, Correo: olga.osorio@javerianacali.edu.co Pontificia Universidad Javeriana (PUJ), Cali-Colombia

Dr. José Antonio Peña Vega, Correo: penaj@ohsu.edu Medicine Oregon Health &amp; Science University (OHSU), Portland, Oregon-Estados Unidos

Dra. Génesis Ivanoba Briceño Parra, Correo: parra@ohsu.edu Medicine Oregon Health &amp; Science University (OHSU), Portland, Oregon-Estados Unidos

**COMITÉ CIENTÍFICO Y DE ARBITRAJE**

Dra. Karina Díaz Morales, Universidad Veracruzana (UV), Veracruz-México

MSc. Camilo Eduardo Bautista Saavedra, Universidad de Boyacá (UB), Tunja-Colombia

Dra. Viviana Marycel Céspedes, Universidad Nacional de Colombia (UNAL), Bogotá-Colombia

Dra. Olga Osorio Murillo, Pontificia Universidad Javeriana (PUJ), Cali-Colombia

Dra. Flor María Parra Falcón, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela

Dra. Digna Escobar, Universidad de Carabobo (UC), Valencia-Venezuela

Dra. María Teresa Miralles, Universidad Alcalá de Henares (UAH), Madrid-España

Dr. Eduardo Sánchez Uzcátegui, Universidad Loyola-Andalucía, España

Dr. Ricardo Ruiz, Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL), Mérida-Venezuela

Dra. María Vega de Peña, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela

Dra. Alba Rosa Fernández, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela

Dr. Gustavo Alcántara, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela

MSc. María del Carmen Álvarez, Universidad Central de Venezuela (UCV), Caracas-Venezuela

Dr. Asdrúbal Velasco Cañas, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela

**CONCEPTO GRÁFICO Y DISEÑO EDITORIAL:** Dr. Gustavo Alcántara. galcantara@ula.ve.com**IMAGEN DE PORTADA:** fotografías cedidas por 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.

© 2026. 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.

**5-6 EDITORIAL****INVESTIGACIÓN**

- 7-17 Calidad de atención en salud mental universitaria, basada en el modelo de Donabedian  
*Quality of care in university mental health, based on the Donabedian model*  
ROSALÍA UZCÁTEGUI, NAILA ELIANAIA MONTILLA GELVIZ, ORIANA DEL VALLE VERGARA VERGARA

**CASO CLÍNICO**

- 18-26 Dengue con signos de alarma: análisis de un caso con complicaciones sistémicas  
*Dengue with warning signs: analysis of a case with systemic complications*  
JACKSON LENNO ROJAS RANGEL, LISETH DEL CARMEN CONTRERAS TORRES, OSNEIBER DANIEL ALBARRÁN PAREDES, EDICMAR SALCEDO CASTILLO
- 27-38 Síndrome autoinmunitario multiorgánico paraneoplásico y carcinoma de lengua: una asociación poco frecuente  
*Paraneoplastic multiorgan autoimmune syndrome and tongue carcinoma: a rare association*  
INDIRA ROSA BRICEÑO DÍAZ, MARÍA GREGORIA VEGA DE PEÑA, GREANA AGUILERA

**ARTÍCULO DE REVISIÓN**

- 39-48 La Salud Pública y la Fonoaudiología: una visión desde las ciencias sociales  
*Public Health and Speech-Language Pathology: A Social Sciences Perspective*  
RAMÓN ALONSO DUGARTE, JOSÉ MARÍA CASTEJON MOLINA

**RESEÑA HISTÓRICA**

- 49-61 Génesis y evolución: carrera de Estadísticas de Salud. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela  
*Genesis and evolution: Health Statistics program. University of Los Andes. Mérida. Venezuela*  
MARTINA GUERRERO

# Editorial

## MARIELA RAMÍREZ

Licenciada en Letras, Bibliotecólogo y Archivólogo, ULA, Mérida-Venezuela.

Doctora en Gerencia Editorial, Innovadora PEII-ONCTI.

Coordinadora Programa de Publicaciones CDCHTA-ULA.

Correo electrónico: mariekitty2013@gmail.com / marielaramirez@ula.ve

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0669-8652>

Registro Académico: <http://saber.ula.ve/handle/123456789/48147>.

## REVISTA ENFERMERÍA HISTORIA E INVESTIGACIÓN (EHI):

### HISTORIA, ALCANCE Y VISIÓN

Preparar la editorial de la revista Enfermería Historia e Investigación (EHI) del Grupo de Investigación Historia y Pensamiento Enfermero (GIHPE), adjunto al Departamento de Enfermería en Fundamentos Clínica y Quirúrgica de la Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes (ULA), constituye un valioso honor para quienes hemos sido testigos y colaboradores de la intensa actividad y esfuerzos realizados desde un proyecto de fundación. Conjuntamente, pleno de un gran compromiso y dedicación para constituirse en una publicación periódica científica de alto impacto con visibilidad dentro de los susceptibles lectores e investigadores.

El desarrollo del proyecto de fundación para la revista simbolizó un extraordinario desafío con la necesidad y obligación establecida por los responsables del mismo para lograrlo de manera integral, a través de la vinculación institucional formal con el Consejo de Desarrollo Científico, Humanístico, Tecnológico y de las Artes de la ULA (CDCHTA-ULA), por su condición y competencia de ser la dependencia encargada de la asesoría, seguimiento normativo, evaluación y acreditación para las revistas científicas ULAndinas.

El Profesor Eduardo Sánchez Uzcátegui, fue el responsable y promotor del mencionado proyecto, quien luego ejerció funciones como Editor Jefe Fundador de esta novedosa publicación periódica científica desde el año 2014 hasta el año 2019, cumpliendo de manera responsable las actividades inherentes a la gestión y aspectos relevantes como la calidad editorial, indización, visibilidad e impacto, junto al buen acatamiento de las normativas internacionales, ética en el desarrollo de contenidos y directrices vigentes internacionales para publicaciones periódicas científicas.

Es importante mencionar que desde la edición del primer número de la revista EHI, se ha cumplido con los criterios para el ascenso y evaluación de mérito requeridos para las revistas científicas. Igualmente, la optimización de la gestión editorial ha significado un factor determinante para alcanzar los aspectos notables como el registro e indización en directorios, bases de datos e

índices generales y especializados.

Esta característica alianza desempeñada por el Comité Editorial junto con el CDCHTA-ULA y el Repositorio Institucional SaberULA, ha simbolizado el producto de este trabajo coordinado y permanente para respaldar la loable labor editorial. Siendo relevante el asesoramiento y seguimiento normativo constante para la aplicación y logro de los mejores niveles de calidad editorial, factor decisivo para el posicionamiento académico y científico de toda publicación periódica que aspire membresía y distinción en el mundo académico – científico.

Con la fundación y evolución de la revista EHI, se fortaleció la modalidad de publicaciones periódicas científicas interdisciplinarias para mantener la continuidad y el mejor alcance de la difusión del conocimiento, especialmente en el campo de la ciencia abierta. El progreso de los planes de superación ha incluido tareas inquebrantables y desinteresadas por parte del Comité Editorial y por quienes estamos en este acompañamiento editorial; posibilitando así el ascenso jerárquico y el mantenimiento en el tiempo de esta revista por medio de la inclusión en importantes bases de datos e índices especializados de acuerdo con las normas internacionales y directrices vigentes exigidas para la edición de revistas científicas; quedando claro que la labor editorial conjunta representa un permanente aprendizaje, formación y acompañamiento que va más allá de la simple edición, publicación y transmisión de los saberes.

Es propicio expresar en esta editorial desde el Programa de Publicaciones del CDCHTA-ULA, un merecido reconocimiento y congratulaciones para todos quienes hemos participado en la construcción y avance de esta prestigiosa publicación periódica científica de nuestra ULA. Reiterando que el mejor deseo y disposición son los principales motivos a seguir con estos grandes esfuerzos y nuevos proyectos, acompañando a su actual Editora Jefe, la apreciada profesora Alba Rosa Fernández, compañera maestra extraordinaria e incansable forjadora desde la gestación y desarrollo de la revista, junto a los estimados profesores Gustavo Alcántara y María Gregoria Vega; igualmente, nuestra aliada para atender cualquier requerimiento, la ingeniero Eddy Paredes, Coordinadora del Repositorio Institucional SaberULA, siempre atenta a ofrecer su gran apoyo técnico profesional.

Nuestro infinito y profundo agradecimiento a todos, especialmente a los autores, cuyo compromiso e interés ha representado un bastión incondicional para respaldar la imperante actividad editorial y la permanencia en el tiempo de la revista EHI.

Recibido: 26/3/2026 Arbitrado: 30/3/2026 Aceptado: 13/4/2026

## INVESTIGACIÓN

# Calidad de atención en salud mental universitaria, basada en el modelo de Donabedian

## Quality of care in university mental health, based on the Donabedian model

Rosalía Uzcátegui (MSc.)<sup>1</sup>Naila Elianaia Montilla Gelviz (Lcda.)<sup>2</sup>Oriana del Valle Vergara Vergara (Lcda.)<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Licenciada en Enfermería, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela. Magister en Orientación de la Conducta. Centro de Investigaciones Psiquiátricas, Psicológicas y Sexológicas de Venezuela (CIPPSV), San Cristóbal-Venezuela. Magister en Patología Existencial e Intervención en Crisis, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid-España. Profesora Agregado, Escuela de Enfermería, ULA.

Correo: rosaliauzcategui@gmail.com ORCID: 0009-0002-9525-438X Dirección: Ejido, Urbanización Don Luis, Calle 1, Manzana 1, Casa P38. Mérida.

<sup>2</sup>Licenciada en Enfermería, ULA. Enfermera I, Unidad Psiquiátrica de Agudos (UPA), Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), Mérida. ORCID: 0009-0007-9319-0331

<sup>3</sup>Licenciada en Enfermería, ULA. Enfermera I, UPA. ORCID: 0009-0007-2889-3524.

¿Cómo citar este artículo? - *How to cite this article?*

Uzcátegui R, Montilla N, Vergara O. Calidad de atención en salud mental universitaria, basada en el modelo de Donabedian. EHI [Internet]. 2026 [consultado 2026 julio 14]; 13(1):7-17. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/enfermeria>



Todos los documentos publicados en esta revista se distribuyen bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0). 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.

## RESUMEN

**Objetivo:** evaluar la calidad de atención en salud mental basada en el modelo de Donabedian. **Metodología:** fue un estudio de tipo evaluativo, diseño de campo no experimental, corte transversal, con enfoque cuantitativo, en una población total de 66 estudiantes universitarios que asistieron al consultorio de la Escuela de Enfermería, Universidad de Los Andes (ULA), con un muestreo no probabilístico de tipo intencional (censal). El instrumento utilizado fue un cuestionario de 45 ítems: 11 sociodemográficos y 34 ítems del modelo de Donabedian para medir la calidad de atención según estructura, proceso y resultado; desarrollado y adaptado al campo de la salud, con 5 alternativas de respuestas bajo la escala de Likert. En la confiabilidad se utilizó el alfa de Cronbach que midió la consistencia interna con un valor de 0,851. **Resultados:** en cuanto al perfil sociodemográfico: 43,9% tenía entre 23 a 27 años, 60,6% eran femenino, 30,3% vivían solos y otro porcentaje igual con ambos padres, 60,6% trabajaban y estudiaban simultáneamente. En la dimensión estructura: 53% estuvo totalmente de acuerdo con la cordialidad del personal de enfermería y 51,5% con la formación académica del equipo de salud. En la dimensión proceso: 62,1% estuvo totalmente de acuerdo con la necesidad de las actividades terapéuticas y con el contacto visual establecido; un 54,5% manifestó que el psicoterapeuta demostró interés hacia la narrativa mental. En la dimensión resultado: 56% estuvo totalmente de acuerdo en recomendar el servicio y 53% afirmó que las indicaciones prescritas le ayudaron a mejorar la sintomatología clínica. **Conclusión:** el consultorio demostró calidad en la atención ofrecida, reflejada en satisfacción percibida por los estudiantes universitarios que allí consultaron.

**Palabras clave:** calidad de atención, efectividad, Modelo de Donabedian, salud mental, estudiantes universitarios.

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the quality of mental health care based on Donabedian's model. **Methodology:** This was an evaluative, non-experimental field study with a cross-sectional, quantitative approach. The study population comprised 66 university students who attended the clinical office of the School of Nursing at the University of Los Andes (ULA). A non-probabilistic, purposive (census) sampling method was utilized. The instrument consisted of a 45-item questionnaire: 11 sociodemographic items and 34 items measuring healthcare quality across structure, process, and outcome dimensions, developed and adapted for the health field with 5-point Likert scale responses. Reliability was determined via Cronbach's alpha, which yielded an internal consistency value of 0,851. **Results:** Regarding the sociodemographic profile, 43.9% were between 23 and 27 years, 60.6% were female, 30.3% lived alone (with an equal percentage living with both parents), and 60.6% worked and studied simultaneously. In the Structure dimension, 53% strongly agreed with the cordiality of the nursing staff, and 51.5% with the academic training of the healthcare team. In the Process dimension, 62.1% strongly agreed with the necessity of therapeutic activities and the level of eye contact established; similarly, 54.5% indicated that the psychotherapist demonstrated interest in their mental narrative through active listening. In the Outcome dimension, 56% strongly agreed with recommending the service, and 53% affirmed that the prescribed indications helped improve their clinical symptoms. **Conclusion:** The clinical office demonstrated quality in the care provided, as reflected in the perceived satisfaction of the university students who sought consultation there.

**Keywords:** Quality of Care, Effectiveness, Donabedian Model, Mental Health, University Students.

## — INTRODUCCIÓN

A nivel global, se ha evidenciado el incremento de incidencia de los trastornos mentales, lo que ha saturado los servicios tradicionales encargados de estos casos, posicionando los consultorios especializados como una acción estratégica dentro de los entornos universitarios. Por lo tanto, evaluar la calidad no es solo un ejercicio administrativo, sino una necesidad que garantiza la satisfacción y el cumplimiento de los objetivos terapéuticos en la atención primaria de salud mental.

Justamente, ante la realidad que hoy día vive la comunidad universitaria, se implementó un consultorio de salud mental dentro de los espacios de la Escuela de Enfermería de la ULA de Mérida-Venezuela, el cual ofrece atención especializada (psicológica y psiquiátrica) por un personal altamente competente. Sin embargo, la sostenibilidad y la eficacia son esenciales para garantizar un acceso equitativo, efectiva atención médica y optimización del uso de recursos disponibles<sup>1</sup>.

En tal sentido, para medir y gestionar la eficacia y eficiencia de este servicio, se utilizó el modelo de Donabedian<sup>2</sup>, el estándar de oro en la gestión sanitaria, ya que este paradigma permite una valoración integral de la estructura, el proceso y el resultado; dimensiones que inciden directamente en el nivel de satisfacción de los estudiantes universitarios. Por lo tanto, la evaluación del consultorio surgió para generar evidencia científica sólida que sustente una gestión eficiente, personalizada y preventiva. En consecuencia, para el presente estudio se planteó como objetivo general evaluar la calidad de atención en salud mental, basada en el modelo de Donabedian, en el consultorio ubicado en la Escuela de Enfermería de la ULA (Mérida), durante el periodo octubre 2024 – octubre 2025.

## — METODOLOGÍA

El estudio se enmarcó en un enfoque cuantitativo, orientado a la medición y análisis de fenómenos mediante técnicas estadísticas para establecer patrones cuantificables<sup>3</sup> y, de tipo evaluativo, dado que su propósito fundamental se centró en la toma de decisiones sobre la continuidad de programas en contextos sociales específicos<sup>4</sup>. El diseño fue de campo y no experimental, ya que la recolección de datos se realizó directamente en la realidad donde ocurrieron los hechos sin manipulación de variables<sup>5</sup>. Asimismo, de corte transversal, debido a que la captación de información se efectuó en un momento único<sup>6</sup> (octubre 2024 – agosto 2025).

La investigación se desarrolló bajo la modalidad de proyecto factible, cumpliendo con las etapas de ejecución y evaluación. Se inició con un estadio interactivo mediante la implementación operativa del consultorio de salud mental en la Escuela de Enfermería.

La población quedó constituida por todas las unidades de observación del estudio<sup>7</sup>. Se aplicó un muestreo no probabilístico tipo intencional (censal)<sup>8</sup> debido al tamaño reducido de la población, seleccionando al total de los 66 estudiantes de la Facultad de Medicina de la ULA que asistieron al consultorio durante el periodo mencionado.

En cuanto a la técnica e instrumento de recolección, se diseñó un cuestionario estructurado

en dos secciones: la Parte I, dedicada a los datos sociodemográficos (11 ítems), y la Parte II, centrada en las tres dimensiones de calidad de Donabedian<sup>2</sup>, quedando conformada por 34 ítems: a) la estructura, que incluye los indicadores de recurso humano (ítems 1, 2, 3, 4), recurso material (5), costo económico (6) e instalaciones físicas (7, 8, 9, 10, 11); b) el proceso, donde se contemplan las actividades del personal (12, 13, 14, 15), actividades del paciente (16, 17), precisión y oportunidad (18, 19), proceso de comunicación (20, 21, 22, 23) e intervenciones psicoterapéuticas (24, 25); y, c) el resultado, es la dimensión que agrupa la calidad del servicio de salud (26, 27, 28), adherencia terapéutica (29), satisfacción del usuario (30, 31) y calidad de vida (32, 33, 34).

Es imperioso enfatizar que en la parte II del cuestionario se siguió el modelo conceptual de Donabedian, pero adaptándolo al campo de la salud con el fin de garantizar la comprensión de las preguntas por parte de los estudiantes y asegurando que los datos recolectados fueran válidos y adecuados para medir la calidad de atención.

Para su aplicación, se empleó una escala de Likert de cinco puntos (desde "totalmente en desacuerdo" hasta "totalmente de acuerdo"). La validez del instrumento se obtuvo mediante la técnica de juicio de expertos, quienes evaluaron la relevancia, coherencia y claridad de los ítems. Asimismo, la consistencia interna se determinó a través del coeficiente Alfa de Cronbach, obteniendo un valor de 0,851, lo que representa una fiabilidad muy buena.

La recolección de datos inició con la autorización de la Dirección de la Escuela de Enfermería. Posteriormente, el instrumento se administró de forma digital mediante *Google Forms*, distribuido vía *WhatsApp* a los estudiantes atendidos en el consultorio durante el periodo octubre 2024 – agosto 2025. El estudio se rigió por los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía; en cumplimiento con el respeto a la dignidad humana, se garantizó la participación voluntaria mediante la aplicación del consentimiento informado a cada encuestado. Para la tabulación y análisis de los resultados, se utilizó el *software IBM SPSS para Windows* versión 26. Descriptivamente, se presentó en tablas de distribución de frecuencias absolutas y porcentajes.

## — RESULTADOS

Respecto a la caracterización sociodemográfica, se obtuvo que el 43,9% se encontró entre 23 a 27 años, 60,6% de sexo femenino, 74,2% solteras (os), 53% católicos, 56,1% de procedencia urbana, 34,8% fueron matriculados en la Escuela de Medicina, 60,6% reportó realizar actividades laborales remuneradas, el 30,3% residía con ambos padres, e igual porcentaje vivían solos, 56,1% habitaba en inmuebles de propiedad familiar (casa o apartamento), 72,7% recibió atención por Psicología y 27,3% acudió a consulta psiquiátrica.

**Tabla 1. Dimensión: estructura**

| Ítem | Proposición  | TED |             | ED |             | NED-NEA |             | DA |           | TDA |             |
|------|--|-----|-------------|----|-------------|---------|-------------|----|-----------|-----|-------------|
|      |  | fi  | %           | fi | %           | fi      | %           | fi | %         | fi  | %           |
| 1    | El equipo de salud le demuestra formación académica en salud mental.                         | 1   | 1,5         | 1  | 1,5         | 8       | 12,1        | 22 | 33,3      | 34  | <b>51,5</b> |
| 2    | El personal de enfermería es cordial al atenderlo.   | 1   | 1,5         | -- | --          | 9       | 13,6        | 21 | 31,8      | 35  | <b>53</b>   |
| 3    | El equipo de salud es amable al momento de iniciar la consulta.                              | 1   | 1,5         | -- | --          | 7       | 10,6        | 25 | 37,9      | 33  | <b>50</b>   |
| 4    | La orientación proporcionada antes y después de la consulta es insuficiente o inadecuada.    | 27  | <b>40,9</b> | 26 | 39,4        | 4       | 6,1         | 4  | 6,1       | 5   | 7,6         |
| 5    | El consultorio cuenta con el mobiliario y papelería para ofrecer una atención adecuada.      | 2   | 3,0         | 2  | 3,0         | 11      | 16,7        | 25 | 37,9      | 26  | <b>39,4</b> |
| 6    | El costo de la consulta se ajusta a sus gastos y presupuesto.                                | 1   | 1,5         | -- | --          | 8       | 12,1        | 27 | 40,9      | 30  | <b>45,5</b> |
| 7    | El espacio físico del consultorio es cómodo.   | 1   | 1,5         | 1  | 1,5         | 9       | 13,6        | 35 | <b>53</b> | 20  | 30,3        |
| 8    | El espacio físico del consultorio es limpio.   | 1   | 1,5         | -- | --          | 5       | 7,6         | 29 | 43,9      | 31  | <b>47,0</b> |
| 9    | La iluminación del consultorio es inadecuada para el desarrollo de las actividades clínicas. | 20  | 30,3        | 22 | <b>33,3</b> | 9       | 13,6        | 11 | 16,7      | 4   | 6,1         |
| 10   | El espacio físico del consultorio cuenta con buena ventilación.                              | 1   | 1,5         | 10 | 15,2        | 30      | <b>45,5</b> | 20 | 30,3      | 5   | 7,6         |
| 11   | Las instalaciones físicas del consultorio garantizan la privacidad durante la consulta.      | 1   | 1,5         | 2  | 3           | 12      | 18,2        | 31 | <b>47</b> | 20  | 30,3        |

Fuente: elaboración propia.

Lectura: TED: totalmente en desacuerdo, ED: en desacuerdo, NED-NEA: ni en desacuerdo ni en acuerdo, DA: de acuerdo, TDA: totalmente de acuerdo, fi: frecuencia absoluta, %: porcentaje.

En la dimensión estructura, el 53% de los estudiantes manifestó estar TDA que el personal de enfermería destacaba por su trato cordial. Asimismo, la formación académica del equipo en el área de salud mental fue validada con un 51,5% de respuestas en la categoría TDA. Respecto a la infraestructura, el 47% refirió estar TDA que las instalaciones físicas del consultorio garantizaban el confort y la privacidad necesarios para la atención. Por su parte, el 45,5% manifestó estar TDA en que el costo de la consulta se ajustaba a su presupuesto y capacidad de gasto. En cuanto a la calidad de la información, el 40,9% estuvo TED con que la orientación proporcionada antes y después de la consulta fuera insuficiente o inadecuada. Sin embargo, la ventilación se identificó como el área crítica de mejora, ya que el 45,5% mantuvo una percepción de NED-NEA que el espacio físico contara con una ventilación adecuada.

**Tabla 2. Dimensión: proceso**

| Ítem | Proposición   | TED |      | ED |      | NED-NEA |      | DA |             | TDA |             |
|------|---|-----|------|----|------|---------|------|----|-------------|-----|-------------|
|      |   | fi  | %    | fi | %    | fi      | %    | fi | %           | fi  | %           |
| 12   | La enfermera cuando lo contacta vía telefónica le atiende respetuosamente.                                  | 1   | 1,5  | 1  | 1,5  | 3       | 4,5  | 25 | 37,9        | 36  | <b>54,5</b> |
| 13   | La enfermera le recuerda su consulta antes de la fecha programada.  | 2   | 3    | -- | --   | 5       | 7,6  | 24 | 36,4        | 55  | <b>53</b>   |
| 14   | La enfermera durante el tiempo de espera le brinda sesiones educativas sobre salud mental.                  | 6   | 9,1  | 15 | 22,7 | 15      | 22,7 | 20 | <b>30,3</b> | 10  | 15,2        |
| 15   | La enfermera le refuerza el cumplimiento del régimen terapéutico.   | 1   | 1,5  | 5  | 7,6  | 16      | 24,2 | 15 | 22,7        | 29  | <b>43,9</b> |
| 16   | Considera necesario asistir al control médico periódico.  | 1   | 1,5  | -- | --   | 6       | 9,1  | 22 | 33,3        | 37  | <b>56,1</b> |
| 17   | Es necesario realizar las actividades terapéuticas para la mejora de la salud mental.                       | 1   | 1,5  | -- | --   | 3       | 4,5  | 21 | 31,8        | 41  | <b>62,1</b> |
| 18   | La operatividad del consultorio ofrece intervención temprana para prevenir alteraciones en la salud mental. | 1   | 1,5  | 1  | 1,5  | 9       | 13,6 | 20 | 30,3        | 35  | <b>53</b>   |
| 19   | El consultorio de salud mental está estratégicamente ubicado permitiendo el acceso a la consulta.           | 1   | 1,5% | -- | --   | 5       | 7,6  | 25 | 37,9        | 35  | <b>53</b>   |
| 20   | El psicoterapeuta se expresa de forma cordial.  | 1   | 1,5  | -- | --   | 12      | 18,2 | 22 | 33,3        | 31  | <b>47</b>   |
| 21   | El psicoterapeuta escucha activamente mostrando interés a su narrativa clínica.                             | 1   | 1,5  | 5  | 7,6  | 8       | 12,1 | 16 | 24,2        | 36  | <b>54,5</b> |
| 22   | Cuando le comunica al psicoterapeuta su problema, el mismo mantiene el contacto visual.                     | 1   | 1,5  | 1  | 1,5  | 7       | 10,6 | 16 | 24,2        | 41  | <b>62,1</b> |
| 23   | La intervención del psicoterapeuta es clara, precisa, concisa y de fácil comprensión.                       | 1   | 1,5  | 1  | 1,5  | 2       | 3    | 30 | 45,4        | 32  | <b>48,5</b> |
| 24   | La intervención del psicoterapeuta fue favorable para su salud mental.                                      | 1   | 1,5  | 2  | 3    | 9       | 13,6 | 19 | 28,8        | 35  | <b>53</b>   |
| 25   | Durante la consulta participó activamente en las actividades que el psicoterapeuta le indicó.               | 1   | 1,5  | -- | --   | 9       | 13,6 | 27 | 40,9        | 29  | <b>43,9</b> |

Fuente: Ídem.

Lectura: TED: totalmente en desacuerdo, ED: en desacuerdo, NED-NEA: ni en desacuerdo ni en acuerdo, DA: de acuerdo, TDA: totalmente de acuerdo, fi: frecuencia absoluta, %: porcentaje.

En cuanto a la dimensión proceso, el 62,1% de los estudiantes manifestó estar TDA con la necesidad y relevancia de realizar actividades terapéuticas para la mejora de la salud mental. Un 62,1% estuvo TDA en que el psicoterapeuta mantenía contacto visual al momento de comunicar su problema. Asimismo, el 56,1% confirmó estar TDA con la necesidad de asistir a controles médicos periódicos. En cuanto a la interacción clínica, un 54,5% marcó TDA con el trato

respetuoso y la escucha activa, demostrado en el interés del psicoterapeuta hacia su narrativa clínica. De igual manera, el 54,5% expresó estar TDA con el respeto demostrado por el personal de enfermería durante el contacto telefónico, 53% destacó estar TDA con el recordatorio de las citas antes de la fecha programada y 30,3% manifestó estar DA en que, durante el tiempo de espera la enfermera brindaba sesiones educativas sobre salud mental.

**Tabla 3. Dimensión: resultado**

| N° | Proposición  |    | TED         |    | ED   |    | NED-NEA |    | DA          |    | TDA         |   |
|----|--|----|-------------|----|------|----|---------|----|-------------|----|-------------|---|
|    |  |    | fi          | %  | fi   | %  | fi      | %  | fi          | %  | fi          | % |
| 26 | Las indicaciones prescritas por el psicoterapeuta le ayudaron a mejorar los síntomas.              | 2  | 3           | 1  | 1,5  | 11 | 16,7    | 17 | 25,8        | 35 | <b>53</b>   |   |
| 27 | El tiempo dedicado a las consultas ha sido aprovechado de manera satisfactoria.                    | 2  | 3           | 2  | 3    | 11 | 16,7    | 26 | <b>39,4</b> | 25 | 37,9        |   |
| 28 | El servicio recibido satisfizo su expectativa y necesidades.                                       | 1  | 1,5         | 4  | 6,1  | 7  | 10,6    | 31 | <b>47</b>   | 23 | 34,8        |   |
| 29 | El cumplimiento del régimen terapéutico mejoró los síntomas por los cuales consultó.               | 1  | 1,5         | 3  | 4,5  | 8  | 12,1    | 29 | <b>43,9</b> | 25 | 37,9        |   |
| 30 | Los profesionales del consultorio le brindan un trato adecuado que satisfaga su necesidad.         | 1  | 1,5         | 2  | 3    | 5  | 7,6     | 25 | 37,9        | 33 | <b>50</b>   |   |
| 31 | Puede recomendar favorablemente el servicio a otros usuarios.                                      | 1  | 1,5         | 1  | 1,5  | 8  | 12,1    | 19 | 28,8        | 37 | <b>56</b>   |   |
| 32 | Aumentó el desempeño en las actividades diarias, luego de la psicoterapia recibida en la consulta. | 1  | 1,5         | 2  | 3    | 11 | 16,7    | 26 | <b>39,4</b> | 26 | <b>39,4</b> |   |
| 33 | La asistencia a la consulta le ayudó a mejorar sus relaciones interpersonales.                     | 1  | 1,5         | 3  | 4,5  | 9  | 13,6    | 29 | <b>43,9</b> | 24 | 36,4        |   |
| 34 | Tras asistir a la consulta, no se evidenciaron mejoras en su desempeño o rendimiento académico.    | 29 | <b>43,9</b> | 16 | 24,2 | 11 | 16,7    | 8  | 12,1        | 2  | 3           |   |

Fuente: Ídem.

Lectura: TED: totalmente en desacuerdo, ED: en desacuerdo, NED-NEA: ni en desacuerdo ni en acuerdo, DA: de acuerdo, TDA: totalmente de acuerdo, fi: frecuencia absoluta, %: porcentaje.

En relación con la dimensión resultado, se evidenció que el 56% de los estudiantes estuvo TDA en recomendar el servicio. La efectividad clínica se reflejó en una mejoría sintomática, donde

el 53% manifestó estar TDA, mientras que el 50% afirmó TDA que la atención satisfizo de forma integral sus necesidades. Asimismo, el servicio impulsó mejoras en las relaciones interpersonales y en el desempeño académico, aspectos en los que el 43,9% estuvo DA. Por otra parte, el 47% estuvo DA en que el servicio cumplió con sus expectativas iniciales, validando el esfuerzo invertido en el proceso terapéutico. En cuanto al aprovechamiento del tiempo durante la consulta fue valorado positivamente por el 39,4%, al señalar estar DA con este aspecto.

## — DISCUSIÓN

El perfil predominante de los estudiantes fue el sexo femenino, solteras y con edades comprendidas entre los 23 y 27 años, lo que guarda estrecha concordancia con lo reportado por Núñez et al.<sup>9</sup> y Palomino<sup>10</sup>. La elevada demanda proveniente de la Escuela de Medicina corrobora la vulnerabilidad al estrés y la ansiedad inherente a las carreras de salud, tal como lo señalan Rosales et al.<sup>11</sup> en su investigación, que el 16,7% de los estudiantes presentaban sintomatología depresiva, 24,7% ansiedad y 27,3% estrés; no obstante, solo el 30% accedía a servicios especializados debido a barreras de accesibilidad, resaltando que la intervención profesional optimiza significativamente la detección temprana.

Asimismo, la dualidad académico-laboral observada y la preferencia por el servicio de psicología se alinean con los hallazgos de López y Chipia<sup>12</sup>, quienes vinculan esta realidad con una alta prevalencia de síntomas ansioso-depresivos en estudiantes que trabajan con un 52,97% y que cursan los primeros semestres con un 73,76%. Esto refuerza la necesidad imperativa de una intervención especializada y sostenida durante todo el trayecto académico.

En la dimensión estructura, se evidenció una percepción positiva respecto al equipo de salud, destacando la cordialidad del personal de enfermería, lo que guarda relación con lo reportado por Rojas y Salazar<sup>13</sup>, quienes en su estudio determinaron una calidad de atención óptima con un 100% en todas sus dimensiones. En cuanto a los recursos materiales y mobiliario, los resultados convergen con lo expuesto por Lotero<sup>14</sup>, donde el 88,9% de los usuarios consideró que las instalaciones y recursos tecnológicos eran aptos para la prestación del servicio. Por el contrario, estos datos difieren de los índices de comodidad reportados por Gamarra<sup>15</sup>, cuyo estudio señaló que solo el 31,6% de los usuarios percibía calidad en el equipamiento y cumplimiento de estándares de higiene. En síntesis, los hallazgos actuales posicionan al consultorio de salud mental de la Escuela de Enfermería de la ULA con estándares ambientales óptimos para garantizar una atención de calidad.

Respecto a la dimensión proceso, la principal fortaleza identificada radica en la escucha activa y el contacto visual, hallazgos que ratifica la tesis de Palomino<sup>10</sup> sobre la asociación directa entre la calidad percibida y atributos como el respeto y la paciencia del personal al reportar un 100% de aceptabilidad. Esta interacción humanizada no solo optimiza la experiencia del usuario, sino que es fundamental para fortalecer la alianza terapéutica y promover la adherencia al tratamiento, pilares esenciales en la atención de salud mental.

En relación con la dimensión resultados, la alta disposición de los usuarios a recomendar el servicio contrasta con lo reportado por Alvarado y Paca<sup>16</sup>, quienes hallaron niveles significativos

de insatisfacción. Asimismo, la efectividad clínica y la mejoría sintomática registrada en el presente estudio supera la satisfacción media descrita por Bermello y Luján<sup>17</sup> donde el 34,3% de los encuestados manifestó que "casi nunca" la atención respondía a sus necesidades, mientras que el 30,1% indicó que solo lo hacía "a veces"; si bien la evidencia suele sugerir que la oferta de servicios es insuficiente para la demanda actual. Entonces, los resultados obtenidos en el presente estudio confirman que el impacto positivo de la calidad de atención trasciende la función clínica tradicional, lo que favorece directamente el bienestar mental y la satisfacción académica de los estudiantes de la ULA.

## — CONCLUSIONES

La evaluación sistemática bajo el modelo de Donabedian deduce que el consultorio de Salud Mental de la Escuela de Enfermería de la ULA constituye un paradigma de gestión asistencial de alta calidad, fundamentado en la sinergia entre una estructura sólida, procesos humanizados y resultados verificables. En la dimensión estructura, la fortaleza radica en la idoneidad del talento humano multidisciplinario y la infraestructura que salvaguarda la privacidad, eliminando barreras de acceso económico para los estudiantes universitarios.

Respecto a la segunda dimensión proceso, la atención se distingue por una interacción clínica basada en la escucha activa, el contacto visual y la comunicación asertiva, características que consolidan la alianza terapéutica y la adherencia al tratamiento de los estudiantes universitarios.

En cuanto a la última dimensión, la de resultados, se ratifica la efectividad de la atención por el impacto positivo en la mejoría sintomática, rendimiento académico y el bienestar psicosocial, derivando una alta tasa de recomendación. Por lo tanto, el consultorio de salud mental se posiciona como una unidad estratégica de intervención primaria y secundaria, cuya sostenibilidad operativa debe institucionalizarse.

## — RECOMENDACIONES

- Institucionalizar la salud mental como eje transversal del éxito académico, garantizando la sostenibilidad técnica, logística y presupuestaria del servicio.
- Liderar la transformación curricular mediante la integración del consultorio como espacio de docencia e investigación clínica basada en la evidencia.
- Consolidar una praxis humanizada y transdisciplinaria que garantice una atención empática, ética y centrada en el derecho fundamental a la salud integral.
- Fomentar la corresponsabilidad en los estudiantes e investigadores sobre el autocuidado y el desarrollo de producción científica que fortalezca los conocimientos en enfermería de salud mental y psiquiatría.

## — REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fundación Instituto Roche. El valor de la Medicina Personalizada de Precisión en la sostenibilidad y eficiencia del sistema sanitario. [Internet]. Madrid: Fundación Instituto Roche; 2024 [citado 10 enero 2025]. Disponible en: [https://contenidos.institutoroche.es/static/pdfs/Informe-Sostenibilidad-MPP\\_online.pdf](https://contenidos.institutoroche.es/static/pdfs/Informe-Sostenibilidad-MPP_online.pdf)
2. Moayed MS, Khalili R, Ebadi A, Parandeh A. Factores que determinan la calidad de los servicios de salud proporcionados a pacientes con COVID-19 desde la perspectiva de los proveedores de atención médica: Basado en el modelo de Donabedian. *Front Public Health* [Internet]. 2022 [citado 10 enero 2025]; 10:1-14. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2022.967431/full>
3. Tarrillo O, Mejía J, Dávila J, Pintado C, Tapias C, Chilón W, et al. Metodología de la Investigación una mirada global: ejemplos prácticos [Internet]. Ciudad de México: Ciencia Latina Internacional; 2024 [citado 2 marzo 2025]. Disponible en: <https://biblioteca.ciencialatina.org/wp-content/uploads/2024/07/Metodologia-de-la-investigacion-una-mirada-global.pdf>
4. Hurtado de Barrera J. Metodología de la investigación holística [Internet]. Caracas: Fundación Sypal; 2000 [10 de marzo 2025]. Disponible en: <https://ayudacontextos.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/04/jacqueline-hurtado-de-barrera-metodologia-de-investigacion-holistica.pdf>
5. Arias Odón FG. El Proyecto de Investigación. 7a ed. Caracas: Episteme; 2016.
6. Fuentes Doria D, Toscano Hernández A, Malvaceda Espinoza E, Díaz Ballesteros J, Díaz Pertuz L. Metodología de la investigación: conceptos, herramientas y ejercicios prácticos en las ciencias administrativas y contables [Internet]. Medellín: Universidad Pontificia Bolivariana; 2020 [citado 6 abril 2025]. Disponible en: [https://www.ispsn.org/sites/default/files/documentos-virtuais/pdf/metodologia\\_de\\_la\\_investigacion\\_deivi\\_david\\_fuentes-doria\\_2020.pdf](https://www.ispsn.org/sites/default/files/documentos-virtuais/pdf/metodologia_de_la_investigacion_deivi_david_fuentes-doria_2020.pdf)
7. Albornoz Zamora E, Guzmán M, Sidel Almache K, Chuga Guamán J, González Villanueva J, Herrera Miranda J, et al. Metodología de la Investigación aplicada a las Ciencias de la Salud y la Educación [Internet]. Quito, Ecuador: Mawil; 2023 [citado 2 abril 2025]. Disponible en: <https://mawil.us/wp-content/uploads/2023/08/metodologia-de-la-investigacion.pdf>
8. Arias Gonzáles JL, Covinos Gallardo M. Diseño y metodología de la investigación [Internet]. Arequipa, Perú: Enfoques Consulting EIRL; 2021 [citado 17 mayo 2025]. Disponible en: [https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w26022w/Arias\\_S2.pdf](https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w26022w/Arias_S2.pdf)
9. Núñez Alcocer S, Fernández-Giusti A, López Vera M, Benites Ramos M. Consultorio de Atención Inmediata como estrategia de gestión de calidad en el Servicio de Emergencia de un hospital de Lima, Perú. *Horiz Med* [Internet]. 2023 [citado 20 mayo 2025]; 23(3). Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-558X2023000300003](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2023000300003)
10. Palomino Guerra E. Relación entre calidad de atención y satisfacción percibida por usuarios de consultorios externos del Centro de Salud Ciudad Nueva año 2023. [Tesis de pregrado]. Perú, Tacna: Universidad Privada de Tacna; 2024 [citado 19 junio 2025]. Disponible en: <https://repositorio.upt.edu.pe/handle/20.500.12969/3374>
11. Rosales Bonilla R, Chávez-Flores Y, Pizano Noriega C. Promoción de la salud mental en el ámbito universitario. *Ens Investig Psic* [Internet]. 2021 [citado 2 junio 2025]; 3(1):1-9. Disponible

en: <https://revistacneipne.org/index.php/cneip/article/view/104>

12. López L, Chipia J. Ansiedad y depresión en estudiantes universitarios de la carrera de enfermería, Universidad de Los Andes, 2023. GICOS [Internet]. 2024 [citado 2 de junio 2025]; 9(2). Disponible en: <http://revistas.saber.ula.ve/index.php/gicos/article/view/20022>
13. Rojas Manrique R, Salazar Borja A. Efectividad de la calidad de atención de enfermería en el consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud Hualmay 2021 [Tesis de pregrado]. Perú, Huacho: Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión; 2021 [citado 10 julio 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unjpsc.edu.pe/handle/20.500.14067/4497>
14. Lotero Osorio H, Navarro Arboleda L, Marín M. Impacto del modelo docencia servicio en un consultorio psicológico universitario en los años 2020–2021. Psychol Av Discip [Internet]. 2024 [citado 10 julio 2025]; 18(1). Disponible en: <https://doi.org/10.21500/19002386.6614>
15. Gamarra Muñoz S. Calidad de servicio y satisfacción del usuario atendido en consulta externa Clínica San Juan de Dios Chiclayo [Tesis de maestría]. Perú, Chiclayo: Universidad de San Martín de Porres; 2023 [citado 19 julio 2025]. Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/11471>
16. Alvarado Silva U, Paca Pantigoso F. Análisis de la calidad de servicio desde la percepción del usuario en una Institución Prestadora de Salud, Lima – 2021. Cienc Lat Rev Cient Multidiscip [Internet]. 2022 [citado 19 jul 2025]; 6(4):4123-4141. Disponible en: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v6i4.2924](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i4.2924)
17. Bermello Villegas G, Luján Johnson G. Modelo de gestión de atención de consulta externa: para mejorar la calidad del servicio. Rev Sci [Internet]. 2022 [citado 30 julio 2025]; 7(23):138-57. Disponible en: <https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2022.7.23.7.138-157>

Recibido: 18/2/2026 Arbitrado: 21/2/2026 Aceptado: 26/3/2026

## CASO CLÍNICO

# Dengue con signos de alarma: análisis de un caso con complicaciones sistémicas

## Dengue with warning signs: analysis of a case with systemic complications

Jackson Lenno Rojas Rangel (Lcdo.)<sup>1</sup>

Liseth del Carmen Contreras Torres (Lcda.)<sup>2</sup>

Osneiber Daniel Albarrán Paredes (Lcdo.)<sup>3</sup>

Edicmar Salcedo Castillo (Lcda.)<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Licenciado en Enfermería, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela. Maestrante en Orientación de la Conducta, Centro de Investigaciones Psiquiátricas Psicológicas y Sexológicas de Venezuela (CIPPSV) San Cristóbal-Venezuela. Enfermero II, Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA). Mérida-Venezuela. Docente, ULA. ORCID: 0009-0006-2731-3308. Dirección: Urbanización Campo Claro, Residencias Alma Mater, Torre A, Apartamento 2-4. Mérida.

<sup>2</sup>Licenciada en Enfermería Integral Comunitaria, Universidad Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías” (UCS). Enfermera II, IAHULA. Diplomada en Enfermería en Emergencia, ULA. ORCID: 0009-0002-7542-0424

<sup>3</sup>Licenciado en Enfermería Integral Comunitaria, UCS. Enfermero II, IAHULA. Diplomado en Enfermería en Emergencia, ULA. ORCID: 0009-0002-3877-2383

<sup>4</sup>Licenciada en Enfermería, ULA. Diplomada en Enfermería en Emergencia, ULA. ORCID: 0009-0005-6969-3831

¿Cómo citar este artículo? - *How to cite this article?*

Rojas J, Contreras L, Albarrán O, Salcedo E. Dengue con signos de alarma: análisis de un caso con complicaciones sistémicas. EHI [Internet]. 2026 [consultado 2026 julio 14]; 13(1):18-26. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/enfermeria>



Todos los documentos publicados en esta revista se distribuyen bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0). 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.

## RESUMEN

El dengue con signos de alarma puede desencadenar una respuesta inflamatoria sistémica caracterizada por disfunción endotelial y fuga capilar masiva, lo que deriva en insuficiencia multiorgánica. El objetivo de este caso clínico es demostrar que la aplicación sistemática del Proceso Enfermero (PE) permite alcanzar la estabilidad clínica del paciente y revertir el compromiso multisistémico, con el uso de la Guía CARE para su estructuración. Se trató de un paciente masculino de 31 años, diagnóstico de dengue con signos de alarma (B2), poliserositis e injuria renal aguda (KDIGO II), se utilizó los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon para la valoración clínica. A partir de la recolección de datos, se identificó como diagnóstico prioritario: (00032) patrón respiratorio ineficaz R/C fatiga de los músculos respiratorios y ocupación del espacio pleural E/P taquipnea, uso de músculos accesorios, hipoxemia y disminución del murmullo vesicular. El abordaje se enfocó en soporte ventilatorio no invasivo (BiPAP), optimización de la presión oncótica con albúmina humana al 20% y control estricto del balance hídrico. Tras las intervenciones el paciente mostró una evolución satisfactoria, logrando estabilidad hemodinámica con un balance hídrico de -620 cc y la resolución del compromiso ventilatorio.

**Palabras clave:** dengue, complicaciones sistémicas, Proceso Enfermero, caso clínico.

## ABSTRACT

Dengue with warning signs can trigger a systemic inflammatory response characterized by endothelial dysfunction and massive capillary leakage, leading to multiple organ failure. The objective of this clinical case is to demonstrate that the systematic application of the Nursing Process (NP) allows achieving clinical stability in the patient and reversing multisystemic compromise, with the use of the CARE Guide for their career. This was a 31-year-old male patient diagnosed with dengue with warning signs (B2), polyserositis, and acute kidney injury (KDIGO II), using Marjory Gordon's 11 functional patterns for clinical assessment. Based on data collection, the priority diagnosis identified was: (00032) ineffective breathing pattern related to respiratory muscle fatigue and pleural space filling as evidenced by tachypnea, use of accessory muscles, hypoxemia, and decreased breath sounds. The focus was on non-invasive ventilatory support (BiPAP), optimization of oncotic pressure with 20% human albumin, and strict control of fluid balance. Following these interventions, the patient showed satisfactory progress, achieving hemodynamic stability with a fluid balance of -620 cc and resolution of respiratory distress.

**Key words:** dengue, systemic complications, Nursing Process, clinical case.

## —INTRODUCCIÓN

El dengue es una enfermedad infecciosa sistémica y dinámica, de etiología viral, transmitida por mosquitos del género *Aedes*, cuyo espectro clínico puede variar desde formas asintomáticas hasta cuadros graves con compromiso orgánico<sup>1</sup>. De acuerdo con esto, para la estratificación del riesgo y decisiones del manejo, se organizan a los pacientes en grupos diagnósticos: Grupo A (sin signos de alarma), Grupo B1 (sin signos de alarma, pero con comorbilidades), Grupo B2 (con signos de alarma) y Grupo C (dengue grave)<sup>2</sup>.

El presente caso se categoriza como Dengue Grupo B2, tal como se clasificó en el párrafo anterior, se refiere a aquellos pacientes con signos de alarma que requieren hospitalización inmediata debido a la presencia de fuga capilar masiva o fallas orgánicas incipientes<sup>2</sup>. Para cuantificar la gravedad de dicha disfunción orgánica en estados críticos, se emplea la escala SOFA (*Sequential Organ Failure Assessment*), que permite evaluar objetivamente la insuficiencia multiorgánica<sup>3</sup>.

A nivel epidemiológico, el panorama actual del dengue es alarmante. El año 2024 fue un periodo récord para la región de las Américas con 3.578.414 casos notificados, de este total 2.888 fueron caracterizados como graves y 1.039 fueron fatales<sup>1</sup>. En Venezuela, para ese mismo año se reportó un incremento significativo de casos graves de esta patología; específicamente en el estado Mérida, se presentaron 495 pacientes sin signos de alarma y 130 con este tipo de señales<sup>4</sup>, observándose una incidencia creciente de pacientes con compromiso multisistémico que requirieron manejo en la unidad de Trauma Shock del área de Emergencia Adultos del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA).

La complejidad del caso clínico que se describe radica en la convergencia de las insuficiencias multiorgánicas identificadas mediante el *score* SOFA (5 puntos)<sup>3</sup>: compromiso respiratorio manifestado por un síndrome de ocupación pleural bilateral y poliserositis, requiriendo el uso de ventilación mecánica no invasiva (BiPAP). Disfunción Renal: identificada como injuria renal aguda secundaria a factores infecciosos, clasificada como KDIGO II (*Kidney Disease: Improving Global Outcomes*). Alteraciones Metabólicas: presencia de hipoalbuminemia moderada (2.37 g/dL) y anemia (Hb 9.9 g/dL), factores que exacerbaban la disminución de la presión oncótica y favorecen el edema extravascular. Foco Infeccioso Agregado: aislamiento de *Pseudomonas aeruginosa* en urocultivo, lo que obligó a una cobertura antimicrobiana dirigida con Piperacilina/Tazobactam.

Ante este escenario de insuficiencias multiorgánicas, se implementó el Proceso Enfermero (PE) como herramienta científica de cuidado y, para la estructuración metodológica la *Case Report Guideline* (por sus siglas en inglés CARE)<sup>5</sup> es un estándar internacional que mejora la transparencia y precisión en la redacción de este. Durante la etapa de valoración, estructurada bajo los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, se identificaron diversos diagnósticos de la taxonomía *North Diagnosis Association* (por sus siglas en inglés NANDA 2024-2026)<sup>6</sup>, siendo el principal, el patrón respiratorio ineficaz. Mediante la evaluación de Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)<sup>7</sup> y la ejecución de Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)<sup>8</sup> se logró alcanzar la estabilidad del paciente y revertir el compromiso multisistémico, validando que la aplicación

metodológica del PE es fundamental para garantizar la recuperación satisfactoria en estadios críticos del dengue, cumpliendo así con el objetivo de la investigación.

## PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se trata de paciente masculino de 31 años de edad, natural y procedente de Tovar, estado Mérida (zona rural), de ocupación pintor, herrero y mecánico, quien acude al centro hospitalario por presentar clínica de dolor abdominal, tipo punzante, localizado en hipocondrio derecho, de moderada intensidad, concomitante con astenia, hiporexia y disuria, posteriormente se asocia cefalea holocraneana, aumento del dolor abdominal y disnea de esfuerzo, motivo por el cual es trasladado a la Emergencia Adultos del IAHULA.

Dentro de los antecedentes de importancia: refiere asma bronquial desde la infancia sin crisis recientes y litiasis renal derecha. Como antecedentes familiares, madre con epilepsia. Niega hábito tabáquico y consumo de sustancias estupefacientes; hábito cafeínico de 2 tazas al día y alcohol ocasional. Reporta hospitalización previa el 24/01/2026 en su localidad, donde recibió cefalosporinas de cuarta generación por sospecha de infección del tracto urinario.

Al examen físico en la unidad de Trauma-Shock, el paciente se encontraba vigil, orientado en tiempo, espacio y persona (Glasgow 15/15), pupilas isocóricas y normorreactivas a la luz. Tórax asimétrico, normoexpansible, ventilando espontáneamente con aporte de oxígeno a través de cánula nasal a 3 lts con uso de músculos accesorios, saturación de oxígeno 84%, frecuencia respiratoria de 22 rpm. A la auscultación, murmullo vesicular disminuido en ambas bases pulmonares; ameritó inicio de ventilación mecánica no invasiva (BiPAP) con una  $FiO_2$  al 50%. Hemodinámicamente estable, bajo monitorización no invasiva, con presión arterial de 122/74 mmHg y frecuencia cardíaca de 82 lpm, febril (39 °C). A la auscultación, ritmos cardíacos rítmicos, sin soplos aparentes; llenado capilar de 3 segundos. Abdomen ligeramente distendido, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho y mesogastrio, con ruidos hidroaéreos presentes, tolerando vía oral con dieta en progresión a semilíquida. Genitales externos normoconfigurados, con diuresis espontánea, la cual es cuantificada para control de líquidos. Piel hidratada con equimosis perilesionales en sitios de punción venosa. Extremidades simétricas, móviles, con edema grado I en miembros inferiores.

Dentro de la paraclínica, se destacan los siguientes resultados: leucocitos  $12.350/mm^3$  (78% segmentados, 22% linfocitos), hematocrito 37%, plaquetas  $110.000/mm^3$ , urea 92,4 mg/dL, creatinina 1,89 mg/dL, albúmina 2,37 g/dL, Proteína C Reactiva (PCR) 4,8 mg/L y procalcitonina 9,55 ng/ml. Por otra parte, estudios de imagen revelaron hepatomegalia, esteatosis grado II, ascitis, litiasis renal derecha y derrame pleural bilateral (izquierdo 311 ml, derecho 179 ml). En vista de estos hallazgos, se plantean los siguientes diagnósticos médicos: Sepsis por Arbovirus (Dengue con signos de alarma B2), Injuria Renal Aguda secundaria a factores infecciosos. Los cuidados se centran en el manejo hemodinámico y vigilancia de la fuga capilar, incluyendo a factores infecciosos (KDIGO II) y Asma Bronquial.

## APLICACIÓN DEL PE

### Valoración (Hallazgos clínicos)

Según las necesidades del paciente durante la valoración, siguiendo el modelo de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, se establecen los siguientes diagnósticos de Enfermería de acuerdo con la NANDA<sup>6</sup>:

- (00032) Patrón respiratorio ineficaz
- (00030) Intercambio de gases deteriorado
- (00007) Hipertermia
- (00026) Volumen de líquido excesivo
- (00205) Riesgo de Shock
- (00196) Riesgo de desequilibrio electrolítico
- (00203) Riesgo de hemorragia
- (00499) Disposición para un mayor conocimiento sobre la salud.

### Planificación

De los diagnósticos de Enfermería identificados, se elaboraron los siguientes planes de cuidado (cuadros 1, 2 y 3) jerarquizados en orden de prioridad, teniendo en cuenta la NOC<sup>7</sup> y la NIC<sup>8</sup>.

**Cuadro 1. Plan de cuidado estandarizado con DxE Focalizado en el problema.**

| <b>DxE:</b> patrón respiratorio ineficaz R/C fatiga de los músculos respiratorios y ocupación del espacio pleural E/P taquipnea, uso de músculos accesorios, hipoxemia, disminución del murmullo vesicular<br><b>Dominio 4:</b> Actividad y reposo <b>Clase 4:</b> Respuestas cardiovasculares/pulmonares <b>Código:</b> 00032 |                                 |  |           |   |
|--|---------------------------------|--|-----------|---|
| NOC  | ESCALA                          | NIC  | EJECUCIÓN | EVALUACIÓN                                      |
| Estado respiratorio: ventilación (0403)  | 1. Gravemente comprometido      | Ayuda a la ventilación (3350):                                 |           | Valor alcanzado: (Leve)                         |
| Indicadores:<br>➤ Frecuencia respiratoria<br>➤ Ritmo respiratorio<br>➤ Profundidad de  | 2. Sustancialmente comprometido | ➤ Monitorear signos de fatiga muscular respiratoria cada hora. | C         | Mejora notablemente a la intervención.          |
|  | 3. Moderadamente comprometido   |  |           |   |
|  | 4. Levemente comprometido       | ➤ Fomentar una respiración lenta y profunda.                   | C         | Paciente refiere mayor facilidad para respirar. |
|  | 5. No                           |  |           |   |

|   |              |   |   |   |
|---|--------------|---|---|---|
| la respiración<br>➤ Utilización de los músculos respiratorios<br>➤ Ruidos respiratorios auscultados<br><br>Valor actual: 2 (sustancialmente comprometido)<br><br>Valor diana: 5 (no comprometido)<br><br>Tiempo: 24 horas | comprometido | ➤ Colocar al paciente en posición Fowler o semiFowler para la expansión pulmonar.       | C | FR: 18 rpm.<br><br>Saturación de Oxígeno estable en 95% con apoyo.<br><br>Disminución del uso de músculos accesorios. |
|   |              | ➤ Monitorización respiratoria.  | C |   |
|   |              | ➤ Vigilar saturación de oxígeno (SpO <sub>2</sub> ).                                    | C |   |
|   |              | ➤ Oxigenoterapia  | C |   |
|   |              | ➤ Auscultar ruidos respiratorios observando áreas de disminución de murmullo vesicular. | C |   |

**Fuente:** elaborado por los autores, siguiendo la taxonomía NANDA<sup>6</sup>, NOC<sup>7</sup>, NIC<sup>8</sup>.

Lectura: DxE= Diagnóstico enfermero. R/C= Relacionado con. E/P= Evidenciado por. C= Cumplido

### Cuadro 2. Plan de cuidado estandarizado con DxE Focalizado en el problema

| <b>DxE:</b> Hipertermia R/C proceso infeccioso E/P aumento de la temperatura corporal por encima del rango normal (39°C), taquicardia y piel caliente al tacto<br><b>Dominio 11:</b> Seguridad y protección <b>Clase 6:</b> Termorregulación <b>Código:</b> 00007 |  |  |           |   |
|---|--|--|-----------|---|
| NOE   | ESCALA   | NIC  | EJECUCIÓN | EVALUACIÓN  |
| Control de riesgo: hipertermia (1922)<br><br>Indicadores:<br>➤ Modifica el entorno vital para controlar la temperatura corporal<br><br>Valor actual: 4 (frecuentemente demostrado)<br><br>Valor diana: 5 (no comprometido)<br><br>Tiempo: 2 horas                 | 1. Nunca demostrado<br>2. Raramente demostrado<br>3. A veces demostrado<br>4. Frecuentemente demostrado<br>5. Siempre demostrado | Tratamiento de la hipertermia (3786):                                  |           | Valor alcanzado: 2 (raramente demostrado)<br><br>Temperatura 37°C<br><br>FC: 72 lpm<br><br>Piel fría al tacto |
|   |  | ➤ Aplicar método de enfriamiento externo.                              | C         |   |
|   |  | ➤ Mojar la superficie del cuerpo del paciente y abanicarle.            | C         |   |
|   |  | ➤ Proporcionar una solución de rehidratación oral u otro líquido frío. | C         |   |
|   |  | ➤ Monitorizar la temperatura corporal cada 30 minutos.                 | C         |   |
|   |  | ➤ Administrar medicamentos antipiréticos,                              | C         |   |

|  |  |                            |  |  |
|--|--|----------------------------|--|--|
|  |  | según prescripción médica. |  |  |
|--|--|----------------------------|--|--|

**Fuente:** elaborado por los autores, siguiendo la taxonomía NANDA<sup>6</sup>, NOC<sup>7</sup>, NIC<sup>8</sup>.

Lectura: DxE= Diagnóstico enfermero. R/C= Relacionado con. E/P= Evidenciado por. C= Cumplido

### Cuadro 3. Plan de cuidado estandarizado con DxE de riesgo

| DxE: Riesgo de shock R/C infección sistémica   |   |   |           |   |
|--|---|---|-----------|---|
| Dominio 11: Seguridad y protección Clase 2: Lesión física Código: 00205  |   |   |           |   |
| NOCC   | ESCALA  | NIC   | EJECUCIÓN | EVALUACIÓN  |
| Severidad de la infección (0703)<br><br>Indicadores:<br>➤ Fiebre<br>➤ Inestabilidad hemodinámica<br>➤ Llenado capilar lento<br><br>Valor actual: 2 (sustancialmente comprometido)<br><br>Valor diana: 5 (no comprometido)<br><br>Tiempo: 48-72 horas | 1. Gravemente comprometido<br>2. Sustancialmente comprometido<br>3. Moderadamente comprometido<br>4. Levemente comprometido<br>5. No comprometido | Prevención del shock (4260):  |           | Valor alcanzado: 4 (Leve)                         |
|  |   | ➤ Monitorear el estado circulatorio: presión arterial, pulso y llenado capilar. | C         | Se mantiene estabilidad hemodinámica              |
|  |   | ➤ Vigilar la temperatura corporal y el estado respiratorio.                     | C         | Temperatura 37°C<br>Presión arterial: 120/80 mmHg |
|  |   | ➤ Manejo de líquidos/ electrolitos (2080).                                      | C         | Balance hídrico: -620cc                           |
|  |   | ➤ Control estricto de ingesta y eliminación (balance hídrico).                  | C         | Llenado capilar: 2 segundos                       |
|  |   | ➤ Administrar antibióticos y albúminas según prescripción médica.               | C         | Ausencia de signos de choque                      |
|  |   | ➤ Monitorización de signos vitales (6680).                                      | C         |   |

**Fuente:** elaborado por los autores, siguiendo la taxonomía NANDA<sup>6</sup>, NOC<sup>7</sup>, NIC<sup>8</sup>.

Lectura: DxE= Diagnóstico enfermero. R/C= Relacionado con. E/P= Evidenciado por. C= Cumplido

## — DISCUSIÓN

El dengue con signos de alarma representa un desafío terapéutico debido a su capacidad de generar una respuesta inflamatoria sistémica que compromete múltiples órganos en un periodo breve. “Se conoce como una enfermedad sistémica y muy dinámica, en la que en pocas horas un paciente puede pasar de un cuadro leve a un cuadro grave”<sup>9</sup>. La estructura y gestión de la atención en pacientes con dengue, debe tener en cuenta una de las características más importantes que es la probabilidad de cambio del estado del paciente (signos de alarma y agravación) en pocas horas, por lo que el manejo de los casos especiales y comorbilidades debe ser individualizado y adaptado a cada situación clínica<sup>10</sup>.

En este caso clínico, la convergencia de poliserositis, injuria renal aguda (KDIGO II) y

una coinfección por *Pseudomonas aeruginosa*, subrayó la necesidad de un manejo multidisciplinario inmediato de alta complejidad en la Unidad de Trauma Shock. La implementación sistemática del PE, estructurado bajo los patrones funcionales de Marjory Gordon, demostró ser la herramienta de cuidados científica definitiva para la recuperación. La detección precoz del "Patrón respiratorio ineficaz" y la ejecución de acciones dirigidas, como el soporte ventilatorio no invasivo, permitieron revertir la hipoxemia y lograr un balance hídrico negativo, clave para la resolución de la fuga capilar.

Igualmente, la optimización de la presión oncótica, el control estricto del balance hídrico y el cumplimiento de las intervenciones para prevenir el shock, permitieron conseguir la estabilidad del paciente y revertir el compromiso multisistémico, validando que el cuidado de enfermería especializado no solo es complementario, sino fundamental para estabilizar hemodinámicamente a pacientes críticos y reducir las tasas de morbimortalidad en enfermedades reemergentes como el dengue.

## — CONCLUSIÓN

El abordaje terapéutico en pacientes con dengue con signos de alarma deber ser acorde a la complejidad de la atención que demanda. La inestabilidad permanente en la que se encuentra expuesta la persona enferma amerita una intervención rápida y oportuna, con alta responsabilidad y compromiso por parte del equipo de salud. Los cuidados de los profesionales de enfermería deben centrarse en la valoración integral y exhaustiva que les permita identificar los diagnósticos, priorizarlos y ejecutar las intervenciones adaptadas a las diferentes necesidades, estando alerta en todo momento a la detección de signos de alarma que desencadene un compromiso multisistémico.

## — REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica - Aumento de casos en la Región de las Américas - 29 de marzo del 2024. [Internet] 2024 [consultado 2026 febrero 3]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-aumento-casos-dengue-region-americas-29-marzo-2024#:~:text=Durante%20el%20a%C3%B1o%202024%20y,tasa%20de%20letalidad%20%2C029%25>
2. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Algoritmos para el manejo clínico de los casos de dengue. Programa regional de enfermedades Arbovirales. [Internet] 2020 [consultado 2026 febrero 3]. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2020-09/2020-cde-algoritmos-manejo-clinico-dengue.pdf>
3. Vincent J, Moreno R, Takala J, Willatts S, De Mendonça A, Bruining H, et al. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. *Intensive Care Medicine*. [Internet] 1996 [consultado 2026 febrero 3]; 22:707-710 Disponible en: <https://doi.org/10.1007/BF01709751>
4. Convite Monitor de Salud. Reporte SAME Abril 2024. [Internet] 2024 [consultado 2026 febrero 5]. Disponible en: <https://conviteac.org/wp-content/uploads/2024/06/Reporte-SAME-Abril-5.pdf>

5. Gagnier J, Kienle G, Altman D, Moher D, Sox H, Riley D, et al. The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. *Headache*. [Internet] 2013 [consultado 2026 febrero 5]; 53(10):1541-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24266334/>
6. Herdman T, Kamitsuru S. *Diagnósticos de Enfermería de NANDA Internacional: definiciones y clasificación 2024-2026*. 13a ed. [Internet] España: ELSEVIER [consultado 2026 febrero 10]. Disponible en: <https://share.google/wWxdRXMQgnPQB66fz>
7. Morhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M. (eds). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud*. 6a ed. [Internet]. España: ELSEVIER; 2019 [consultado 2026 febrero 10]. Disponible en: <https://cbtis54.edu.mx/wp-content/uploads/2024/04/Clasificacion-de-Resultados-de-Enfermeria-Medicion-de-Resultados-en-Salud-Sus-Moorhead-Phd-Rn-Faan-Elizabeth-Swanson-Phd-R-n-Mariom-Johnson-Phd-Rn-Meridean-L-Maas-Phd-Rn-Faaan.pdf>
8. Butcher H, Bulechek G, Dochterman J, Wagner C. (eds). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 7a ed. [Internet]. España: ELSEVIER; 2019 [consultado 2026 febrero 10]. Disponible en: <https://cbtis54.edu.mx/wp-content/uploads/2024/04/Clasificacion-de-Intervenciones-de-Enfermeria.pdf>
9. Frantchez V, Fornelli R, Pérez G, Arteta Z, Cabrera S, Sosa L, et al. Dengue en adultos: diagnóstico, tratamiento y abordaje de situaciones especiales. *Rev Med Urug* [Internet] 2016 [consultado 2026 febrero 10]; 32(1):43-51. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v32n1/v32n1a06.pdf>
10. Burgos B, Loaiza G, Solórzano M, Vásconez L. Fisiopatología del dengue. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*. [Internet] 2019 [consultado 2026 febrero 11]; 3(3): 622-642. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/614/827>

Recibido: 1/04/2026 Arbitrado: 5/4/2026 Aceptado: 13/4/2026

## CASO CLÍNICO

# Síndrome autoinmunitario multiorgánico paraneoplásico y carcinoma de lengua: una asociación poco frecuente

## Paraneoplastic multiorgan autoimmune syndrome and tongue carcinoma: a rare association

Indira Rosa Briceño Díaz (Dra.)<sup>1</sup>María Gregoria Vega de Peña (Dra.)<sup>2</sup>Greana Aguilera (MSc)<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Cirujano, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela. Especialista en Medicina Crítica y Terapia Intensiva, ULA. Especialista en Servicios Asistenciales de Salud, Universidad Católica Andrés Bello (UCAB), Caracas. Médico Internista e Intensivista, Centro Arquidiocesano de Salud San José, Mérida-Venezuela. Correo electrónico: indibrice23@gmail.com ORCID: 0009-0006-8685-4278 Dirección: Sector Santa Juana, Urb. Mariano Picón Salas, Edificio Mucuchachi C, Apto. 11.

<sup>2</sup>Licenciada en Enfermería, ULA. Especialista en Servicios Asistenciales de Salud, UCAB. Máster en Educación, Caribbean International University (CIU), Curazao. Doctora en Educación, Universidad Nacional Experimental Rafael María Baralt (UNERMB), Trujillo. Docente Jubilada, ULA. ORCID: 0000-0001-7031-8557

<sup>3</sup>Licenciada en Bioanálisis, ULA. Especialista en Servicios Asistenciales de Salud, UCAB. Magister en Microbiología Clínica, ULA. Docente ULA. Bioanalista y Microbióloga, Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), Mérida. ORCID: 0000-0003-2024-5470

¿Cómo citar este artículo? - *How to cite this article?*

Briceño I, Vega M, Aguilera G. Síndrome autoinmunitario multiorgánico paraneoplásico y carcinoma de lengua: una asociación poco frecuente. EHI [Internet]. 2026 [consultado 2026 julio 14]; 13(1):27-38. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/enfermeria>



Todos los documentos publicados en esta revista se distribuyen bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0). 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.

## RESUMEN

Las enfermedades ampollares autoinmunes constituyen un grupo de patologías poco frecuentes que afectan la piel y las mucosas, pero con un fuerte impacto en la calidad de vida de quienes las padecen. El pénfigo puede ser considerado como la entidad más representativa y potencialmente mortal de este grupo, caracterizado histológicamente por la acantólisis, es decir, por la separación subepitelial y el depósito de inmunoglobulinas y factores del complemento a lo largo de la zona de la membrana basal. Cabe destacar que el síndrome autoinmunitario multiorgánico paraneoplásico (PAMS) conocido también como pénfigo paraneoplásico (PNP), se caracteriza por la asociación de erosiones mucosas dolorosas, erupción polimorfa en piel y neoplasia oculta o conocida (tumores sólidos o neoplasias hematológicas) y la afectación de varios órganos. Adicionalmente, es una patología de distribución mundial y con una mayor prevalencia entre los 45 y los 70 años, sin predilección por ningún sexo. Se presenta un caso clínico de PAMS asociado a carcinoma epidermoide de lengua y una revisión bibliográfica actualizada con el objetivo de reevaluar y analizar sus manifestaciones clínicas, bases diagnósticas y mecanismos inmunopatológicos.

**Palabras clave:** síndrome autoinmunitario multiorgánico paraneoplásico, pénfigo paraneoplásico, carcinoma epidermoide de lengua, caso clínico.

## ABSTRACT

Autoimmune blistering diseases are a group of relatively rare conditions that affect the skin and mucous membranes but have a significant impact on the quality of life of those who suffer from them. Pemphigus can be considered the most representative and potentially life-threatening entity within this group, histologically characterized by acantholysis, that is, the separation of epithelial cells, and by the deposition of immunoglobulins and complement factors along the basement membrane zone. It is important to highlight that paraneoplastic autoimmune multiorgan syndrome (PAMS), also known as paraneoplastic pemphigus (PNP), is characterized by the association of painful mucosal erosions, a polymorphic skin eruption, and an underlying (occult or known) neoplasm (either solid tumors or hematologic malignancies), along with involvement of multiple organs. Additionally, it is a condition with worldwide distribution and a higher prevalence between the ages of 45 and 70, without predilection for either sex. A clinical case of PAMS associated with squamous cell carcinoma of the tongue is presented, along with an updated literature review aimed at reevaluating and analyzing its clinical manifestations, diagnostic foundations, and immunopathological mechanisms.

**Key words:** paraneoplastic autoimmune multiorgan syndrome, paraneoplastic pemphigus, squamous cell carcinoma of the tongue, clinical case.

## —INTRODUCCIÓN

El pénfigo paraneoplásico (PNP), es una enfermedad ampollosa autoinmunológica, descrita hace 36 años por Grant Anhal en cinco pacientes que padecían una neoplasia subyacente asociada con erosiones cutáneomucosas extensas, dicho cuadro presentaba gran variabilidad clínica y se acompañaba de particularidades histopatológicas, inmunopatológicas y autoanticuerpos característicos<sup>(1,2)</sup>. Sin embargo, Nguyen et al.<sup>(3)</sup> en 2001, propusieron cambiar la denominación original de PNP por síndrome autoinmunitario multiorgánico paraneoplásico (PAMS, por sus siglas en inglés), para enfatizar su potencial compromiso multisistémico y sus características mucocutáneas polimorfas<sup>(3)</sup> y así diferenciarlo del pénfigo vulgar (PV) asociado a una neoplasia maligna subyacente, a pesar de un perfil inmunológico y un pronóstico muy diferentes<sup>(4,5)</sup>.

Desde el punto de vista epidemiológico, se observa frecuentemente entre los 45 y 70 años, sin diferencia de género<sup>(6)</sup>. No obstante, también ha sido reportado en niños y adolescentes<sup>(7,8)</sup> y se precisa por ser una enfermedad muy rara, ya que existen pocos datos que permitan estimar su incidencia y prevalencia<sup>(8,9)</sup>. A pesar de esto, basándose en los informes publicados, se puede estimar que la incidencia de PNP/PAMS es inferior a un caso nuevo por millón de habitantes al año<sup>(9)</sup>. En adición, la tasa de mortalidad continúa siendo elevada, oscila entre el 75% y 90%, debido al mayor riesgo de infecciones graves y complicaciones asociadas a la enfermedad, como la bronquiolitis obliterante<sup>(9)</sup>.

En relación con el pronóstico del PAMS, es grave, con una tasa de supervivencia general a 1 año del 49% y a 5 años del 38% comparativamente<sup>(10,11)</sup>. Con respecto a su asociación con neoplasmas, es importante destacar que aproximadamente un tercio de los pacientes con PNP/PAMS tienen una neoplasia previamente confirmada, mientras que la mayoría aún requiere una investigación cuidadosa para establecer el diagnóstico de un tumor oculto<sup>(12)</sup>. Aunado a esto, se asocia típicamente con neoplasias benignas y/o malignas de origen hematológico (leucemia linfocítica crónica, linfomas, enfermedad de Castleman, macroglobulinemia de Waldenström y gammapatía monoclonal) y, con menor frecuencia, con neoplasias malignas sólidas (sarcomas, carcinomas y timomas)<sup>(13,14)</sup>. Asimismo, se ha asociado la aparición o exacerbación del PNP/PAMS con el uso de radioterapia<sup>(15)</sup> y con el tratamiento con Fludarabina<sup>(16,17)</sup>, Ciclofosfamida<sup>(18)</sup>, Interferón alfa<sup>(19)</sup>.

En cuanto a los criterios diagnósticos actuales, se pueden resumir en primer lugar en cinco, que incluyen hallazgos clínicos, asociación tumoral y hallazgos de laboratorio, los cuales se describen a continuación (cuadro 1)<sup>(1,2,20)</sup>:

### Cuadro 1. Criterios diagnósticos propuestos en 1990 para el PNP

| Características   | Criterios  | Limitaciones  |
|---|--|---|
| Hallazgos clínicos y asociación tumoral   | Erosiones mucosas dolorosas y una erupción cutánea polimorfa, con una neoplasia oculta o confirmada.   | Se han descrito lesiones exclusivas de la mucosa oral <sup>(21)</sup> , así como casos sin neoplasia concomitante <sup>(21,22)</sup> .  |
| Hallazgos histológicos  | Acantólisis intraepidérmica, necrosis de queratinocitos y dermatitis de interfase vacuolar.  | Puede haber desprendimiento subepidérmico <sup>(8,23)</sup> .   |
| Hallazgos en la Inmunofluorescencia directa (IFD)   | Depósito intercelular de IgG y C3 en la epidermis y depósito granular de C3 a lo largo de la zona de la membrana basal epidérmica.   | La sensibilidad y especificidad de la IFD es del 41% y 87% proporcionalmente <sup>(24)</sup> .  |
| Hallazgos en la Inmunofluorescencia indirecta (IFI)   | Autoanticuerpos séricos (depósito intercelular de IgG) que se unen a la superficie de células de esófago de mono y de epitelio de vejiga urinaria.   | Su sensibilidad y especificidad es del 86% y 98% respectivamente. Dicha sensibilidad y especificidad mejoran con la combinación de IFI (vejiga de rata) con inmunotransferencia <sup>(25)</sup> . |
| Hallazgos Inmunohistoquímicos:<br><br>*Inmunoprecipitación (IP)<br>*Inmunotransferencia (IB o WB) | Autoanticuerpos séricos que reconocen antígenos de 5 proteínas: Desmoplaquina I y II (Dk250 y Dk10), Antígeno del penfigoide ampolloso 1 (230kD), Envoplaquina (210kD) y Periplaquina (190kD) son reconocidas como sensibles y específicas para el diagnóstico de PNP, Proteína de la superficie celular que atraviesa la membrana (170kD) identificado como la $\alpha$ -2- macroglobulina-1 y Plectina (500 kD). | Se ha demostrado objetivos antigénicos adicionales <sup>(21)</sup> .  |

Fuente: elaboración propia.

Extraído: Anhalt et al. <sup>(1)</sup> / Mascaró Galy et al. <sup>(2)</sup> / Nousari et al. <sup>(20)</sup>

Leyenda: IgG: Inmunoglobulina G. C3: Proteína del complemento 3. IB: InmunoBlot. WB: Western Blot.

Posteriormente, diversos autores identificaron el papel de posibles objetivos antigénicos en la patogénesis de la PNP/PAMS entre los cuales mencionan, la envoplaquina, periplaquina, desmoplaquina I, desmoplaquina II, epiplaquina, plectina, BP230, desmogleína 1 (Dsg1), desmogleína 3 (Dsg3), desmocolina 1 (Dsc1), desmocolina 2 (Dsc2), desmocolina 3 (Dsc3) y proteína similar a la  $\alpha$ -2-macroglobulina 1 (A2ML1) <sup>(25,26)</sup>.

Adicionalmente, un informe identificó autoanticuerpos similares a la alfa-2-macroglobulina-1 presentes en 50 % de los pacientes con PNP, pero no encontró ninguno en pacientes con otras formas de pénfigo <sup>(25)</sup>. También, la detección serológica de autoanticuerpos

contra la banda de envoplaquina de 210 kD y la banda de periplaquina de 190 kD es sensible y específica para el diagnóstico de PNP<sup>(25,27)</sup>.

En segundo lugar, en el cuadro 2 se describe una guía propuesta por Kappius et al.<sup>(27)</sup> y Camisa et al.<sup>(28)</sup> basada en criterios mayores y menores para el diagnóstico de PNP<sup>(27,28,29,30)</sup>:

### Cuadro 2. Criterios diagnósticos propuestos en 1993 PNP/PAMS

| Criterios | Diagnósticos  |
|-----------|---|
| Mayores   | *Erupciones mucocutáneas polimorfa.<br>*Neoplasia interna concomitante.<br>*Anticuerpos séricos con un patrón de inmunoprecipitación específico.  |
| Menores   | *Acantólisis observada histológicamente.<br>*Inmunofluorescencia directa que muestra tinción intercelular y de membrana basal.<br>*Inmunofluorescencia indirecta positiva en el epitelio de vejiga de rata. |
| Nota      | Para el diagnóstico se requiere de 3 criterios mayores o de 2 criterios mayores y 2 criterios menores.  |

Fuente: Kappius et al.<sup>(27)</sup> / Camisa et al.<sup>(28)</sup>

Finalmente, los investigadores Svoboda et al.<sup>(31)</sup> propusieron en 2021 modificaciones en los criterios anteriormente descritos, con el propósito de aumentar la sensibilidad diagnóstica, ya que consideraron que estos no lograron detectar una porción significativa de casos de PNP (cuadro 3)<sup>(25,29,30,31)</sup>.

### Cuadro 3. Criterios diagnósticos modificados 2021 PNP/PAMS

| Criterios | Diagnósticos   |
|-----------|--|
| Mayores   | *Lesiones de las membranas mucosas con o sin afectación cutánea.<br>*Neoplasia interna concomitante.<br>*Evidencia serológica de anticuerpos antiplaquina (incluyendo, entre otros, IP, IB, ELISA, IFI en epitelio de transición). |
| Menores   | *Acantólisis y/o dermatitis liquenoide de interfase en la histopatología, ± queratinocitos necróticos.<br>*Tinción por IFD que muestra tinción intercelular y/o de la membrana basal.  |

Fuente: De Falco et al.<sup>(29)</sup>.

Extraído: Kappius et al.<sup>(27)</sup> / Huang et al.<sup>(30)</sup> / Svoboda et al.<sup>(31)</sup>.

Leyenda: IP: Inmunoprecipitación. IB: InmunoBlot. ELISA: Ensayo de inmunoabsorción ligado a enzimas. IFI: Inmunofluorescencia indirecta. IFD: Inmunofluorescencia directa.

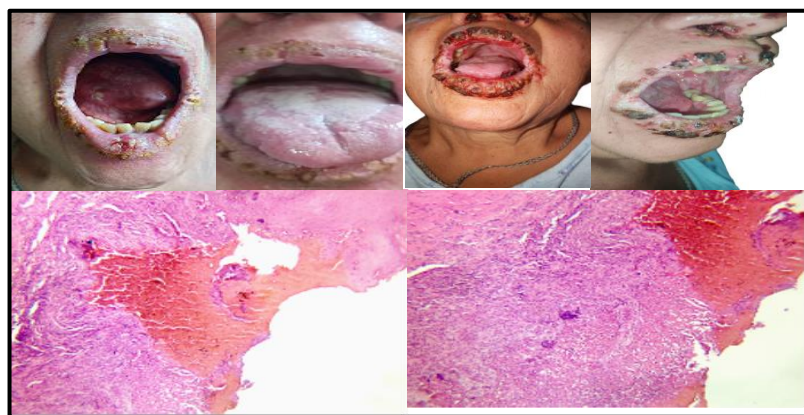
A continuación, se presenta un caso clínico de PAMS/PNP en una paciente con carcinoma epidermoide de lengua, cuya asociación es poco común en la práctica clínica y una revisión bibliográfica actualizada con el objetivo de reevaluar y analizar sus manifestaciones clínicas, bases diagnósticas y mecanismos inmunopatológicos. La IB es considerada el estándar de oro en el

diagnóstico del PNP/PAMS<sup>(25)</sup>.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se trata de paciente femenino de 63 años de edad, natural de Mérida y procedente de Ejido, con antecedentes de ser fumadora de 5 cigarrillos diarios desde los 18 años hasta los 35 años, sin antecedentes de enfermedades crónico-degenerativas, quien inicia enfermedad actual en el mes de mayo de 2025, caracterizada por odinofagia y disfagia “sensación de quemazón y dolor punzante en la boca y garganta que le dificultaban beber y deglutir alimentos”, debido a la aparición de lesiones polimorfas dolorosas en el dorso de la lengua, mucosa de los carrillos, paladar duro y blando, razón por la cual acudió a 2 facultativos, quienes indicaron tratamiento con antibióticos sistémicos y enjuagues bucales con Clorhexidina y Solunovar.

Sin embargo, tres meses después dichas lesiones progresaron a pesar de instaurar tratamiento tópico y sistémico, concomitante pérdida de peso de 6 kilogramos aproximadamente, siendo remitida al Centro Arquidiocesano de Salud San José (CASSJ), para valoración más detallada por medicina interna. El examen oral reveló la presencia de erosiones exudativas bilaterales en la mucosa yugal y paladar blando con estriaciones periféricas, además se observaron úlceras recalcitrantes en el istmo de las fauces, pared posterior de la faringe y paladar duro que drenaban secreción purulenta y generaban halitosis, asimismo en la superficie ventrolateral de la lengua se podía observar un patrón liquenoide reticular formado por estriaciones blanquecinas (Imagen 1).



**Imagen 1.** Lesiones en la cavidad oral, lengua, bermellón de labios, fosas nasales y biopsia de lengua.

**Fuente:** historia clínica de la paciente.

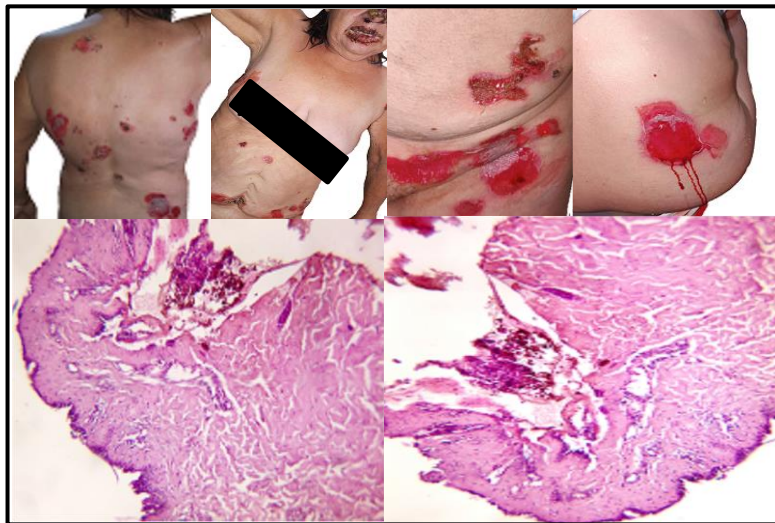
A nivel del cuello se palparon ganglios submaxilares blandos y móviles y aumento de volumen de la glándula tiroides por abordaje posterior y anterior. El diagnóstico inicial fue de candidiasis orofaríngea, recibiendo tratamiento con antifúngicos, antibióticos más esteroides sistémicos, desapareciendo todas las lesiones. Se solicitó ecosonograma tiroideo que reportó bocio difuso a predominio izquierdo con 1 nódulo en polo inferior del lóbulo derecho, de 7mm y de aspecto benigno y 1 nódulo de 3,93 x 2,84 x 1,73cm con un volumen de 10,4 ml, altamente sospechoso de malignidad en la unión del tercio medio con el inferior del lóbulo izquierdo y 2

ganglios densos con cortical no engrosada de ubicación parayugular izquierda de 1,5cm de diámetro.

Se realizó citología por punción aspiración con aguja fina (PAAF) ecoguiada, cuyo análisis histopatológico reportó tiroiditis autoinmune, observándose destrucción del epitelio folicular moderado, con infiltrado linfocitario focal y cierto grado de fibrosis. Los anticuerpos contra la peroxidasa tiroidea fueron reportados en 56UI/ml, el valor de la TSH se reportó en 5,5mUI/L. En diciembre de 2025 reaparecieron las lesiones a nivel de región ventrolateral de la lengua, fue evaluada por cirujano maxilofacial, quien decide realizar toma de biopsia de las lesiones e indica nuevamente antibioticoterapia.

El resultado de la biopsia reportó la presencia de carcinoma epidermoide infiltrante ulcerado de lengua moderadamente diferenciado, asociado a acantótesis suprabasal, erosiones severas y queratinocitos necróticos (Imagen1), por lo que fue referida para valoración por oncólogo, quien previa valoración clínica y paraclínica, propuso realizar inmunohistoquímica, ya que consideró que la evolución de la enfermedad y las lesiones no eran características propias del carcinoma de lengua.

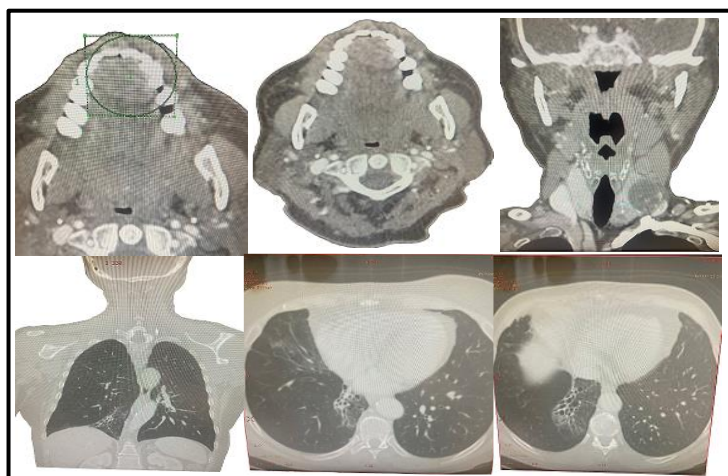
Un mes después, enero de 2026, consulta nuevamente por cursar con estomatitis dolorosa, erosiones y costras crónicas en el bermellón de los labios, dorso de la nariz, fosas nasales y párpado inferior izquierdo, además, hiperemia ocular y conjuntivitis pseudomembranosa (Imagen1). Concomitantemente prurito generalizado, pápulas eritematosas en forma de diana, con ampollas centrales y ampollas tensas serohemorrágicas en el tronco, axilas y las extremidades (Imagen 2), eritema confluyente y ampollas flácidas con erosiones extensas y áreas de desprendimiento epidérmico en la zona V íntima (monte de venus, labios mayores y menores), ano, glúteos y pared abdominal. En la biopsia de piel se observó acantótesis intraepidérmica de predominio suprabasal, degeneración vacuolar de la membrana basal, queratinocitos necróticos e infiltrado liquenoide en la dermis superficial (Imagen 2).



**Imagen 2.** Lesiones en la piel y biopsia de piel.

**Fuente:** historia clínica de la paciente.

La serología para anticuerpos antiplaquina y la IFI e IFD no se realizaron por falta de disponibilidad en Venezuela. Las pruebas para La tomografía contrastada de macizo facial, cuello y tórax demostró una lesión isodensa en fase simple con realce a la administración de contraste, de bordes mal definidos, ubicada en  $\frac{1}{3}$  medio de la lengua, con un diámetro de 1.0x2.8x0.8cm, además adenopatías en los niveles I al V bilaterales. Nódulo en lóbulo tiroideo izquierdo, con calcificaciones periféricas y áreas de necrosis. A nivel torácico se observaron bronquiectasias cilíndricas y varicosas en ambos campos pulmonares con fibrosis en el lóbulo medio e inferior derecho, compatibles con bronquiolitis obliterante (Imagen 3). Mientras que la TAC abdominopélvica contrastada no mostró ninguna alteración.



**Imagen 3.** Tomografía contrastada de macizo facial, cuello y pulmón.

**Fuente:** historia clínica de la paciente.

Con estos hallazgos clínicos, histopatológicos, de imagenología, de afectación de varios órganos (cavidad oral, faringe, piel, fosas nasales, ojos, tiroides, pulmones, genitales externos y ano) y del diagnóstico de un carcinoma epidermoide infiltrativo de lengua, se confirmó el diagnóstico de PNP/PAMS. La paciente recibió tratamiento con Metilprednisolona 1gr VEV por 3días, seguido de Prednisona 1 mg/Kg/día, la cual fue disminuyéndose en esquema piramidal, Azatioprina 2mg/Kg/día asociado con Micofenolato Mofetilo 2gr/día y fue llevada a cirugía para resección de su carcinoma epidermoide de lengua. A la fecha, se encuentra en resolución de las lesiones cutáneas.

## — DISCUSIÓN

Como se mencionó en la introducción, el PNP es un trastorno poco común y representa aproximadamente del 3% al 5% de todos los casos de pénfigo<sup>(27)</sup>. También, ha sido llamado PAMS centrándose en la afectación sistémica y se caracteriza por ser una enfermedad autoinmune vesículoampollosa<sup>(32)</sup>, potencialmente mortal con afectación mucocutánea y multiorgánica típicamente asociada en un 84,6% de los casos con neoplasias linfoproliferativas o hematológicas (linfoma no Hodgkin (38,6%), seguida de la leucemia linfocítica crónica (18,4%), la enfermedad de Castleman (18,4%), el timoma (5,5%), la macroglobulinemia de Waldenstrom (1,2%), el linfoma de Hodgkin (0,6%) y la gammapatía monoclonal (0,6%)<sup>(33)</sup>.

Mientras que los PNP/PAMS secundarios a tumores sólidos, como los carcinomas epiteliales (8,6%), sarcomas (6,2%) y melanoma maligno (0,6%), representan el 15.4% de los casos<sup>(33)</sup>. Como puede observarse el carcinoma epidermoide de la lengua, tumor de células epiteliales o escamosas, se reporta infrecuentemente en contraste con los cánceres de la sangre, por ello, se consideró trascendental la presentación de este caso clínico.

Es importante resaltar que a menudo las características clínicas del PNP/PAMS se basan en la afectación temprana de la mucosa oral (lengua, paladar, mejillas, labios) por lesiones erosivas polimorfas que usualmente son precedidas de vesículas ampollas, que conducen generalmente a áreas descamativas extensas, que se distinguen por causar dolor, sensación de ardor, ser refractarias, resistentes al tratamiento, tienden a ser debilitantes y a menudo dificultan enormemente las acciones de comer, beber y hablar. Asimismo, el efecto cutáneo puede incluir pápulas pruriginosas de color rojo violáceo, placas diana, eritema difuso, ampollas flácidas y eritrodermia exfoliativa, por lo que se asemeja a otras enfermedades mucocutáneas (pénfigo vulgar, síndrome de Stevens-Johnson, pénfigoide ampolloso, eritema multiforme, infecciones por herpes virus, enfermedad de injerto contra huésped y liquen plano)<sup>(27,31,33)</sup>.

Adicionalmente, la sintomatología ocular es común y provoca sequedad, dolor y daño corneal, incluida la perforación. También, el sistema broncopulmonar se ve comprometido hasta en el 90% de los casos, generalmente con enfermedad pulmonar obstructiva y bronquiolitis obliterante, siendo esta última las más usual, ocasionando insuficiencia respiratoria progresiva y a menudo la muerte. Potencialmente, incluye al tracto gastrointestinal superior e inferior (esofagitis erosiva y disfagia), la glándula tiroides, los riñones y el tejido muscular liso, aunque, parece deberse más probablemente a patologías asociadas, como la enfermedad tiroidea autoinmune y la miastenia gravis<sup>(5,6,27,33,34)</sup>.

La heterogeneidad del cuadro clínico coincide con el caso que presentamos y suele estar relacionado probablemente con los diferentes anticuerpos que están involucrados en el PNP/PAMS. De hecho, se ha descubierto que las lesiones similares al pénfigo (ampollas y erosiones) pueden deberse a la citotoxicidad mediada por respuesta humoral; mientras que, un fenotipo liquenoide (pápulas, placas y eritema) tenga que ver con la citotoxicidad mediada por células<sup>(5,33)</sup>. Conjuntamente, la asociación entre el carcinoma epidermoide de lengua y PPN/PAMS es una condición clínica poco frecuente, pero de gran relevancia, ya que el PPN suele ser la primera manifestación de un cáncer oculto o aparecer durante su evolución<sup>(35)</sup>.

El caso clínico presentado cumple con tres de las cuatro características que se encuentran consistentemente en la mayoría de los pacientes con PNP y generalmente se aceptan con un alto grado de confianza como criterios mínimos para el diagnóstico, estas características son: a) estomatitis grave y persistente con o sin erupciones cutáneas polimorfas, b) acantólisis y/o dermatitis de interfaz, c) neoplasia subyacente y demostración de autoanticuerpos antiplaquina<sup>(4)</sup>. La determinación de autoanticuerpos no se realizó en el caso descrito, por falta de disponibilidad de los elementos necesarios en el país.

## — CONCLUSIÓN

El PNP/PAMS es un desafío para el equipo de salud, ya que, debido a la disparidad y

polimorfismo de sus características clínicas, se suele realizar un diagnóstico correcto demorado, lo cual influye de forma negativa en la selección del tratamiento adecuado, pronóstico e incide en las altas tasas de mortalidad reportada.

### — AGRADECIMIENTO

- Dra. Maryori García, Especialista en Anatomía Patológica.
- Dra. María Fernanda Marquina, Especialista en Imagenología.
- Lcda. en Educación, Alejandra Liscano.
- Médico Cirujano e Investigador, José Antonio Peña Vega.

### — REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anhalt GJ, Kim SC, Stanley JR, Korman NJ, Jabs DA, Kory M, et al. Paraneoplastic pemphigus. An autoimmune mucocutaneous disease associated with neoplasia. *Rev. New Eng J Med.* [Internet]. 1990 [consultado 2026 enero 2]; 323(25):1729-35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM199012203232503>
2. Mascaró Galy JM, Iranzo Fernández P, Herrero Mateu C. Pénfigo paraneoplásico. *Rev. Piel. Formación continuada en dermatología.* [Internet]. 007 [consultado 2026 enero 8]; 22(2):63-71. Disponible en: doi:10.1016/S0213-9251(07)73016-2
3. Nguyen VT, Ndoye A, Bassler KD, Shultz LD, Shields MC, Ruben BS, et al. Classification, clinical manifestations, and immunopathological mechanisms of the epithelial variant of paraneoplastic autoimmune multiorgan syndrome: a reappraisal of paraneoplastic pemphigus. *Rev. Arch Dermatol.* [Internet]. 2001 [consultado 2026 enero 12]; 137(2):193-206. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamadermatology/fullarticle/478195>
4. Amber KT. Paraneoplastic autoimmune multi-organ syndrome is a distinct entity from traditional pemphigus subtypes. *Nat Rev Dis Primers.* [Internet]. 2018 [consultado 2026 enero 12]; 22(4):18012. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/nrdp201812>
5. Amber KT, Valdebran M, Grando SA. Paraneoplastic autoimmune multiorgan syndrome (PAMS): Beyond the single phenotype of paraneoplastic pemphigus. *Autoimmu Rev.* [Internet]. 2018 [consultado 2026 enero 12]; 17(10):1002-10. Disponible en: doi: 10.1016/j.autrev.2018.04.008
6. Yong AA, Tey HL. Pénfigo paraneoplásico. *Rev. Australas J Dermatol.* [Internet]. 2013 [consultado 2026 enero 18]; 54(4):241-250. Disponible en: doi: 10.1111/j.1440-0960.2012.00921.x
7. Kridin K, Schmidt E. Epidemiology of Pemphigus. *Rev JID Innov.* [Internet]. 2021 [consultado 2026 enero 21]; 1(1):100004. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34909708/>
8. Mimouni D, Anhalt GJ, Lazarova Z, Aho S, Kazerounian S, Kouba DJ, et al. Pénfigo paraneoplásico en niños y adolescentes. *Br J Dermatol.* [Internet]. 2002 [consultado 2026 enero 20]; 147(4):725-732. Disponible en: doi: 10.1046/j.1365-2133.2002.04992.x
9. Czernik A, Camilleri M, Pittelkow MR, Grando SA. Paraneoplastic autoimmune multiorgan syndrome: 20 years after. *Int J Dermatol.* [Internet]. 2011 [consultado 2026 enero 21]; 50(8):905-

14. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21781058/>
10. Jelti L, Cordel N, Gillibert A. Incidence and mortality of pemphigus in France. *J Invest Dermatol.* [Internet]. 2019 [consultado 2026 enero 21]; 139(2):469-473. Disponible en: doi: 10.1016/j.jid.2018.07.042
11. Fullerton SH, Woodley DT, Smoller BR, Anhalt GJ. Paraneoplastic pemphigus with autoantibody deposition in bronchial epithelium after autologous bone marrow transplantation. *JAMA.* [Internet]. 1992 [consultado 2026 enero 28]; 267(11):1500-1502. Disponible en: doi:10.1001/jama.1992.03480110076037
12. Zhang J, Qiao Q, Chen X, Liu P, Qiu J, Zhao H, et al Improved outcomes after complete resection of underlying tumors for patients with paraneoplastic pemphigus: A single-center experience of 22 cases. *Clinical trial. J Cancer Res Clin Oncol.* [Internet]. 2011 [consultado 2026 enero 28]; 137(2):229-34. Disponible en: doi: 10.1007/s00432-010-0874-z
13. Lehman VT, Barrick BJ, Pittelkow MR, Peller PJ, Camilleri MJ, Lehman JS. Imágenes diagnósticas en el síndrome multiorgánico autoinmune paraneoplásico: estudio retrospectivo de un solo sitio y revisión de la literatura de 225 pacientes. *Int J Dermatol.* [Internet]. 2015 [consultado 2026 enero 30]; 54(4):424-437. Disponible en: doi: 10.1111/ijd.12603
14. Kaplan I, Hodak E, Ackerman L, Mimouni D, Anhalt GJ, Calderon S. Neoplasias asociadas con pénfigo paraneoplásico: una revisión con énfasis en la malignidad no hematológica y las manifestaciones de la mucosa oral. *Rev. Oral Oncol.* [Internet]. 2004 [consultado 2026 febrero 3]; 40(6):553-62. Disponible en: doi: 10.1016/j.oraloncology.2003.09.020
15. Lim JM, Lee SE, Seo J, Kim DY, Hashimoto T, Kim SC. Pénfigo paraneoplásico asociado a un timoma maligno: un caso de ulceraciones orales persistentes y refractarias tras timectomía. *Ann Dermatol.* [Internet]. 2017 [consultado 2026 enero 29]; 29(2):219-222. Disponible en: doi: 10.5021/ad.2017.29.2.219
16. Stark GL, Goff DK, Spickett GP, Wojnarowska F, Langtry JA. Paraneoplastic pemphigus occurring after radiotherapy for relapsed non-Hodgkin's lymphoma in a patient with common variable immunodeficiency. *Hematol J.* [Internet]. 2003 [consultado 2026 enero 18]; 4(2):154-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/sj.thj.6200221>
17. Powell AM, Albert S, Oyama N, Sakuma-Oyama Y, Bhogal B, Black MM. Paraneoplastic pemphigus secondary to fludarabine evolving into unusual oral pemphigus vegetans. *Eur Acad Dermatol Venereol.* [Internet]. 2004 [consultado 2026 enero 2]; 18(3):360-4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-3083.2004.00917.x>
18. Preisz K, Horváth A, Sárdy M, Somlai B, Harsing J, Amagai M, et al. Exacerbation of paraneoplastic pemphigus by cyclophosphamide treatment: detection of novel autoantigens and bronchial autoantibodies. *Br J Dermatol.* [Internet]. 2004 [consultado 2026 enero 3]; 150(5):1018-24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2133.2004.05978.x>
19. Kirsner RS, Anhalt GJ, Kerdel FA. Treatment with alpha interferon associated with the development of paraneoplastic pemphigus. *Br J Dermatol.* [Internet]. 1995 [consultado 2026 enero 2]; 132(3):474-8. Disponible en: doi: 10.1111/j.1365-2133.1995.tb08688.x
20. Nousari HC, Anhalt GJ. Paraneoplastic Pemphigus In: *Atlas of Bullous Disease.* Robert E. Jordon. Churchill Livingstone 2000; pp: 29-41.
21. Ohzono U, Sogame R, Li X, Teye K, Tsuchisaka A, Numata S, et al. Hallazgos clínicos e inmunológicos en 104 casos de pénfigo paraneoplásico. *Br J Dermatol.* [Internet]. 2015 [consultado 2026 enero 3]; 173(6):1447-52. Disponible en: doi: 10.1111/bjd.14162
22. Oh SJ, Lee SE, Hashimoto T, Kim SC. Un caso de pénfigo paraneoplásico asociado con la enfermedad de Castleman que reacciona con múltiples autoantígenos, incluida la proteína p200. *Br J Dermatol.* [Internet]. 2016 [consultado 2026 enero 5]; 174(4):930-2. Disponible en: doi:

10.1111/bjd.14293

23. Billet SE, Grando SA, Pittelkow MR. Síndrome multiorgánico autoinmune paraneoplásico: revisión de la literatura y apoyo a un papel citotóxico en la patogénesis. *Autoinmunidad*. [Internet]. 2006 [consultado 2026 enero 6]; 39(7):617-630. Disponible en: doi: 10.1080/08916930600972099
24. Joly P, Richard C, Gilbert D, Courville P, Chosidow O, Roujeau JC, et al. Sensibilidad y especificidad de las características clínicas, histológicas e inmunológicas en el diagnóstico del pénfigo paraneoplásico. *J Am Acad Dermatol*. [Internet]. 2000 [consultado 2026 enero 23]; 43(4):619-626. Disponible en: doi: 10.1067/mjd.2000.107488
25. Kiyokawa C, Ruhrberg C, Nie Z, Karashima T, Mori O, Nishikawa T, et al. La envoplaquina y la periplaquina son componentes del complejo antigénico paraneoplásico del pénfigo. *J Investig Dermatol*. [Internet]. 1998 [consultado 2026 enero 31]; 111(6):1236-1238. Disponible en doi: 10.1046/j.1523-1747.1998.00449.x
26. Schepens I, Jaunin F, Begre N, Läderach U, Marcus K, Hashimoto T, et al. El inhibidor de la proteasa alfa-2-macroglobulina-like-1 es el antígeno p170 reconocido por los autoanticuerpos paraneoplásicos del pénfigo en humanos. *PLoS One*. [Internet]. 2010 [consultado 2026 febrero 3]; 5(8):e12250. Disponible en: doi: 10.1371/journal.pone.0012250
27. Kappius RH, Ufkes NA, Thiers BH. *Paraneoplastic Pemphigus*. [Internet] USA: StatPearls Publishing LLC; 2023 [consultado 2026 febrero 2]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546694/>
28. Camisa C, Helm TN, Liu YC, Valenzuela R, Allen C, Bona S, et al. Paraneoplastic pemphigus: A report of three cases including one long-term survivor. *J. Am. Acad. Dermatol*. [Internet]. 1992 [consultado 2026 enero 24]; 27(4):547-53. Disponible en: doi: 10.1016/0190-9622(92)70220-a
29. De Falco D, Messina S, Petruzzi M. Oral Paraneoplastic Pemphigus: A Scoping Review on Pathogenetic Mechanisms and HistoSerological Profile. *Rev. Antibodies*. [Internet]. 2024 [consultado 2026 febrero 1]; 13(4):95. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/antib13040095>
30. Huang S, Anderson HJ, Lee JB. Paraneoplastic pemphigus/paraneoplastic autoimmune multiorgan syndrome: Part II. Diagnosis and management. *J. Am. Acad. Dermatol*. [Internet]. 2024 [consultado 2026 febrero 1]; 91(1):13-22. Disponible en: doi: 10.1016/j.jaad.2023.08.084
31. Svoboda SA, Huang S, Liu X, Hsu S, Motaparathi K. Paraneoplastic pemphigus: Revised diagnostic criteria based on literature analysis. *J. Cutan. Pathol*. [Internet]. 2021 [consultado 2026 febrero 7]; 48(9):1133-1138. Disponible en: doi: 10.1111/cup.14004
32. Messina S, De Falco D, Petruzzi M. Oral Manifestations in Paraneoplastic Syndromes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Oral Dis*. [Internet]. 2024 [consultado 2026 febrero 2]; 31(1):81-88. Disponible en doi: 10.1111/odi.15158
33. Didona D, Di Zenzo G, Joly P. Paraneoplastic autoimmune multiorgan syndrome. *Ital J Dermatol Venereol*. [Internet]. 2021 [consultado 2026 febrero 5]; 156(2):174-83. Disponible en: doi: 10.23736/S2784-8671.20.06675-4
34. Anderson HJ, Huang S, Lee JB. Paraneoplastic pemphigus/paraneoplastic autoimmune multiorgan syndrome: Part I. Clinical overview and pathophysiology. *J Am Acad Dermatol*. [Internet]. 2024 [consultado 2026 enero 31]; 91(1):1-10. Disponible en: doi: 10.1016/j.jaad.2023.08.020
35. Allenova A, Lepekhova A, Olisova O, Teplyuk N, Kolkhir P. Paraneoplastic pemphigus in Russian patients: A single center case series. *Int. J. Dermatol*. [Internet]. 2018 [consultado 2026 febrero 8]; 57(8):e44-e46. Disponible en: doi: 10.1111/ijd.14056

Recibido: 22/3/2026 Arbitrado: 26/3/2026 Aceptado: 7/4/2026

REVISIÓN

# La Salud Pública y la Fonoaudiología: una visión desde las ciencias sociales

## Public Health and Speech-Language Pathology: A Social Sciences Perspective

Ramón Alonso Dugarte (MSc.)<sup>1</sup>José María Castejon Molina (Lcdo.)<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Licenciado en Historia y Politólogo, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela. Magíster en Ciencias Políticas, ULA. Docente en la ULA y en la Universidad Politécnica Territorial de Mérida (UPTM) “Kléber Ramírez”. Correo: dugarte.r@ula.ve ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5087-4169>. Dirección: El Chama, Urbanización Carabobo, Mérida.

<sup>2</sup>Licenciado en Fonoaudiología UPTM. Docente del Eje Profesional del Programa Nacional de Formación (PNF) en Fonoaudiología, UPTM. Correo: josemafono@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-4104-0063>

¿Cómo citar este artículo? - *How to cite this article?*

Dugarte R, Castejon J. La Salud Pública y la Fonoaudiología: una visión desde las ciencias sociales. EHI [Internet]. 2026 [consultado 2026 julio 14]; 13(1):39-49. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/enfermeria>



Todos los documentos publicados en esta revista se distribuyen bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0). 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.

## RESUMEN

El trabajo se enfoca en la importancia de la fonoaudiología dentro de la salud pública, analizando someramente el devenir desde el modelo biomédico tradicional hacia el enfoque biopsicosocial y de salud colectiva. Se argumenta que, actualmente dentro de la reconfiguración del rol del fonoaudiólogo, se debe priorizar la Atención Primaria en Salud (APS) y la prevención sobre las acciones curativas; también, dada la importancia, se detiene en el impacto de la pandemia por COVID-19 en la disciplina, la cual forzó una transición hacia la tele-asistencia y las visitas domiciliarias. Se concluye que la fonoaudiología es fundamental para la salud pública pues contribuye al desarrollo humano y social al garantizar el bienestar comunicativo como un requisito indispensable para el ejercicio de la ciudadanía y la democracia.

**Palabras clave:** fonoaudiología, salud pública, salud comunicativa, Atención Primaria en Salud.

## ABSTRACT

This paper focuses on the significance of speech-language pathology within public health, examining the transition from the traditional biomedical model toward biopsychosocial and collective health approaches. It is argued that, within the current reconfiguration of the speech-language pathologist's role, Primary Health Care (PHC) and prevention must be prioritized over curative actions. Furthermore, given its relevance, the study addresses the impact of the COVID-19 pandemic on the discipline, which prompted a transition toward tele-practice and home visits. It concludes that speech-language pathology is essential to public health, as it contributes to human and social development by ensuring communicative well-being as an indispensable requirement for the exercise of citizenship and democracy.

**Key words:** speech-language pathology, public health, communicative health, Primary Health Care.

## — INTRODUCCIÓN

La comunicación humana constituye un proceso ontológico básico para la socialización, una esfera primordial del desarrollo del sujeto en su contexto, esencial para el bienestar, la calidad de vida y la capacidad de interacción con el mundo, siendo inclusive un derecho que garantiza su participación en la sociedad, incluyendo, desde luego, el aspecto político<sup>1</sup>. En tal sentido, la importancia de la fonoaudiología está concatenada con la relevancia que tiene la mencionada comunicación; es inexorable hacer esa relación. Por lo tanto, esta disciplina profesional y científica cobra preeminencia al estar precisamente dedicada al estudio, prevención, evaluación, diagnóstico, pronóstico y rehabilitación de los trastornos del lenguaje, el habla, la deglución, la voz y la audición en personas de todas las edades, combinando de forma interdisciplinaria las ciencias de la salud, la psicología y la lingüística<sup>2</sup>.

Sin embargo, la fonoaudiología igualmente entiende el valor de fomentar una visión biopsicosocial, al pretender evitar o retrasar los riesgos epidemiológicos fundamentales en la salud pública: la enfermedad, la discapacidad y la muerte, priorizando acciones de promoción y prevención comunicativa sobre las curativas. Por ello, el trabajo fonoaudiológico actual también se traslada a las comunidades, integrando factores culturales y sociales en el proyecto terapéutico, mediante la denominada fonoaudiología comunitaria en donde le son útiles herramientas provenientes de las ciencias sociales<sup>2</sup>.

Por lo tanto, para el cumplimiento de sus objetivos utiliza enfoques interdisciplinarios desde una óptica de la complejidad. Es decir, hace equipo con otros profesionales, médicos (neurólogos, otorrinolaringólogos), psicólogos, pedagogos y, a la par, con trabajadores sociales, viendo al paciente en un todo integral y no como parcelas aisladas. Desde luego, no se conforma con repetir conocimiento, busca construir conocimiento, entendiendo que cada paciente amerita un tratamiento especial, y allí es donde afianza su labor investigativa: la fonoaudiología es investigación, nutriéndose de muchas otras disciplinas, entre ellas la lingüística, la neurobiología y la psicología, para entender cómo se procesa el lenguaje en el cerebro y cómo reorganizar estos sistemas tras una lesión<sup>3</sup>.

La presente investigación se propone esbozar la importancia de la fonoaudiología en la salud pública; para ello se aborda en primer lugar, una noción breve de salud pública y la relevancia social de la fonoaudiología; en la segunda parte, se analiza las diferencias entre las intervenciones de salud pública colectivas e individuales desde la disciplina mencionada; y en la tercera, se examina el impacto de la pandemia mundial COVID-19 en la fonoaudiología, al considerar que en la historia contemporánea y desde el punto de vista de la salud pública marcó un antes y un después; al final se colocan las conclusiones. Metodológicamente, se define como un artículo de revisión con enfoque cualitativo. El diseño es de carácter documental, se centró en la revisión bibliográfica (búsqueda, recuperación e interpretación) en diversas bases de datos, utilizando técnicas de análisis de contenido para la lectura de documentos específicos como artículos científicos, manuales de fonoaudiología y ponencias de especialistas en seminarios *web*.

## LA SALUD PÚBLICA Y LA FONOAUDIOLÓGÍA

En la actualidad, la salud pública se concibe como un derecho humano que debe ser garantizado por el Estado, su objetivo primordial es mantener sanos a quienes lo están y actuar sobre los factores de riesgo para evitar que se generen patologías, con un enfoque centrado en la familia y la comunidad. No se limita únicamente a la ausencia de afecciones, sino que busca el completo bienestar físico, emocional, psicológico y social de la persona<sup>4</sup>.

La década de 1980 marcó una ruptura epistemológica con la transición del modelo biomédico tradicional (centrado exclusivamente en la enfermedad) hacia el enfoque biopsicosocial. Este nuevo planteamiento considera al sujeto en su contexto y promueve un trabajo interdisciplinario, intersectorial y con participación activa de la comunidad<sup>4</sup>. Por estos mismos años, se comienza a hablar de “salud colectiva”, ampliando la mirada hacia un proceso social e interdisciplinario que busca una apropiación colectiva del cuidado, con el objetivo de soslayar inequidades y desigualdades sociales, pretendiendo ayudar a cada sujeto dentro de su realidad particular.

Bajo este nuevo paradigma se destaca el enfoque preventivo, pues la salud pública es la encargada de evitar, o al menos retrasar, los riesgos epidemiológicos a los que están expuestos los seres humanos: la enfermedad, la discapacidad y la muerte. Entonces, prioriza las acciones de promoción y prevención sobre las curativas, ya que estas últimas implican costos económicos y sociales mucho más elevados<sup>4</sup>. La importancia de identificar dichos riesgos radica en que los profesionales de la salud, incluyendo la práctica fonoaudiológica, deben formarse específicamente para evitar o intentar retrasarlos<sup>5,6</sup>.

Cuando se habla de soslayar inequidades y desigualdades sociales, se refiere a la perspectiva de la “equidad en el acceso”. Uno de los objetivos de la salud pública es garantizar que el acceso a la prevención y a los servicios de salud se realice de manera equitativa en toda la población. Por ejemplo, en el área de la audición, la falta de atención o prevención puede generar costos económicos globales masivos, estimados en más de 750 mil millones de dólares, igualmente, se calcula que 1.100 millones de jóvenes en el mundo están en riesgo de sufrir pérdida auditiva, generando costos económicos y sociales masivos que esta disciplina busca mitigar mediante la prevención, lo que el personal de salud denomina la discapacidad evitable<sup>7</sup>.

La fonoaudiología trabaja para que las alteraciones de la audición y la comunicación no se conviertan en una carga de enfermedad y limite los años de vida productiva y social de las personas. En el ámbito social y comunitario busca garantizar el acceso a la salud de poblaciones vulnerables que no pueden costear tratamientos privados, evitando que las desigualdades sociales se consoliden como inequidades en salud<sup>8</sup>. Razón por la cual en las últimas décadas el profesional fonoaudiológico ha reconfigurado su rol priorizando la promoción y prevención sobre las acciones curativas, no solo atendiendo patologías, sino garantizando que todas las personas tengan acceso equitativo a las herramientas de comunicación con todo lo positivo que implica: desarrollarse en su contexto social y cultural. Asimismo, prioriza las acciones de promoción de la salud comunicativa y prevención de trastornos sobre las curativas, que van desde la educación en lactancia materna hasta talleres de estimulación cognitiva en adultos mayores<sup>8,9</sup>.

Al respecto, no se puede obviar todo lo relacionado con la Atención Primaria de la Salud (APS), la estrategia por excelencia en el primer nivel de atención, aquellas técnicas y métodos científicamente comprobados y socialmente validados para brindar atención esencial en todas las etapas del desarrollo de un individuo, su familia y su comunidad<sup>4</sup>.

No obstante, la APS plantea ciertos desafíos frente a las necesidades de la comunidad, los cuales van desde barreras estructurales y geográficas hasta la urgencia de cambios más profundos en la relación entre el personal de salud y el paciente. En la actualidad, todavía persiste como una de las tareas principales la superación del modelo biomédico tradicional, marchar de una visión centrada en la enfermedad a un modelo biopsicosocial y de salud colectiva. Lo cual implica no solo tratar la patología, sino comprender al sujeto en su contexto, evaluando sus condiciones materiales y simbólicas para garantizar un cuidado efectivo, tomando en cuenta los Determinantes Sociales de la Salud<sup>4</sup>.

Al hablar de las barreras de acceso y equidad territorial se hace alusión cuando se dejan desprotegidas a las zonas rurales y municipios alejados, puesto que existe una marcada concentración de profesionales en las grandes ciudades. A esto se suma la dificultad de acceso por condiciones materiales y la falta de conectividad (internet) en sectores vulnerables, impidiendo sostener tratamientos de forma presencial o remota.

Acá se puede ver la relación con el quehacer político, en el cómo perjudica la invisibilidad de los problemas por parte de los gobernantes y la falta de respaldo. En la fonoaudiología, muchas veces los tomadores de decisiones desconocen la importancia de la prevención en áreas como la comunicación humana, lo que dificulta la aprobación de proyectos. Además, se corre el riesgo que las políticas públicas, en el caso favorable de que se aprueben, no tengan continuidad en el tiempo, viéndose interrumpidas por los cambios de gobierno<sup>9</sup>.

Todo lo expuesto hasta ahora lleva a especialistas como Fagioli<sup>9</sup> y a Godoy, Levy y Rodríguez<sup>8</sup> a afirmar que el papel de la práctica fonoaudiológica en los últimos años ha transitado diversos cambios dentro de la salud pública, ha sufrido una reconfiguración de su rol, pasando de una atención centrada en el hospital y el consultorio hacia una inserción activa en los territorios y comunidades, buscando transitar de lo clínico e individual a lo social y colectivo como se vio con fuerza en plena pandemia por COVID-19. Siendo ese uno de los objetivos de la fonoaudiología social y comunitaria, la cual no solo aborda las patologías, sino que genera procesos de transformación dentro de las comunidades, donde los propios usuarios se convierten en agentes de cambio y educan a su comunidad.

La praxis fonoaudiológica contemporánea ha transitado de un enfoque reactivo asistencial a una gestión proactiva en salud comunitaria, por ende, planifica acciones de promoción y prevención dirigidas a grupos específicos en sus entornos naturales, en el hogar, en la escuela o en el trabajo, enfoque clásico de la APS. Convirtiéndose en un “actor político” capaz de argumentar la necesidad de su presencia basándose en lineamientos nacionales, como los planes de Salud Pública de los gobiernos<sup>9</sup>. En este sentido, su labor incluye la formulación de proyectos intersectoriales que vinculan la salud con la educación y el desarrollo social, formulando, por ejemplo, políticas sobre una inclusión escolar efectiva bajo marcos normativos o para formar

ciudades libres de ruido<sup>5,10</sup>. Obviamente, en esa labor el abordaje que debe utilizar es el interdisciplinario y horizontal (no vertical jerarquizado), trabajando con médicos, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, entre muchos otros<sup>8</sup>.

De igual forma, con las comunidades debe trabajar en la construcción de horizontalidad y confianza, donde el saber profesional se encuentra con el saber popular en la cimentación de proyectos terapéuticos singulares y colectivos. Sin el vínculo comunitario, los programas de salud suelen ser ignorados o abandonados por la población. Por lo cual desde la APS se habla de establecer o construir redes con escuelas, iglesias, clubes y centros vecinales para que los programas no queden trancos y que, en el caso de la fonoaudiología, permita una detección temprana de trastornos que podrían afectar el desarrollo y la socialización.

El especialista en fonoaudiología se convierte, de igual manera, en un gestor de redes, vinculando salud con educación y servicios sociales para modificar favorablemente las condiciones ambientales y culturales<sup>11</sup>.

Se reitera que, desde el punto de vista social, esta profesión tiene importancia al promover el bienestar o salud comunicativa, entendida como el uso óptimo de la comunicación para permitir la participación de las personas en diversos contextos<sup>1</sup>. Dicho bienestar comunicativo es un indicador, pero también un requisito indispensable, para que se produzca el desarrollo humano y social. En consecuencia, ayuda a la participación política.

Rojas-Gil<sup>2</sup>, citando los aportes de Clemencia Cuervo, define la salud comunicativa como el uso óptimo de la comunicación que hace posible la participación de las personas en diversos contextos, uno de ellos es la dimensión ciudadana, pues el bienestar comunicativo es fundamental para que el individuo sea un sujeto y un ciudadano en un estado social de derecho y en una democracia en el entendido de la expansión de “libertades reales”, como planteaba Amartya Sen, también mencionada por la misma autora. La fonoaudiología contribuye con ello al potenciar la capacidad de leer, escribir, opinar e informar, evitando privaciones que enriquecen la vida humana; la salud comunicativa ayuda al desarrollo, no solo el desarrollo individual sino el desarrollo social.

## **INTERVENCIONES FONOAUDIOLÓGICAS COLECTIVAS E INDIVIDUALES**

En salud pública se distinguen las intervenciones colectivas de las individuales. En la fonoaudiología, la intervención colectiva se define como el conjunto de procedimientos, actividades y técnicas destinadas a la promoción de la salud comunicativa y a gestionar los tres riesgos epidemiológicos fundamentales de la salud pública (enfermedad, discapacidad y muerte), dirigidas específicamente a grupos poblacionales a lo largo de todo su ciclo vital<sup>5</sup>. A diferencia de la práctica clínica tradicional, estas acciones no se centran en el individuo aislado dentro de un consultorio, sino que pretenden impactar en la comunidad y su entorno.

Este tipo de intervenciones colectivas buscan que la fonoaudiología se posicione como un actor de la salud pública que diseñe estrategias para que la comunicación fluya en toda la sociedad, fortaleciendo a los sujetos desde su realidad particular. Asimismo, hace que el personal del sector salud establezca alianzas con otros sectores, educación, servicios sociales, actores políticos, entre

otros.

Según Muñoz<sup>5</sup>, las intervenciones colectivas en fonoaudiología “son el conjunto de procedimientos, actividades y técnicas destinadas a la promoción de la salud y la gestión del riesgo, dirigidas específicamente a grupos poblacionales a lo largo de todo su ciclo vital”.

Al momento de diferenciar entre las intervenciones individuales —tamizajes, consultas de control o seguimiento— de las colectivas —las que procuran impactar a la comunidad en su conjunto y no solo a un sujeto o familia en particular—, Muñoz<sup>5</sup> propone que quienes ejercen la profesión no deben delegar esta responsabilidad social en otros profesionales de la salud, pues su conocimiento técnico es esencial para garantizar un impacto real en las comunidades.

En este enfoque de intervención colectiva se prioriza la promoción y la prevención de la salud, con el objetivo de evitar que se consoliden patologías comunicativas o discapacidades, actuando sobre factores de riesgo colectivos. Recordar que estas acciones se consideran mucho más económicas para el sistema de salud que la asistencia curativa posterior.

Igualmente, Muñoz<sup>5</sup> plantea que una forma común de intervención colectiva es a través de la presentación de proyectos ante el Ministerio de Salud o en los gobiernos municipales o estatales sugiriendo la formulación de políticas públicas que modifiquen condiciones ambientales o culturales, como la creación de “ciudades libres de ruido” para proteger la audición de los jóvenes o la gestión de una inclusión escolar efectiva bajo marcos normativos para personas con discapacidad. En el caso colombiano, estas acciones se materializan principalmente a través de los Planes de Intervenciones Colectivas (PIC)<sup>5</sup>.

Por cierto, la experiencia neogranadina podría ser evaluada en Venezuela para posibles lecciones. En Colombia, la salud auditiva y comunicativa se define oficialmente como la capacidad efectiva y sana del ser humano para oír, la cual se encuentra íntimamente ligada a la función de comunicar a través del lenguaje. Esta definición, establecida por el Ministerio de Salud, considera que dicha capacidad no es un fenómeno aislado, sino que depende de las estructuras y fisiología del órgano de la audición, del grado de maduración del individuo y del ambiente sociocultural en el que este se desarrolla. El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021<sup>12</sup>, permitió por primera vez contar con una definición desde el lineamiento nacional para dar argumentos de peso a la labor fonoaudiológica.

En tal sentido, la intervención colectiva incluye planificación, implementación, monitoreo y evaluación de políticas para intervenir sobre los factores de riesgo que afectan la salud auditiva y comunicativa. Todo ello requiere que el profesional se vincule con grupos de desarrollo local, consejos comunales, juntas de vecinos, entre otros actores vivos de la comunidad, pero desde una perspectiva horizontal y no vertical (personal de salud/ciudadano), que la comunidad se apropie del cuidado de su salud comunicativa bajo el enfoque de la corresponsabilidad<sup>8</sup>.

Por otro lado, las intervenciones individuales son aquellos procedimientos o actividades dirigidos específicamente a las personas y sus familias en diferentes momentos del curso de vida. Son esenciales para la recuperación y rehabilitación del paciente, suelen ocurrir cuando el problema

ya está presente o se detecta en el consultorio, lo que a menudo las hace más costosas y menos preventivas que las acciones de alcance poblacional. A diferencia de los procedimientos colectivos, estas se centran en el sujeto de manera particular para atender sus necesidades de salud específicas. La intervención individual es el modelo de atención “uno a uno”, aquí el profesional aplica su conocimiento técnico para evaluar o tratar a un paciente singular y su entorno familiar inmediato.

Este tipo de intervenciones buscan realizar una valoración integral, la detección temprana de alteraciones, brindar protección específica y proporcionar educación para la salud de forma individual, ejemplo de ello son: tamizaje auditivo, consultas de primera vez, consultas de control y seguimiento, educación en salud a nivel individual o de grupo familiar, tratamientos clínicos tradicionales realizados dentro de un consultorio<sup>5</sup>.

Durante años la fonoaudiología se ha enfocado de manera predominante en la intervención individual, representando, de hecho, la mayor fuente de sus ingresos y oportunidades laborales. Sin embargo, desde la salud pública se hace un llamado a no quedarse únicamente en este enfoque, ya que la atención individual por sí sola puede ser insuficiente para cubrir las necesidades de poblaciones extensas o rurales donde la densidad de profesionales es muy baja<sup>5</sup>.

## LA FONOAUDIOLÓGIA EN EL CONTEXTO DE LA COVID-19

En el devenir de la disciplina en los últimos años, no puede dejar de mencionarse los cambios registrados a partir de la pandemia por COVID-19; en países como Argentina, Colombia y Chile, transformó profundamente el quehacer de la fonoaudiología, obligando a los profesionales a reconfigurar su rol en el sistema de salud pública y a trascender los límites tradicionales del consultorio clínico. El papel del profesional fonoaudiológico se flexibilizó hacia “multitareas” de salud pública, asumiendo funciones, según Fagioli<sup>9</sup>, en triaje, en las puertas de los centros de salud, en la gestión administrativa, en campañas de vacunación, en el reparto de medicamentos y en el sostenimiento de visitas domiciliarias de rescate.

La pandemia forzó, bajo el principio de no salir de las casas, un desplazamiento desde la atención presencial en centros de salud hacia la virtualidad y las visitas domiciliarias. La virtualidad fomentó la Tele-asistencia y Tele-práctica, se implementaron videollamadas, contactos telefónicos y de mensajería para sostener los vínculos terapéuticos y realizar un seguimiento de los pacientes, especialmente de aquellos en situaciones complejas. Las visitas domiciliarias se aplicaron cuando la conectividad era nula o las familias no asistían a controles, entonces el cuerpo profesional realizó visitas para entregar materiales de estimulación, alimentos o medicamentos y conocer el estado de salud de la población<sup>9</sup>.

Durante estos años de pandemia para la promoción de la salud también fue importante el uso de las redes sociales y diversos contenidos digitales en *Facebook*, *Instagram*, etc., siendo claves en la difusión de videos educativos y guías en PDF para que las familias pudieran continuar con la estimulación comunicativa en el hogar.

Un punto para resaltar es la transformación de la familia en coterapeuta, debido a la imposibilidad de salir a la calle, las prácticas se centraron en capacitar a los cuidadores para que la

estimulación fuera constante en el entorno natural del niño. En algunos casos, este cambio permitió avances más rápidos de lo esperado, ya que los padres, al estar más tiempo en casa, se involucraron directamente en los procesos de estimulación del lenguaje y la comunicación<sup>5,9</sup>.

Desde luego, la pandemia también visibilizó desafíos importantes. Uno de ellos tuvo que ver con las poblaciones rurales o sin acceso a internet que quedaron vulnerables pudiendo aumentar la incidencia de patologías comunicativas no atendidas; otro fue el relacionado con la denominada saturación digital, especialmente en los más pequeños, pues la necesidad de recibir terapia a través de pantallas se sumó a la ya pesada carga de la escolarización virtual, dificultando en ocasiones la adherencia a los tratamientos<sup>5,9</sup>.

## — CONCLUSIÓN

A la fonoaudiología no le es extraño el enfoque de salud pública, y menos el aporte que pudieran ofrecer las ciencias sociales para la concreción de sus objetivos. Dicha relación, entre la salud pública y la fonoaudiología, se fundamenta en primer lugar, en la concepción de la salud como un derecho humano que el Estado debe garantizar, y en segundo, en la comunicación humana como una esfera primordial para el bienestar y la calidad de vida.

El perfil fonoaudiológico contribuye directamente a evitar o retrasar los riesgos epidemiológicos de la salud pública (enfermedad, discapacidad y muerte), previniendo patologías de la comunicación —como la pérdida auditiva por ruido— y mitigando las discapacidades comunicativas que, si no se atienden a tiempo, generan altos costos económicos y sociales para los países. En dicha relación, igualmente tiene especial importancia la APS, pues quienes ejercen la profesión dejan de estar centrados únicamente en la rehabilitación clínica individual para convertirse en actores sociales que intervienen en los territorios, por ejemplo, permitiendo una detección temprana de las dificultades en el desarrollo infantil que podrían derivar en fracaso escolar o exclusión social.

En definitiva, la fonoaudiología también tiene un enfoque social y colectivo, pasando del modelo biomédico tradicional a un modelo biopsicosocial y de salud colectiva, entendido como un proceso social donde se busca una apropiación colectiva del cuidado para evitar que las desigualdades sociales se traduzcan en inequidades de salud. Dicho profesional, al mismo tiempo, puede participar en el diseño de políticas públicas locales, municipales, regionales o nacionales, identificando grupos de riesgo prioritarios para la atención de alteraciones de la audición y la comunicación, por mencionar un caso. El profesional de esta disciplina además está capacitado como trabajador de la salud pública, incluso en tareas administrativas y de gestión durante emergencias sanitarias (como quedó demostrado en la pandemia por COVID-19).

Por último, resaltar que la fonoaudiología aporta a la salud pública al garantizar el bienestar comunicativo, el cual es un requisito para que los sujetos participen plenamente en la vida cotidiana y como ciudadanos activos en una democracia y en un estado social de derecho. El comunicarse, entonces, es un determinante para la calidad de vida en sociedad, de allí deriva una de las responsabilidades sociales del profesional fonoaudiológico, ya que uno de sus grandes objetivos es que cada individuo alcance su máximo potencial comunicativo, razón por la cual no

le es ajeno el enfoque sanitario.

## — REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mac-Kay AP, Valles-Gonzales B. Fonoaudiología y derechos humanos. CASUS. 2018; 3(2): 117-122.
2. Rojas-Gil A. Una confirmación de la responsabilidad social de la fonoaudiología. Revista Areté. [Internet] 2004 [consultado 12 de enero 2026]; (4):45-50. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5108994>
3. Peñafiel F, Fernández J. (Coord.). Cómo intervenir en logopedia escolar: resolución de casos prácticos. Madrid: Editorial CCS; 2010.
4. Asociación Colombiana de Salud Pública y Organización Panamericana de la Salud. Funciones Esenciales de Salud Pública: La capacidad del gobierno cerca de la salud de las personas, familias y comunidades. Colombia, 2023. [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2024 [consultado 14 de enero 2026]. Disponible en: [https://www.saludpublicacolombia.org/wp-content/uploads/2024/04/FUNCIONES\\_ESENCIALES\\_SALUD\\_PUBLICA\\_COLOMBIA.pdf](https://www.saludpublicacolombia.org/wp-content/uploads/2024/04/FUNCIONES_ESENCIALES_SALUD_PUBLICA_COLOMBIA.pdf)
5. Muñoz C, Vargas A. Fonoaudiología y Salud Pública [Video]. Bogotá: Colegio Colombiano de Fonoaudiología; [Internet] 2020 [consultado 13 de febrero 2026]. Disponible en: <https://youtu.be/sLFLhsoEpZw>
6. Jasinki C. La Fonoaudiología en Salud Pública [Video]. Rosario, Argentina: Universidad Nacional de Rosario; [Internet] 2024 [consultado 11 de febrero 2026]. Disponible en: <https://youtu.be/KnFJHbkh8iw>
7. Organización Mundial de la Salud. Sordera y pérdida de la audición [Internet]. Ginebra: OMS; 2025 [consultado 8 de enero 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
8. Godoy G, Levy C, Rodríguez N. Fonoaudiología Socio-Comunitaria: una mirada interdisciplinaria [Video]. Buenos Aires: Facultad de Odontología Universidad de Buenos Aires; [Internet] 2020 [consultado 3 de enero 2026]. Disponible en: <https://youtu.be/9ZNBdlRslZE>
9. Fagioli M. Fonoaudiología y Salud Pública en el marco de la pandemia [Video]. Rosario, Argentina: Alde Fonoaudiológica; [Internet] 2020 [consultado 4 de enero 2026]. Disponible en: [https://youtu.be/XuTL5j\\_ND8o](https://youtu.be/XuTL5j_ND8o)
10. Galán P. El logopeda como profesional del lenguaje y de la comunicación en los centros educativos. En: Peñafiel F, Fernández J, (Coord.). Cómo intervenir en logopedia escolar: resolución de casos prácticos. Madrid: Editorial CCS; 2010.
11. Montes M. La ética del fonoaudiólogo: reflexión y desafíos. Rev Areté. 2015; 15(2):17-29.
12. Muñoz A, Guerrero H. La fonoaudiología en el sistema de salud colombiano. Rev Areté [Internet]. 2013 [consultado 8 de enero 2026]; 13(1):5-15. Disponible en: <https://share.google/WrMoO9RkAgBYbTPCH>



ISSNe 2542-3444

VOLUMEN  
13

Número I (2026), p. 49-61

Génesis y evolución: carrera de Estadísticas de Salud. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela  
Guerrero M.

Recibido: 23/2/2026 Arbitrado: 27/2/2026 Aceptado: 30/3/2026

## RESEÑA HISTÓRICA

# Génesis y evolución: carrera de Estadísticas de Salud. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela

## Genesis and evolution: Health Statistics program. University of Los Andes. Mérida. Venezuela

**Martina Guerrero (Lcda.)**

Licenciada en Educación, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela. Curso de Estadísticas de Salud y Registros Médicos. Universidad de Chile. Docente y Jefe de la Unidad de Estadísticas de Salud, Facultad de Medicina, ULA.

Correo-e: martinaguerrero46@gmail.com ORCID:0009-0004-9616-2772

Dirección: Avenida Los Próceres. Sector Bella Vista. Urb. La Montaña, Mérida.

¿Cómo citar este artículo? - *How to cite this article?*

Guerrero M. Génesis y evolución: carrera de Estadísticas de Salud. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela. EHI [Internet]. 2026 [consultado 2026 julio 14]; 13(1):50-62. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/enfermeria>



Todos los documentos publicados en esta revista se distribuyen bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0). 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.

## RESUMEN

La gestión eficiente de los sistemas sanitarios depende, en gran medida, de la capacidad para transformar datos en información estratégica. En este contexto, la formación de profesionales especializados en datos clínicos y epidemiológicos ha sido un pilar fundamental para la solidez de los sistemas de información en salud pública. De este modo, surge el presente artículo sobre reflexiones en cuanto a la "Génesis y Evolución de la Carrera de Estadísticas de Salud", desde sus primeras etapas como programa de formación en esta área, bajo la responsabilidad del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, hasta la aprobación y puesta en marcha de la Licenciatura en Estadísticas de Salud en la Facultad de Medicina, de la Universidad de Los Andes, para el año 2026. No solo se documentan fechas y reformas curriculares, sino también, se examina cómo la Universidad ha respondido a la demanda de profesionalización de sus técnicos, consolidando una oferta educativa que garantice el rigor científico en el procesamiento de la información sanitaria. Para ello, se estructuran cuatro (4) etapas, con la intención de enmarcar al lector en el contexto histórico de cada una de estas.

**Palabras clave:** registros clínicos, estadísticas de salud, currículo, formación profesional.

## ABSTRACT

The efficient management of healthcare systems depends, to a large extent, on the ability to transform data into strategic information. In this context, the training of professionals specialized in clinical and epidemiological data has been a fundamental pillar for the robustness of public health information systems. This article reflects on the "Genesis and Evolution of the Health Statistics Degree Program," from its early stages as a training program in this area under the responsibility of the Ministry of Health and Social Welfare to the approval and implementation of the Bachelor's Degree in Health Statistics at the Faculty of Medicine of the University of Los Andes in 2026. Not only are dates and curricular reforms documented, but also an examination of how the University has responded to the demand for professionalization of its technicians, consolidating an educational offering that guarantees scientific rigor in the processing of health information. To this end, four (4) stages are structured with the intention of framing the reader in the historical context of each of them.

**Key words:** clinical records, health statistics, curriculum, professional training.

## — INTRODUCCIÓN

En el complejo campo de la salud pública, la toma de decisiones requiere de una base científica sólida construida a partir de datos precisos adecuados al contexto. En este escenario, el profesional en Estadísticas de Salud se erige como una figura indispensable, actuando como el puente entre la recolección de los registros asistenciales y la generación de conocimiento estratégico para la planificación y gestión sanitaria. Esto requiere, estar en constante evolución académica según el progreso científico de la medicina, donde se complementan los conocimientos ya existentes o se adquieren otros. Bajo esta premisa la formación académica del trabajador en Estadísticas de Salud dio pie a ampliar la cualificación profesional del mismo.

La importancia de contar con profesionales bien formados en esta área radica en su capacidad para garantizar la calidad y fiabilidad de la información, ya que, un dato mal procesado no es solo un error administrativo, sino un riesgo latente que puede conducir a políticas públicas ineficaces, una distribución desigual de recursos o diagnósticos epidemiológicos erróneos. Por el contrario, un profesional con formación integral posee las competencias necesarias para interpretar la morbilidad, evaluar el rendimiento hospitalario y liderar sistemas de vigilancia que salvan vidas al identificar tendencias y riesgos de manera oportuna. A lo largo de las décadas, la formación de este recurso por parte de la Universidad de Los Andes (ULA), ha experimentado una transformación significativa, pasando de una educación exclusivamente presencial, a la implementación de modalidades semipresenciales para adaptarse a las necesidades del entorno. Este programa ha venido evolucionando no solo en sus metodologías de enseñanza, sino también, en su nivel académico. Actualmente, este proceso de crecimiento alcanza un hito histórico con la aprobación y próxima apertura de la Licenciatura en Estadísticas de Salud, prevista para iniciar en el primer semestre del año 2026.

En consecuencia, este artículo tiene como propósito narrar la génesis y evolución histórica de la carrera en Estadísticas de Salud, adscrita a la Facultad de Medicina de la ULA, la cual será presentada en cuatro etapas, exponiendo los sucesos relevantes de cada una.

## — DESARROLLO

### **Primera etapa. Génesis del nombre de la carrera para la formación de profesionales en el área.**

La base para la formación académica de los funcionarios encargados de los archivos clínicos en los hospitales de Venezuela, fueron los registros médicos. En este sentido, antes de la organización del sistema de salud como Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), los reportes sanitarios en el país se basaban en archivos de papel manuales y desorganizados, cada médico tenía su propio registro, todo era descentralizado<sup>1</sup>. La organización de estos expedientes era básica y variaba según la institución; no existía un sistema estandarizado nacional para llevar los datos. Cada centro de salud (hospital, clínica) tenía sus propios métodos para conservar la

información, lo que dificultaba el intercambio de la misma y el seguimiento del paciente a lo largo del tiempo y entre instituciones.

Benítez et al.<sup>2</sup>, en su trabajo sobre la Evolución histórica del Sistema de Salud Venezolano desde 1909 al 2023, realizaron un análisis de la situación de la salud en siete etapas llegando a la siguiente acotación:

Una de las primeras caracterizaciones del Sistema de Salud Venezolano, presentada en 1940, decía que, para estudiarlo era necesario conocer primero el contexto histórico de la vida del hombre en su conjunto: costumbres, sociedad, marco legal y ético en que está envuelto. La carencia de estadísticas oficiales, en lo que se refiere a muchos de los parámetros definitorios de la situación de salud, conducen a la sustitución por apreciaciones y juicios de valor particulares por parte de los investigadores que lo reseñaron en cada época (p. 2).

De acuerdo con lo citado, se aprecia que, a partir de 1909 el Sistema de Salud sentía la necesidad de contar con información estadística sanitaria oficial que permitiera conocer los problemas de salud de la población.

Al respecto, una vez consolidada la estructura del MSAS (década 1940), se comenzaron a establecer normativas y procedimientos para la recolección y el manejo de los datos de salud a nivel nacional, impulsando la estandarización de los reportes; se organizaron los archivos centralizados con una historia clínica única para cada paciente en el hospital. Asimismo, se proyectó la transición hacia la informática sanitaria y la creación de registros electrónicos, con el objetivo de centralizar, gestionar y analizar la información de salud de manera más eficiente. No obstante, los pocos adelantos conseguidos en materia de informática médica hasta finales de los años 90 se debilitaron ostensiblemente, en consecuencia, la transición deseada no se ha conseguido totalmente porque ha enfrentado diversos desafíos en su implementación y actualización en el territorio venezolano.

Con base en lo anterior, para cumplir con la normativa establecida, Lares-Gabaldón<sup>3</sup> señala: el MSAS se creó en Venezuela el 1 de marzo de 1936; buscaba abordar la salud pública con un enfoque moderno, es decir, que se estructurara y organizara un Ministerio con propósitos claros como:

- ✓ Garantizar la permanencia y estabilidad del personal sanitario.
- ✓ Asegurar la preparación adecuada del personal que trabajaría en la nueva institución.
- ✓ Promover el estudio preciso de los problemas de salud y las medidas para mitigarlos.
- ✓ Centrar la atención en la profilaxis para reducir la enfermedad, tanto a través de la medicina preventiva y el saneamiento ambiental, como de la asistencia social.

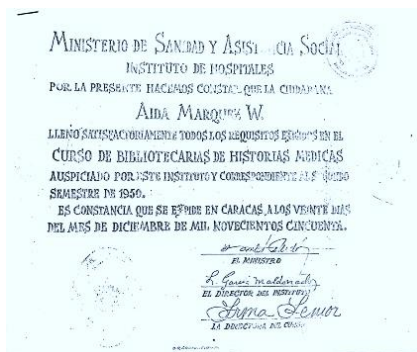
Cabe destacar el propósito de “Asegurar la preparación adecuada del personal que trabajaría en la nueva institución”. Al respecto, el Ministerio se abocó a realizar un intenso

programa de adiestramiento de personal, durante varios años (1936-1952), así lo refiere el propio MSAS, citado por Araujo<sup>4</sup>, en la XI Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia, donde enfatizó que las directrices de este principal organismo de salud consistieron en las “Recomendaciones sobre la Preparación de Personal”, mediante el envío regular de médicos, ingenieros y otro personal a realizar estudios especiales en Estados Unidos.

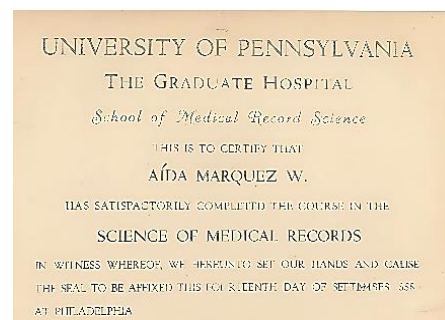
### Segunda etapa. Creación de las Escuelas de Bibliotecarios de Historias Médicas (BHM)

En el año 1944, se estableció la Ley de Estadísticas y Censos Nacionales<sup>5-7</sup>, que define diversas responsabilidades para el MSAS. Entre estas responsabilidades, se incluyen la recopilación y análisis de datos sobre la morbilidad y mortalidad en el país, así como, la supervisión de las estadísticas relacionadas con dispensarios, sanatorios, hospitales y clínicas. La asignación y cumplimiento de estas funciones requerían de personal calificado para manejar y procesar estos parámetros, asegurando así que se cumpla con este mandato legal y se promueva la salud pública.

En este contexto, cobra relevancia el registro testimonial de Ruiz<sup>8</sup>, al reportar que, para la época, era prematuro hablar de la organización y funcionamiento de los archivos clínicos debido a la falta de personal capacitado en el país. Si bien esta fuente pertenece a la literatura gris y carece de un aparato crítico formal, su valor reside en que documenta los nudos críticos que enfrentaba el sistema sanitario antes de la institucionalización de la carrera. Por ejemplo, destaca el esfuerzo realizado en 1948 al enviar a la Sra. Irma Sénior de Blakenburg a capacitarse en el Curso de *Medical Records Librarians* en la Universidad de Northwestern y al Hospital Wesley Memorial de Chicago, convirtiéndose en la primera Bibliotecaria de Historias Médicas (BHM) en el país y en América Latina. A su regreso, asumió el cargo de jefe de la Sección de Estadísticas del Instituto de Hospitales del MSAS, donde impulsó la creación de la Escuela Oficial de BHM en julio de 1950, una iniciativa fundamental para fortalecer el manejo de información sanitaria. La sucedió la Srta. Aída Márquez, graduada en el primer curso que se dictó en el año 1950 (Figura 1), perfeccionando sus conocimientos en esta rama en la Universidad de Pensylvania, Philadelphia USA, en el año 1956 (Figura 2).



**Figura 1.** Copia de Diploma BHM. Srta. Aída Márquez. Caracas-Venezuela. 1950.



**Figura 2.** Copia de Credencial Srta. Aída Márquez. Universidad de Pensylvania. USA.

En el año 1950, se abre la Escuela de BHM, adscrita a la Dirección de Salud Pública del MSAS. A su regreso a Venezuela, la Srta. Aída Márquez junto a la Sra. Irma Sénior de Blakenburg, dirigen la escuela formando profesionales en cursos de un (1) año, el primer grupo de graduandos fue de ocho (8) con credencial de BHM. Con estos egresados comenzó la organización de los Departamentos de Historias Médicas en hospitales de diferentes estados de Venezuela y sirvieron de apoyo de la reforma de la asistencia sanitaria en este país, dirigida por el Dr. Pedro Guedes Lima (Figura 3) logrando mayor custodia y conservación de las historias clínicas<sup>8</sup>.

Desde 1950 hasta el año 1975, solo existía la Escuela de Bibliotecarios en Caracas, núcleo único de formación especializada (Figura 4); ante la demanda de este recurso humano en el interior del país, el sistema sanitario implementó un modelo de programa de movilidad técnica bajo el esquema de sueldo-beca para trabajadoras de los Departamentos de Historias Médicas, supeditados a una cláusula de permanencia institucional mínima de dos años. Este mecanismo garantizaba el retorno de la inversión en formación, dentro de la red hospitalaria nacional, todo ello, derivado de la experiencia profesional de la autora.



**Figura 3.** Dr. Pedro Guedes Lima. Jefe de los Servicios Médicos. MSAS. 1950.



**Figura 4.** Grupo de graduandos de BHM. Caracas-Venezuela. 1967.

Es importante resaltar la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la consolidación de la Escuela de Bibliotecarios de Caracas, permitiendo que Venezuela funcionara como un centro de formación regional y en compensación, facilitaban especialización profesional a Bibliotecarios de Venezuela en centros de formación universitaria de Chile, México, Costa Rica, entre otros (Figuras 5 y 6), sustentado también en la vivencia directa y trayectoria profesional de la autora. El retorno de este talento humano no solo fortaleció la calidad de los sistemas de información intrahospitalarios, sino que, garantizó el relevo generacional y la excelencia académica, al integrar a estos especialistas a la planta docente de la escuela.



Figura 5. Oficio OPS otorgamiento Beca para estudios Escuela Salud Pública, Universidad de Chile. 1986.



Figura 6. Certificado Curso de Estadísticas de Salud y Registros Médicos. Universidad de Chile. 1986.

Una vez que se jubila la Sra. Irma Sénior en 1961, queda en la coordinación de la escuela la Sra. Aída Márquez de Rincón junto a otros profesionales bibliotecarios, quienes asumieron la Dirección de la Unidad de Registros Médicos a nivel del MSAS, cuya función principal era la organización, supervisión y control de los Departamentos de Historias Médicas de todos los hospitales y centros dispensadores de salud del país. De esta responsabilidad asumida, surge la necesidad de abrir otra escuela en Maracaibo, estado Zulia (1977), pero la demanda de personal debidamente formado era mayor que la oferta de las Escuelas de Caracas y Maracaibo; razón por la cual, a nivel de los estados, a partir del año 1962 se implementaron cursos de seis (6) u ocho (8) meses para formar Auxiliares de Historias Médicas, y así cubrir la necesidad de personas con competencias para desempeñarse en el área.

En el año 1978, tras su jubilación del MSAS, la Sra. Aída Márquez de Rincón, se establece en Mérida; en virtud de su trayectoria profesional, impulsa ante el MSAS y la ULA la creación de un nuevo núcleo de formación, presentando el proyecto de creación de una tercera escuela para formar BHM ante el Dr. Pedro Rincón Gutiérrez, Rector Magnífico de la ULA, quien junto a los Dres. Justo Miguel Bonomíe, Director del Hospital Universitario de Los Andes (HULA) y Héctor Sequera Palencia, Jefe del Departamento de Medicina Preventiva y Social (DMPS) de la Facultad de Medicina, avalaron la iniciativa para instaurar la docencia de profesionales en Registros y Estadísticas de Salud en la ULA.

Este programa fue adscrito a la Cátedra de Medicina Comunitaria del DMPS, de la Facultad de Medicina, con la denominación de “Programa de Bibliotecarios de Historias Médicas”, su implementación contó con el apoyo de las autoridades antes nombradas, como garantes de la pertenencia a la ULA, así como, de la Coordinadora del Departamento de Historias Médicas del HULA (Dra. Olga Dávila de Espinosa) y de la Coordinadora Adjunta del mismo Departamento (profesora María Auxiliadora Sánchez). En la elaboración del plan de estudios participó una comisión técnica interinstitucional, la ULA como ente rector académico y el HULA como escenario operativo, bajo el marco regulatorio de los diseños curriculares de la época, egresando profesionales con el diploma de BHM, en un año de estudio; durante el periodo 1978 - 1989.

Para el año de 1988, después de diez (10) años de vigencia del diseño curricular, se hizo indispensable adecuar los programas educativos a las nuevas transformaciones del mercado laboral y evolución del sector salud. Se presenta el proyecto de reforma del plan de estudios, por parte de la Sra. Aída Márquez de Rincón y la profesora María Auxiliadora Sánchez, el mismo implicó, la extensión de la carga horaria a dos años de estudio y redefinición del nombre de la carrera a “Técnicos Medios en Estadística de Salud”, del cual egresó un único grupo promocional.

Coincidiendo con la implementación del nuevo diseño curricular, la OPS publicó lineamientos estandarizados para la organización de los departamentos de registros médicos. Para dar cumplimiento a las competencias redefinidas, resultó indispensable mejorar el perfil académico de los futuros profesionales.

La OPS<sup>9</sup>, afirma que, “los hospitales representan un elemento esencial en los sistemas de salud...” y el Departamento de Registros Médicos, es el departamento del hospital que más contribuye a estos dos grandes grupos de funciones, atención de pacientes y apoyo institucional” (p.11). Considerando su importancia, la OPS establece los objetivos que debe cumplir el Departamento de Registros Médicos y Estadísticas:

- Contribuir a la prestación de la mejor atención posible al paciente, dándole una atención pronta y amable, asegurando que su historia clínica única sea exacta, oportuna, confidencial y accesible.
- Proporcionar a la dirección del hospital información exacta y oportuna sobre los recursos humanos y materiales, para la determinación de las necesidades presupuestarias.
- Proveer al país la información estadística necesaria para la óptima utilización de los medios con que cuenta en el momento, para la planificación de las necesidades futuras.
- Proporcionar historias clínicas y otros datos al personal de salud, para uso en estudios e investigaciones.
- Contribuir a la educación y capacitación del personal médico y otro personal de salud.
- Contribuir a proteger los intereses legales del paciente, del cuerpo médico y del hospital.

Además de los objetivos citados, también estableció el Manual de Normas y Procedimientos, que impulsó una adecuación de los programas académicos de estas escuelas, para adaptar el perfil del egresado a las competencias técnicas requeridas por el sistema sanitario. De este modo, el nuevo plan de estudios de dos años de duración de los Técnicos Medios en Estadística de Salud representó el sustrato para consolidar la transición a un nivel de educación superior, la carrera de Técnico Superior Universitario.

### **Tercera etapa. Creación del Técnico Superior Universitario en Estadísticas de Salud (TSUES) de la ULA**

En el año 1991, se inicia el proyecto de la carrera de TSUES, por la profesora María Auxiliadora Sánchez, quien se fundamentó en la filosofía fundacional de la ULA como institución al servicio de la nación, a través de sus distintas facultades y núcleos, impulsando propuestas académicas diversas en pro de garantizar la actualización y capacitación del personal de salud, en este caso, para fortalecer la calidad de la atención a los usuarios del sistema sanitario.

Es así como, para 1992, se consolida esta carrera de TSUES con una duración de tres años y régimen de anualidad, adscrita al DMPS, Facultad de Medicina, ULA; sometándose a la consideración de las instancias correspondientes en la universidad, para su aprobación. Una vez obtenida la anuencia interna, se remitió al órgano rector de Educación Superior, Consejo Nacional de Universidades (CNU), obteniendo la acreditación oficial, mediante resolución CNU – N.º 10 del 07 de mayo de 1997<sup>10</sup>. En esta transición de seis (6) años de duración (1991- 1997), culminaron la etapa académica dos cohortes cuyo acto de grado fue el 20 de junio de 1997.

En noviembre de 1999, el personal que laboraba en el HULA con denominación de Auxiliares y Bibliotecarios de Historias Médicas, dada la aprobación formal de la carrera de TSUES, elevaron una solicitud ante el Decanato de la Facultad de Medicina, para que se les permitiera obtener el mencionado título, a través de una formación semipresencial o de profesionalización en servicio, garantizando su continuidad en el trabajo.

Entre los años 2000-2002, las autoridades decanales aprueban el requerimiento de los auxiliares y bibliotecarios en servicio, solicitando para ello un recurso docente mediante la figura de comisión de servicio a tiempo completo, ejercido por la Licenciada Martina Guerrero (autora del presente artículo), quien mantenía previamente una relación laboral a tiempo parcial (4 horas de contratación), con el propósito de estructurar dos diseños curriculares:

- a) Programa de Profesionalización para Auxiliares de Historias Médicas: aprobado por Consejo Universitario el 10 de junio de 2002. Resolución N° CU-1031. Este programa contaba con características especiales: semipresencial a distancia (Módulos por materia, asesorías los fines de semana, evaluaciones presenciales). Duración de 5 semestres, con reconocimiento de saberes por experiencia en el área. Inició en Mérida y luego se extendió a todo el país, egresando entre los años 2003 – 2007, la cantidad de dos mil trescientos setenta y cinco (2.375) profesionales<sup>10</sup>.
- b) Programa de Nivelación para Bibliotecarios: el Consejo Universitario dio su consentimiento el 22 de julio de 2002. Resolución N° CU- 1520. Se estructuró para ser ejecutado en tres periodos semestrales, debido a que los participantes poseían curso de BHM de dos años, por lo tanto, se aplicó la modalidad de equivalencias y reconocimiento de saberes por experiencia. Esta nivelación inició su ejecución en Mérida, extendiéndose a otras regiones.

En el año 2005, transcurridos 8 años de formación de TSUES con el diseño curricular

vigente, el equipo docente de la carrera de la ULA, responsable de la formación académica, junto con el personal técnico del Departamento de Historias Médicas del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), detectaron la necesidad de actualización del currículo de la carrera, para reforzar el perfil y competencias del egresado. Una vez elevada la propuesta al Consejo del DMPS, se designan a las profesoras Martina Guerrero y Ángela Pérez, representantes de la carrera, así como al profesor Rómulo Bastidas, como representante por el DMPS para elaborar el primer rediseño curricular. En 2006, ya culminado el proyecto, se envía a diferentes instancias de la Facultad de Medicina, Comisión Curricular y Rectorado de la ULA, siendo aprobado por el Consejo Universitario el 05 de febrero de 2007, mediante comunicación CU-0212/2007. Entre las actualizaciones realizadas destacan, el cambio de régimen de anualidad a semestral, la inclusión de prelaciones entre asignaturas, exclusión e inclusión de nuevas unidades curriculares, asignación de unidades crédito a cada unidad curricular, entre otras.

Para el año 2015, habiendo ejecutado el primer rediseño curricular por un lapso de 8 años, se propone una nueva actualización del currículo, debido a los cambios e innovaciones en el área de las estadísticas de salud y las exigencias del Manual de Procedimientos Curriculares vigente y el Reglamento Curricular de Pregrado de la ULA. Siguiendo los canales regulares, se eleva la propuesta de un segundo plan de estudios, ante el Consejo de DMPS, designando un equipo técnico conformado por las profesoras Ángela Pérez y Martina Guerrero como redactoras internas, y el Lcdo. Amado Corona (profesional en el área, experto en diseños curriculares), como redactor externo. Una vez culminado el nuevo programa académico, se remite a las diferentes instancias, siendo aprobado por Consejo Universitario el 23 de mayo del 2016, mediante comunicación N° CU-1340/16. Se inició su ejecución el año 2017.

Durante el año 2016, la elaboración del segundo Rediseño Curricular de la carrera de TSUES, permitió profundizar la importancia y trascendencia de las estadísticas para el sistema de salud, considerando al profesional en esta área como otro miembro importante del equipo de salud, que tiene bajo su responsabilidad, producir información para la toma de decisiones, la investigación, la gestión, identificar tendencias de enfermedades, optimizar recursos y, algo muy importante, la información para desarrollar políticas de salud.

En consecuencia, el equipo docente de la Unidad de Estadísticas de Salud asume un nuevo reto, un proyecto que permita el crecimiento de la carrera hasta alcanzar el mayor nivel académico, formar Licenciados en Estadísticas de Salud. Es por ello que, habiéndose aprobado la actualización en el año 2016, el mismo equipo de profesores, bajo asesoramiento permanente de la Profesora Zulima Barboza, Coordinadora General del Consejo de Desarrollo Curricular de la ULA, inicia la elaboración del Proyecto de creación de la carrera de Estadísticas de Salud (que otorga el título de Licenciados en Estadísticas de Salud), tomando como sustrato normativo el Manual de Procedimientos Curriculares de la ULA (2017)<sup>11</sup>, específicamente, el Guion 3: Para el CNU los proyectos de creación y modificación de las carreras universitarias, modalidad presencial se presentan dos tomos: Estudio Académico y Estudio de Factibilidad.

El proyecto antes mencionado se culminó en junio de 2018, pero debido a la situación política, económica y social de los años 2018 - 2019 y, posteriormente, dado el inicio de la

pandemia del COVID-19, experimentó una interrupción hasta finales del 2020. En el año 2021, se reactiva nuevamente su discusión en todas las instancias, siendo aprobado definitivamente en Consejo Universitario mediante resolución: 0183/22 de fecha 03 de febrero de 2022 y remitido al Consejo Nacional de Universidades, para su revisión y aprobación definitiva según oficio CU-0001/22, de fecha 21/02/2022.

Es importante mencionar un aspecto innovador del proyecto de creación de la carrera de Estadísticas de Salud, la inclusión de salidas intermedias que van a permitir al estudiante insertarse tempranamente en el campo laboral. La primera de ellas es la credencial de “Asistente en Estadísticas de Salud” que se otorga finalizado el tercer semestre. Culminado el sexto semestre, si el alumno así lo desea, se le confiere el título de Técnico Superior Universitario en Estadísticas de Salud. Ahora bien, si continua estudios de Licenciatura tiene la oportunidad de optar por una de las dos menciones ofertadas: Gestión de la Información y Gerencia Organizacional. La carrera de Licenciatura se desarrollará en 8 semestres.

En el año 2024, el proyecto permaneció en el CNU desde marzo de 2023 hasta el 18 de diciembre de 2024, cuando fue aprobado en el Consejo Permanente de este organismo, incluido en la Gaceta Oficial N° 43.034 de fecha 24 de diciembre de 2024, Providencia Administrativa N° 029.

#### **Cuarta etapa. Período de Implementación de la carrera como Licenciatura en Estadísticas de Salud**

Durante el 2025, se inician los trámites para la etapa de la implementación de la Licenciatura, la cual se realiza a través de entrevistas con coordinadores de las diferentes instancias de la ULA, responsables de: modalidad de ingresos, registro estudiantil, oficina de grado, comisión curricular, consultoría jurídica, entre otros. Con este acervo de información se procede a elaborar el informe para la “Implementación de la carrera de Licenciatura en Estadísticas de Salud”, cuyo propósito es consolidar el proceso de transición entre el TSUES y la Licenciatura en Estadísticas de Salud; dicho informe, aprobado por el Consejo del DMPS, Consejo de Escuela y Consejo de Facultad, se encuentra bajo la consideración del Consejo Universitario de la ULA para su aprobación definitiva. Se estima iniciar en marzo de 2026, periodo lectivo A-2026.

#### **Visión a mediano plazo: Estudios de cuarto nivel en el área de Estadísticas de Salud**

Para finalizar, la referida oferta curricular posicionará a los futuros Licenciados en Estadísticas de Salud, en profesionales capaces de transformar datos en información estratégica para la salud pública, con competencias para la gestión de macrodatos, recolectados del sistema sanitario, pasando de una estadística descriptiva a un modelo predictivo que anticipe brotes epidemiológicos, recursos hospitalarios necesarios, entre otros temas de interés, para la toma de decisiones basada en evidencias.

Los estudios de cuarto nivel (especialidades, maestrías) en Estadísticas de Salud, como proyecto futuro, tendrían como propósito formar profesionales con competencias para el fortalecimiento de la investigación clínica, la optimización de recursos, la evaluación de programas de salud, la identificación y desarrollo de tecnologías avanzadas para el sector sanitario, fomentar

la interdisciplinaridad a través del lenguaje común entre profesionales de la salud y estadísticos, mejorando la comunicación y aplicación práctica de los resultados.

## — CONCLUSIONES

El devenir histórico de la carrera de Estadísticas de Salud en la ULA, no representa únicamente una cronología de ajustes curriculares, sino la consolidación de un modelo de gestión del conocimiento, desde los programas técnicos de finales del siglo XX hasta la actual proyección de la licenciatura en el 2026, donde el profesional ha trascendido su rol como custodio del dato para posicionarse como un analista capaz de transformar la evidencia estadística en decisiones, para que las autoridades sanitarias implementen políticas públicas efectivas y medidas preventivas.

El compromiso de garantizar la formación adecuada de recursos profesionales en el área de las Estadísticas de Salud ha sentado las bases de la carrera académica como clave para superar los desafíos que exige el sistema sanitario del país. Es por ello, que la evolución de los programas en esta área por parte de la ULA ha permitido integrar en el currículo competencias adecuadas a la realidad actual. Sin profesionales de alto nivel, la gestión sobre información idónea corre el riesgo de operar bajo incertidumbre, lo que compromete la asignación de recursos y la atención al paciente.

Por su parte, en un futuro próximo, los estudios de cuarto nivel son indispensables para transformar al estadístico de salud en un investigador activo, con formación avanzada en bioestadística y metodologías par: rigor científico.

## — REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gabaldón A. Discurso pronunciado en la sesión inaugural del VII Congreso Venezolano de Salud Pública en: VII Congreso Venezolano de Salud Pública. Caracas: MSAS, 1986
2. Benítez G, Garcés F, Lira L, Núñez B, Arias S. Evolución histórica del Sistema Nacional de Salud venezolano (1909-2023). *Rev Digit Postgrado* [Internet]. 2023 [consultado 23 noviembre 2025]; 12(2):e370. Disponible en: [https://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_dp/article/view/26874](https://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_dp/article/view/26874)
3. Lares-Gabaldón M. Trayectoria de la sanidad en Venezuela. *Boletín OPS*. [Internet]. 1941 [consultado 10 octubre 2025]; 20(12):1260-63. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/12998>
4. Araujo M. La Salud Pública en la Venezuela de las décadas centrales del Siglo XX (1936-1952) [resumen]. XI Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia; 19-22 de septiembre de 2007; Universidad de Tucumán, Argentina. [Internet]. 2007 [consultado 5 noviembre 2025]. Disponible en: <https://cdsa.aacademica.org/000-108/892.pdf>
5. Estados Unidos de Venezuela. Ley de Estadísticas y Censos Nacionales. *Gaceta Oficial* N° 21.572 (27 noviembre 1944).
6. Estados Unidos de Venezuela. Reglamento de la Ley de Estadísticas y Censos Nacionales, *Gaceta*

Oficial N° 21.573 (28 noviembre 1944).

7. República Bolivariana de Venezuela. Decreto N° 1.509 con fuerza de Ley de Reforma Parcial de la Ley de la Función Pública de Estadística, Gaceta Oficial N°37.321 (9 de noviembre de 2001). [Internet]. 2001 [consultado 30 enero 2026]. Disponible en: <https://www.asambleanacional.gob.ve/leyes/sancionadas/decreto-no-1509-con-fuerza-de-ley-de-reforma-parcial-de-la-ley-de-la-funcion-publica-de-estadistica>
8. Ruíz A. Un lugar para el Departamento de Historias Médicas. Evolución de la sanidad y los registros médicos en Venezuela. [Internet]. 2014 [consultado 10 diciembre 2025]. Disponible en: <http://adela82014.blogspot.com/2014/01/evolucion-de-la-sanidad-y-los-registros.html>
9. Organización Panamericana de la Salud. El Departamento de Registros Médicos: guía para su organización. Serie PALTEX N° 19. Washington (DC): OPS; 1990 [Internet]. [consultado 30 enero 2026]. Disponible en: <https://cssdelasalud.wordpress.com/2018/12/14/ops-oms-el-departamento-de-registros-medicos-guia-para-su-organizacion/>
10. Guerrero E, Araque M, Guerrero M, Nava L. Gestión académica del programa de profesionalización a Técnico Superior Universitario en Estadística de Salud, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. Rev. GICOS. 2008; 1(1):21-25.
11. Universidad de Los Andes. Vicerrectorado Académico. Consejo de Desarrollo Curricular. Manual de Procedimientos Curriculares [Internet]. 2ª. ed. Mérida. 2017 [15 agosto 2019]. Disponible en: <http://web.ula.ve/wp-content/uploads/sites/44/2018/02/MANUAL-CDC-2da-ed.-Aprobado-CU.pdf>



*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 13, Número 1 (2026)**, publicada en el repositorio institucional SaberULA. Universidad de Los Andes–Venezuela*

*[www.saber.ula.ve](http://www.saber.ula.ve)  
[info@saber.ula.ve](mailto:info@saber.ula.ve)*