GRUPO de INVESTIGACIÓN HISTORIA y PENSAMIENTO ENFERMERO

EHI ENFERMERÍA HISTORIA e INVESTIGACIÓN

VOLUMEN 11 Número 2 (2024) ISSNe 2542-3444



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
VENEZUELA

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

EHI
ISSNe 2542-3444
VOLUMEN 11
Número 2 (2024)

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: Alba Rosa Fernández, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)
EDITOR ADJUNTO: Gustavo Alcántara, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)

COMITÉ EDITORIAL
Miembros nacionales
Alba Rosa Fernández, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)
María Vega de Peña, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)
Gustavo Alcántara, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)

Miembros internacionales
Eduardo Sánchez Uzcátegui, Universidad Autónoma de Madrid (UAM, España)
Karina Díaz Morales, Universidad Autónoma Nuevo León (UANL, México)
María Eugenia Vega, Institución Universitaria Politécnico Grancolombiano (POLI, Colombia)
Yennys Katiusca Benavente Sánchez, Universidad Nacional Autónoma de Tayacaja "Daniel Hernández Morillo" (UNAT, Perú)
Viviana Marycel Céspedes, Universidad Nacional de Colombia (UNAL, Colombia)
Olga Osorio Murillo, Universidad Libre Cali (Unilibre, Colombia)
José Antonio Peña Vega, Medicine Oregon Health & Science University (OHSU, EEUU)
Génesis Ivanoba Briceño Parra, Medicine Oregon Health & Science University (OHSU, EEUU)

COMITÉ CIENTÍFICO Y DE ARBITRAJE
Karina Díaz Morales, Universidad Autónoma Nuevo León (UANL, México)
Camilo Eduardo Bautista Saavedra, Universidad de Boyacá (UB, Colombia)
Viviana Marycel Céspedes, Universidad Nacional de Colombia (UNAL, Colombia)
Olga Osorio Murillo, Universidad Libre Cali (Unilibre, Colombia) y Universidad Santiago de Cali (USC, Colombia)
María Luisa Molano, Universidad del Valle (Univalle, Colombia)
Digna Escobar, Universidad de Carabobo (UC, Venezuela)
María Teresa Miralles, Universidad Alcalá de Henares (UAH, España)
Eduardo Sánchez Uzcátegui, Universidad Autónoma de Madrid (UAM, España)
Ricardo Ruiz, Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL, Venezuela)
María Vega de Peña, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)
Alba Rosa Fernández, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)
Gustavo Alcántara, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)
María del Carmen Álvarez, Universidad Central de Venezuela (UCV, Venezuela)
Asdrúbal Velasco Cañas, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)

CONCEPTO GRÁFICO Y DISEÑO EDITORIAL Gustavo Alcántara. galcantara@ula.ve.com

IMAGEN DE PORTADA Cortesía de la Dra. María Gregoria Vega de Peña.

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

La revista **Enfermería, Historia e Investigación (EHI)**, asegura que los editores, autores y árbitros cumplen con las normas éticas internacionales durante el proceso de arbitraje y publicación. Del mismo modo aplica los principios establecidos por el Comité de Ética en Publicaciones Científicas (COPE). Igualmente todos los trabajos están sometidos a un proceso de arbitraje y de verificación por plagio.

Todos los documentos publicados en esta revista se distribuyen bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Por lo que el envío, procesamiento y publicación de artículos en la revista es totalmente gratuito.

Todos los derechos reservados. El contenido de esta revista está protegido por la Ley.
No puede ser reproducida, ni registrada o transmitida por cualquier medio de recuperación de información sin el permiso previo, por escrito, de los editores.
© 2024. Universidad de Los Andes.

Depósito Legal: ppi201502ME4601. ISSN electrónico: 2542-3444
Este número ha sido publicado gracias al apoyo de la Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.

GRUPO de INVESTIGACIÓN
HISTORIA y PENSAMIENTO ENFERMERO.
ESCUELA de ENFERMERÍA, FACULTAD de MEDICINA,
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, MÉRIDA-VENEZUELA

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
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 Los Andes (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.

ISSNe 2542-3444

EHI

VOLUMEN 11

Número 2 (2024)

TABLA *de* CONTENIDO

5 **EDITORIAL**

INVESTIGACIÓN

6-18 Vulnerabilidad suicida: factores de riesgo y protección en una población juvenil venezolana
Suicidal vulnerability: risk and protective factors in a Venezuelan youth population
GABRIELA VALENTINA DI LORENZO-CAMMARATA, ALBERTO JOSSUÉ BELANDRIA-BALESTRINI

PROYECTO COMUNITARIO

19-29 Programa de envejecimiento activo para un municipio urbano de la Comunidad de Madrid
Active aging program for an urban municipality in the Community of Madrid
EDUARDO JOSÉ SÁNCHEZ UZCÁTEGUI, ANA GABRIELA ROSALES ALMEIDA, ARIANE LOZANO BENITO, ELOISA LISBONA FERNÁNDEZ, PILAR CALMAESTRA MADERO

CASOS CLÍNICOS

30-41 Caso clínico quirúrgico: histerectomía total abdominal
Surgical case report: total abdominal hysterectomy
MARÍA EUGENIA ESCOBAR PIRELA, MARÍA GREGORIA VEGA DE PEÑA

42-55 Caso clínico Quirúrgico: prostatectomía por resección transuretral
Surgical clinical case: prostatectomy by transurethral resection
LUCY AYALA, DARWEN JOSÉ ABDO, MARÍA GREGORIA VEGA DE PEÑA

56-68 Caso clínico quirúrgico: reemplazo autólogo de ligamento cruzado anterior izquierdo, más revisión artroscópica
Surgical clinical case: autologous left anterior cruciate ligament replacement, plus arthroscopic revision
ALVIS KARINA RAMÍREZ PÉREZ, MARÍA GREGORIA VEGA DE PEÑA

69-79 Caso clínico gerontológico
Gerontological clinical case
GERARDO RIVAS GUILLÉN, ALBA FERNÁNDEZ

RESEÑA HISTÓRICA

80-95 El primer ensayo de Atención Médica Jerarquizada en un hospital venezolano
The first trial of Hierarchical Medical Care in a Venezuelan hospital
NICOLAS FARIÑA GABINO

EHI
ISSNe 2542-3444
VOLUMEN 11
Número 2 (2024)

Editorial

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

En la actualidad, el ámbito laboral juega un papel fundamental en la vida de todas las personas, ya que es donde pasamos gran parte de nuestro tiempo. En los hospitales, este entorno es altamente demandante, tanto física como mentalmente, lo cual puede llevar al agotamiento de los profesionales de la salud, afectando su capacidad para tomar decisiones, comunicarse y manejar la presión; impactando directamente en la calidad de la atención al paciente. En los países en desarrollo, este desafío se agrava debido a la escasez de personal y la sobrecarga de trabajo.

El burnout, definido como el grado de fatiga físico y psicológico experimentado por una persona, es un síndrome reconocido por la OMS. Se caracteriza por agotamiento, negativismo y disminución de la eficiencia profesional, y es común entre los trabajadores de la salud debido a su exposición a situaciones emocionalmente desgastantes y la falta de tiempo para recuperarse, como en el caso de las enfermeras que cuidan a ancianos, trabajan en unidades con altas tasas de mortalidad, manejan el dolor, la pérdida, atienden a pacientes moribundos, brindan apoyo a familiares, enfrentan niveles elevados de estrés; factores que aumentan el riesgo de trastornos del estado de ánimo y ansiedad.

El estrés laboral, según el modelo de Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa (ERI) desarrollado por Siegrist, surge en entornos de salud ocupacional, cuando existe un desequilibrio entre el gran esfuerzo laboral y las bajas recompensas recibidas que pueden conducir a emociones negativas en los empleados.

Investigaciones recientes han demostrado que las intervenciones de *mindfulness* (atención plena) pueden ser aplicadas por los trabajadores tanto en situaciones cotidianas como estresantes. A continuación, se presentan algunas técnicas que pueden ser útiles:
• Respiraciones profundas: practicar la respiración consciente proporciona autocontrol y relajación.
• Observación de pensamientos: es la capacidad humana básica de poder estar en el momento presente, sin juzgar y plenamente atento.
• Identificación de emociones: reconocer y nombrar las emociones puede ayudar a gestionarlas mejor.
• Visualización: utilizar imágenes mentales para generar estado de relajación y control emocional.
• Conciencia: mantenerse atento del momento presente, de las sensaciones corporales y de la conducta emotiva.

El mindfulness al centrarse en el autocuidado y basándose en la evidencia científica, ofrece una herramienta efectiva para reducir el agotamiento de enfermeras y médicos en hospitales, ayuda a gestionar el estrés, las emociones, mejora la concentración, la empatía, fortalece la resiliencia, mantiene el bienestar emocional y el rendimiento óptimo en entornos complejos.

EHI
ISSNe 2542-3444
VOLUMEN 11
Número 2 (2024)

Recibido: 12/4/24 Aceptado: 24/5/2024
https://doi.org/10.53766/EHI/2024.11.02.01

INVESTIGACIÓN

Vulnerabilidad suicida: factores de riesgo y protección en una población juvenil venezolana

Suicidal vulnerability: risk and protective factors in a Venezuelan youth population

Gabriela Valentina Di Lorenzo-Cammarata (Méd ciruj.)[1]
Alberto Jossué Belandria-Balestrini (Crim.)[2]

[1] Médico cirujano, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0999-1299
[2] Criminólogo, ULA. Licenciado en Filosofía, Universidad Católica Cecilio Acosta (UNICA), Maracaibo-Venezuela. Profesor de Orientación Psicoeducativa, Psicología Evolutiva I y Psicocriminología, ULA. Correo-e: jossuebelandria@gmail.com ORCID: https://orcid.org/0000-0002-4991-2217

RESUMEN

Introducción: el suicidio como demostración de violencia autoinfligida es un elemento predominante dentro de Mérida, siendo este el estado con mayor tasa de suicidio de Venezuela y, el municipio Sucre el sexto en incidencia dentro de este último. La conducta suicida engloba un espectro de gravedad que pasa por los pensamientos e intentos de suicidio, no relacionándose únicamente con el suicidio consumado. **Objetivo:** describir la vulnerabilidad suicida de los jóvenes asistentes a las instituciones educativas del sector Pueblo Viejo, Municipio Sucre en el período mayo a junio de 2023. **Metodología:** cuantitativa, descriptiva con muestra no probabilística por conveniencia, conformada por 208 estudiantes entre 13 y 25 años de edad. Se aplicó la Escala Breve de Vulnerabilidad Suicida en una versión reducida de 25 preguntas. **Resultados:** la muestra fue mayormente del sexo femenino (53,8%), con una media de edad de 15,18 años; existió un 63% con riesgo bajo de suicidio. A partir de un máximo de 1 punto, el principal factor de riesgo fue la impulsividad de pensamiento (M=0,48 puntos), mientras que el principal factor de protección, la prudencia ante la tentación (M=0,50 puntos). Al comparar el nivel de riesgo por puntuación total entre ambos géneros, las mujeres tuvieron aproximadamente un factor de riesgo adicional (0,91) en promedio, en comparación con los hombres. **Conclusión:** dados los factores de riesgo y protección más puntuados, las estrategias de prevención y promoción de salud deben ir abocadas al consumo responsable de alcohol, a la identificación por parte de los familiares de algunos de estos factores, puesto que son elementos distintivos de la vida cotidiana de los sujetos. Se requieren estrategias individuales y colectivas para el abordaje de esta problemática, incrementando el autocuidado, el enlace con entes religiosos y, sobre todo, psicoeducar en torno a la resiliencia, el autocontrol y la proactividad de las personas.

Palabras clave: factores de riesgo, factores protectores, joven, suicidio, vulnerabilidad social.

ABSTRACT

Introduction: suicide as a demonstration of self-inflicted violence is a predominant element in Mérida, being the state with the highest suicide rate in Venezuela and the municipality of Sucre the sixth in incidence within the latter. Suicidal behavior encompasses a spectrum of severity that includes suicidal thoughts and attempts, and is not only related to completed suicide. **Objective:** to describe the suicidal vulnerability of young people attending educational institutions in the Pueblo Viejo sector, Sucre Municipality in the period May to June 2023. **Methodology:** quantitative and descriptive methodology with a randomized and non-probabilistic sample, made up of 208 students, between 13 and 25 years old. The Brief Suicide Vulnerability Scale was applied in a reduced version of 25 questions. **Results:** the sample was mostly female (53.8%), with a mean age of 15.18 years; 63% were at low risk of suicide. From a maximum of 1 point, the main risk factor was impulsive thinking (M=0.48 points), while the main protective factor was prudence in the face of temptation (M=0.50 points). When comparing the level of risk per total score between the two genders, women had approximately one additional risk factor (0.91) on average compared to men. **Conclusion:** given the risk and protective factors that are most highly rated, prevention and health promotion strategies should focus on responsible alcohol consumption and on the identification by family members of some of these factors, since they are distinctive elements of the subjects' daily lives. Individual and collective strategies are required to address this problem, increasing self-care, liaison with religious entities and, above all, psychoeducation on resilience, self-control and proactivity.

Keywords: risk factors, protective factors, youth, suicide social vulnerability.

— INTRODUCCIÓN

El suicidio es una de las principales causas prevenibles de mortalidad prematura, con más muertes que los homicidios o las guerras, por lo que se considera un problema mundial de máxima prioridad (1). Por ello, al ser evitable este tipo de conducta, es fundamental que se fomente una cultura de prevención al respecto, donde puedan definirse localmente los factores de riesgo y protección que tiene cada población.

Este problema social se considera un fenómeno multifactorial donde los elementos sociales, psicológicos y biológicos intervienen en el individuo, surgiendo de una situación conflictiva temporal o permanente que deviene en un estado de tensión donde fallan los mecanismos adaptativos de la persona al medio ambiente que lo rodea (2). De tal modo que, la combinación de términos "conducta suicida" engloba un espectro de gravedad que va desde un estado de salud y bienestar hasta el suicidio consumado, pasando por los pensamientos e intentos de acabar con la vida (3).

La juventud y particularmente la adolescencia, conforman épocas de transición significativas, enmarcadas por el aprendizaje de nuevas habilidades, así como por obstáculos para los jóvenes, todo lo cual puede conducir a pensamientos y actos suicidas (4). La conducta suicida de los jóvenes estudiantes ha aumentado en las últimas décadas y está fuertemente vinculada a la la soledad, las diversiones digitales, el individualismo, la competencia intensificada y la falta de regulaciones gubernamentales (5). En el mundo, el suicidio es una de las 20 principales causas de muerte para personas de todas las edades. Una persona en todo el mundo se suicida cada 40 segundos (1).

Debido a la interacción de numerosos factores, como se mencionó anteriormente, evaluar el comportamiento suicida es una tarea desafiante porque conjuga otras causas como la falta de esperanza, la impulsividad, la agresión, la percepción del cuerpo, los problemas de comunicación y la sensación de aislamiento social (6,7). Otros elementos como los factores socioeconómicos y demográficos, la orientación sexual, la religión, el suicidio de familiares y amigos, el consumo de alcohol y los síntomas depresivos también han adquirido importancia en la investigación (8,9). Asimismo, hay algunos eventos precipitantes que pueden aumentar el riesgo de suicidio al mismo tiempo: situaciones o eventos estresantes, como dificultades financieras, pérdida de un ser querido, conflictos familiares, rupturas y problemas legales, laborales y financieros (10,11). Asimismo, se resalta la edad, puesto que la mayoría de los suicidios son consumados por rangos etarios específicos (juventud y ancianidad) y; el sexo, por lo que el suicidio tiene mayor prevalencia en hombres que en mujeres, aunque hay rangos específicos de edad (entre 20 y 24 años) donde el género femenino tiene una prevalencia mayor, el cual constituye parte de esta investigación (12).

En este sentido, debe mencionarse que comúnmente los estudios sobre el suicidio han abordado los factores de riesgo relacionados con el mismo, tratando de identificarlos o cuantificándolos (13). Sin embargo, los factores de protección existentes y que deben potenciarse para prevenir esta conducta, no han sido altamente tratados (14). La participación en actividades religiosas y comunitarias, así como contar con apoyo social, son algunas de las variables

protectoras descubiertas a nivel comunitario (15,16). Las personas exhiben una serie de fortalezas psicológicas que se ponen en práctica en los sistemas de creencias positivas, según el movimiento contemporáneo de Psicología Positiva, tales como rasgos de personalidad únicos, patrones de pensamiento consistentes y una colección de competencias sociales y emocionales, que apoyarían el bienestar y ayudarían a prevenir la aparición de problemas psicológicos, incluida la ideación suicida (17). En este sentido, a nivel intrapersonal, destacan ciertos rasgos personales, como la gratitud (18) o el optimismo (19), que parecen influir en la protección de aquellos factores relacionados con el intento de suicidio.

Como parte de la contextualización del estudio, se destaca que el mismo fue realizado en Mérida, Venezuela. Este estado, se encuentra en la región andina, contando con la característica fundamental de ser el que posee la tasa de suicidio históricamente más alta del país, teniendo un promedio de 10,57 suicidios por cada 100.000 habitantes en el lapso 1995-2012 (20). La representación de Mérida en el primer puesto, indiferentemente de su tasa ha sido significativa tanto cuando se tenía un registro epidemiológico continuo, como en la actualidad cuando el reporte se lleva a través de distintas ONG. En este sentido, cálculos recientes aportados por Páez et al., (21) mencionan que en el período 2001-2014, esta entidad superó en promedio 2,93 veces la tasa de suicidio en todo el país (2,15-3,91).

Estos aspectos los destaca Crespo (20), quien establece que si bien históricamente hablando, Mérida tiene la tasa de suicidios más alta, en líneas generales, esta se ha incrementado significativamente en el país, generando una preocupación importante debido a los números de los últimos años y especialmente de 2017, dado que la tasa de suicidio del estado Mérida difiere sustancialmente de los demás estados, duplicando a estos y a la media nacional. Tanto Crespo (20) como Páez et al. (21) acentúan que esto ha ocurrido debido a la tensión existente dada por el conflicto social, político, económico e institucional, los cuales han hecho que se presencien números sin precedentes en la historia republicana del país.

Específicamente, el estudio se ha realizado en el Municipio Sucre, Parroquia Sucre, sector Pueblo Viejo. En torno al municipio, se caracteriza por ser uno de los más poblados, siendo el quinto en población (22) y el sexto en el índice de suicidios del estado (23). Sobre el sector, debe aclararse que abarca parte del casco central de Lagunillas, capital del municipio Sucre, donde se encuentran dos instituciones educativas, una escuela básica y un liceo, lugares donde se llevó a cabo la investigación.

Finalmente, se destaca que el objetivo fue describir la vulnerabilidad suicida de los jóvenes asistentes a las instituciones educativas del sector Pueblo Viejo, Municipio Sucre en el período mayo a junio de 2023, por lo que la investigación, siendo de corte transversal, hace que los resultados obtenidos puedan variar en el tiempo en la población estudiada. Sin embargo, el mismo es justificable debido a las inquietudes en torno a la salud mental y al índice de suicidios que presentó la entidad, por lo que la propia comunidad estableció como una problemática primordial el abordaje de este fenómeno.

— METODOLOGÍA

La investigación realizada fue de enfoque cuantitativo y tipo descriptivo, ya que se pretendió caracterizar la vulnerabilidad suicida de la muestra. Asimismo, fue transversal, puesto que la evaluación de los factores de riesgo y protección dados en los encuestados se dio en el período enmarcado entre abril y mayo de 2023 dentro del sector Pueblo Viejo, Municipio Sucre del estado Mérida.

El muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia. Es decir, no se estableció un número de partida para caracterizar la muestra y no se basó en un cálculo estadístico, sino en el abordaje posible a los individuos de Pueblo Viejo. Para ello, se acudió a las dos principales instituciones de la zona, abarcando un rango etario altamente propenso al suicidio como lo es la juventud (12). Dentro de ellas, se encuestaron 208 estudiantes sin distinción de sexo, los cuales serán descritos en los resultados.

En cuanto al instrumento aplicado, se utilizó el cuestionario denominado *Escala Breve de Vulnerabilidad Suicida*, creado por Sánchez-Álvarez et al. (24), quienes crearon este instrumento a partir de la combinación de distintos *test*, el cual tiene 30 preguntas y un alfa de Cronbach de 0,83 a partir de su muestreo inicial con 95 participantes. Debe aclararse que ante lo directas que son las primeras 5 preguntas del mismo (escala clínica), siendo percibidas con distintos prejuicios por los primeros encuestados y, tomando en cuenta que pueden considerarse de forma aparte en la escala creada por estos autores, se optó por solo utilizar los 25 ítems restantes.

Esta escala tipifica la vulnerabilidad suicida en 4 tipos: riesgo suicida bajo (0-8 puntos), leve (9-11 puntos), moderado (12-15) y alto (>16 puntos). Los instrumentos en los que se basaron los autores para la creación de la escala son: la Lista de acontecimientos vitales estresantes (*List of Threatening Experiences Questionnaire*, LTE-Q; Brugha y Cragg, 1990), la Escala de Ideación Suicida de Beck (*Ideation Suicide Beck*, ISB; Beck et al., 1979), Inventario de Depresión de Beck (*Beck Depression Inventary*, BDI; Beck et al., 1979), Impulsividad de Barratt (*Barratt Impulsiveness Scale*, BIS; Barratt, 1959), Entrevista Internacional Neuropsiquiátrica (*Mini-International Neuropsychiatric Interview*, MINI; Sheehan et al., 1998) y el Inventario de Fortalezas (*Values in Action Inventory of Strengths*, VIA-IS; Peterson y Seligman, 2004).

Para poder realizar la investigación, los autores se adhirieron a los principios bioéticos básicos, garantizando el anonimato de los participantes, la proporcionalidad de mayor beneficio a riesgo y, el consentimiento informado para continuar con el estudio. El tratamiento de los datos fue dado principalmente a través de estadística descriptiva (media, frecuencias, porcentajes, cálculo de niveles), a partir del uso del software SPSS de IBM. Posteriormente a la recolección y análisis de datos, se realizó prevención y promoción en salud a las comunidades a través de la enseñanza, de forma que pudiesen tener un referente básico a cómo tratar una crisis psicológica, técnicas de contención y los entes a referir de acuerdo al caso, entre otros aspectos.

— RESULTADOS

Los participantes fueron 208 jóvenes, siendo mayormente compuestos por el sexo femenino (n = 112; 53,8%), aunque teniendo un número importante en el sexo masculino (n = 96; 46,2%). En torno a la edad de los mismos, el rango estuvo entre 13 y 25 años, teniendo una media de 15,18 años (DT = 1,97 años). Esto, debido a que la muestra se recolectó en las instituciones educativas, predominando el rango de 13 a 17 años (92,3%).

Tabla 1. Nivel de vulnerabilidad suicida en jóvenes de Pueblo Viejo, municipio Sucre, estado Mérida, Venezuela, 2023.

Nivel de riesgo	Frecuencia	%
Riesgo de suicidio bajo	131	63,0
Riesgo de suicidio leve	53	25,5
Riesgo de suicidio moderado	22	10,6
Riesgo de suicidio alto	2	1,0
Total	208	100,0

Fuente: instrumento aplicado.
Lectura: %=Porcentaje.

A partir de los resultados mostrados en la Tabla 1, se menciona que, si bien existió una mayoría con un riesgo bajo (63%) y leve (25,5%), se tuvo una minoría considerable con riesgo de suicidio moderado (10,6%) y alto (1%). Por ello, es importante que disminuyan los factores de riesgo y se potencien los factores de protección.

Tabla 2. Factores de riesgo más puntuados en jóvenes de Pueblo Viejo, municipio Sucre, estado Mérida, Venezuela, 2023.

Factores de riesgo	Media	DT
Pensamientos impulsivos y rápidos	0,4760	0,50063
Pérdida de interés	0,4663	0,50007
Antecedente de alcoholismo familiar	0,4375	0,49728
Sentimiento de depresión o decaimiento	0,4183	0,52295
Antecedente de intento de suicidio familia	0,2260	0,41922

Fuente: ídem.
Lectura: DT=Desviación Típica.

Para poder obtener las medias y desviaciones presentadas, el valor puntuable de cada uno

es la vulnerabilidad en sí, por lo cual en los factores de riesgo en la tabla 2 el "sí" haberlos tenido daba 1 punto, siendo su ausencia equivalente a 0 puntos. A pesar de que se evaluaron 15 factores de riesgo distintos, los que tuvieron más prevalencia fueron los 5 expuestos, presentados en orden decreciente: tener pensamientos impulsivos y rápidos (M = 0,48; DT = 0,50) pérdida de interés en las cosas que le importan o agradan en las últimas dos semanas (M = 0,47; DT = 0,50), antecedente de alcoholismo en la familia (M = 0,44; DT = 0,50), sentimiento de depresión o decaimiento la mayor parte del día, casi todos los días (M = 0,42; DT = 0,53) y, el antecedente de intentos de suicidio en la familia (M = 0,23; DT = 0,42).

Tabla 3. Factores de protección más puntuados en jóvenes de Pueblo Viejo, municipio Sucre, estado Mérida, Venezuela, 2023.

Factores de protección	Media	DT
Prudencia ante la tentación	0,5048	0,50118
Autodefinición como religioso o espiritual	0,4519	0,49888
Muestra esperanza ante el fracaso	0,4471	0,49839
Control ante impulsos	0,4279	0,49597
Curiosidad por lo nuevo	0,4135	0,49364

Fuente: ídem.
Lectura: DT=Desviación Típica.

En la tabla 3, sobre los factores de protección, el "no" otorga 1 punto, debido a que se carece del mismo y, si este se presenta, equivale a 0. Entre los factores de protección más puntuados (por la debilidad o ausencia en estos), se evidencian en orden decreciente: la prudencia ante sentirse tentado a hacer algo por lo cual pueda arrepentirse (M = 0,50; DT = 0,50), definirse a sí mismo en la vida cotidiana como una persona religiosa o espiritual (M = 0,45; DT = 0,50), si muestra esperanza ante el fracaso o contratiempos en la vida cotidiana (M = 0,45; DT = 0,50), si tiene autocontrol ante antojos, deseos, impulsos o emociones que desea manejar efectivamente (M = 0,43; DT = 0,50) y, si tiene curiosidad o pasión por aprender cosas nuevas dentro o fuera de la escuela o universidad (M = 0,41; DT = 0,50).

Para concluir esta sección, se hizo un contraste entre las medias de los grupos por sexo con respecto a la vulnerabilidad suicida (categorizando como 1 riesgo bajo; 2 riesgo leve, 3 riesgo moderado; 4 riesgo alto) obteniendo que existe un mayor riesgo en las mujeres (M = 1,58) que en los hombres (M = 1,40). Este ha sido un hallazgo importante, puesto que, si bien la diferencia no es excesiva, encontrándose ambos géneros dentro del mismo renglón; una política pública pudiese centrarse específicamente hacia el grupo de más riesgo en el sector estudiado, que en este caso fueron las mujeres. De hecho, al volver a realizar esta prueba, pero sin la agrupación (o sea, en torno al puntaje total), la diferencia es de casi un punto (0,91), tomando en consideración que cada punto equivale a la presencia de un factor de riesgo asociado a la conducta suicida (en las primeras 17 preguntas) o en su defecto, a la ausencia de los factores de protección (en las últimas 8 preguntas), este punto aproximado (0,91) indicaría que las mujeres tienen en promedio 1 factor de riesgo o la ausencia de 1 factor de protección más que los hombres.

— DISCUSIÓN

El sexo de los participantes es un factor importante a considerar, teniendo en este caso mayor representación femenina. Esto, tomando en consideración que, según los datos epidemiológicos de referencia, el hombre es quien más comete suicidio, pero es la mujer quien lo intenta más veces (12). La relevancia de este fundamento para el estudio se debe a que, la conducta suicida engloba desde la ideación hasta la consumación del hecho (3).

La juventud como objeto de estudio, para la Organización de las Naciones Unidas (25) y sus distintos organismos anexos en términos de planificación, estadística y políticas especializadas, está enmarcada entre los 15 y 24 años, por lo cual para esta investigación, se ha tomado en líneas generales, una población más amplia, dado que esta incluye también a la adolescencia, sin hacer una mayor distinción a que esta es la que se extiende de los 10 a los 19 años. En sí, el estudio tuvo un rango de edades de 13 a 25 años, comprendiendo la juventud, un año por encima del mismo (12,25) y dos por debajo (13). Durante el periodo de la adolescencia, debe considerarse que esta se concibe *per se* como un factor de riesgo para el suicidio, tal como lo observaron Londoño y Cañón (26). En este caso, la mayoría de la muestra tuvo estas edades, enmarcándose la mayor parte entre los 14 y 16, por lo que se observa la pertinencia del abordaje a esta población joven y/o adolescente. Por otra parte, Campos-Chaves et al. (27), establecieron el rango de riesgo juvenil de los 15 a los 35 años y en la investigación actual, el rango estudiado fue de los 13 a los 25, por lo que se está en concordancia con los postulados de distintas investigaciones y grupos etarios.

A partir de los niveles generales de vulnerabilidad o riesgo suicida, este estudio consiguió números similares a los establecidos por Ramírez Ayala (28), quien en un contexto universitario de una localidad con una tasa de suicidios elevada (Luque, Paraguay) consiguió, según la Escala de Desesperanza de Beck un 50,3% en un nivel normal, un 42% de riesgo leve y un 8% moderado. Por lo que, en una población amplia, donde el suicidio es una realidad común, como en Luque (Paraguay), Mérida (Venezuela) y otros análogos, pudieran extrapolarse dentro de estos rangos etarios, números entre la mitad y dos tercios de la población con riesgo bajo o normal; un riesgo leve cercano a un tercio de la muestra y el aproximado a un 10% con riesgo moderado, con una pequeña porción de estos siendo alto.

Entre los aspectos que observa la literatura de forma importante, están como factores de riesgo para el desarrollo de conductas suicidas en adolescentes y jóvenes los cambios emocionales, la ansiedad, el estrés académico, la depresión y otras (26). Si bien en el estudio no se llevó a cabo un diagnóstico sobre la depresión, uno de los factores de riesgo preponderantes fue el haberse sentido decaído o deprimido casi todos los días y otro fue el haber perdido el interés por las actividades cotidianas. Por ello, los cambios emocionales son importantes en la consideración de esta conducta.

Tomando en consideración que el factor de riesgo más puntuado fue el de tener pensamientos impulsivos y rápidos, algunas de las últimas teorías en tendencia sobre el suicidio, como el modelo motivacional-volitivo, no solo toma en consideración el estrés que se tiene en la vida cotidiana, sino también las formas de reacción habitual (conducta y mecanismos de respuesta) de la persona (11), donde se incluyen los pensamientos y acciones impulsivas (7).

Por su parte, Tamayo et al. (7) observaron la importancia de los antecedentes familiares

bien en términos de alcoholismo, depresión, ansiedad e intentos de suicidio, contando los últimos también con los dados en el entorno de amistades. Estos factores fueron estudiados también en esta investigación, mostrándolos como unos de los principales factores de riesgo que actualmente tiene la población, aunque limitándose al contexto familiar. En este sentido, se destaca que al ser una entidad que como bien enfatizan Crespo (20) y Páez et al. (23), tiene una alta tasa de suicidios, puede concluirse que es fácil tener algún miembro bien sea familiar o del entorno cercano que haya tenido un intento de suicidio, se haya consumado o no.

Los factores de riesgo pueden verse reflejados de distintas formas, tomando en cuenta el alcoholismo en la familia y los intentos de suicidio no pueden cambiarse, pero sí son prevenibles tomando conciencia de lo que implican, tanto las adicciones, como poder establecer campañas de prevención del suicidio a partir del potenciamiento de sus factores de protección. En el caso de la pérdida de interés en lo que le agrada, el decaimiento y la impulsividad de los pensamientos, pueden ser elementos tratados a través de orientación psicoeducativa o psicoterapia, por lo cual es importante conocer a quienes se puede referir los casos y que los familiares puedan saber detectar estos factores de riesgo para minimizar los daños.

En torno a los factores de protección, Bravo-Andrade et al. (29) destacaron la resolución de problemas, el optimismo y la autoestima. Al respecto, en la investigación actual, se consiguió que tanto el optimismo como la esperanza y perspectiva ante los problemas se mostraron como factores de protección. Por lo cual, si bien se consiguieron otros elementos protectores, algunos han sido relacionados en ambos estudios. La autorregulación también ha formado parte de los mismos, por lo que el trabajo tanto individual como grupal es importante al momento del acompañamiento terapéutico.

Alrededor de estos factores, existen ciertas debilidades que pueden darse debido al contexto actual del país, donde abunda la desesperanza a nivel social, político, económico y por la crisis humanitaria compleja (21). Por ello, durante la juventud, poder prever situaciones que puedan ocurrir a mediano o largo plazo, es un escenario poco probable. Al respecto, todos los factores de protección previamente nombrados se presentan en positivo, pero en este caso demuestran las fallas que tienen los entrevistados en cuanto a la autopercepción, por lo que estos elementos son los que deben potenciarse para disminuir los riesgos. Así, aumentará la prudencia, autocontrol e interés por lo cotidiano, entre otros aspectos.

Finalmente, se obtuvo que las mujeres tienen un mayor riesgo para la conducta suicida. Al respecto, Turcaz y Rubio (2) analizando los factores de riesgo que tenían las personas que ya habían cometido un intento suicida, con una muestra de 13 adolescentes, vieron que en el rango estudiado las mujeres habían tenido más intentos (69,2%) que los hombres (30,8%). Esto hace rememorar la literatura clásica que establece que si bien las mujeres son las que más intentan suicidarse -sin éxito-, son los hombres los que más llegan a la consumación exitosa del acto. Por otra parte, se relaciona con lo planteado por la OPS (12), que dice que en ciertas edades como las estudiadas, son las mujeres las que más consumen el acto.

— CONCLUSIONES

Los principales factores de riesgo identificados fueron tener pensamientos impulsivos y rápidos, pérdida de interés en las cosas que le importan o agradan en las últimas dos semanas, antecedentes de alcoholismo en la familia, sentimiento de depresión o decaimiento la mayor parte del día, casi todos los días y el antecedente de intentos de suicidio en la familia. Por lo que las estrategias de prevención y promoción de salud deben ir abocadas al consumo responsable de alcohol, a la identificación por parte de los familiares de algunos de estos factores, puesto que son distintivos de la vida cotidiana de los sujetos. Por lo que se requieren estrategias individuales y colectivas para el abordaje de esta problemática.

En cuanto a los factores de protección que puntuaron como posibles riesgos al estar ausentes, fueron la prudencia ante sentirse tentado a hacer algo por lo cual pueda arrepentirse, definirse a sí mismo en la vida cotidiana como una persona religiosa o espiritual, si muestra esperanza ante el fracaso o contratiempos en la vida cotidiana, si tiene autocontrol ante antojos, deseos, impulsos o emociones que desea manejar efectivamente y si tiene curiosidad o pasión por aprender cosas nuevas dentro o fuera de la escuela o universidad. Por ello, debe incrementarse el autocuidado, el enlace con las iglesias o entes religiosos y, sobre todo, psicoeducar en torno a la resiliencia, el autocontrol y la proactividad de las personas.

— AGRADECIMIENTOS

Especial agradecimiento a Nicolás Sánchez-Álvarez, Jaime de la Torre López y Lucía Pérez-Costillas, quienes nos colaboraron y proporcionaron el instrumento aplicado.

— REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization (WHO). Preventing suicide: A global imperative. [Internet] 2014 [consultado 2023 noviembre 20]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779
2. Turcaz M, Rubio Y. Intento suicida en adolescentes: factores resilientes y de riesgo. Revista Información Científica. [Internet] 2015 [consultado 2023 mayo 25]; 93(5): 1110-1120. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551757222010
3. Fonseca-Pedrero E, Inchausti F, Pérez-Gutiérrez L, Aritio R, Ortuño-Sierra J, Sánchez-García MA, et al. Suicidal ideation in a community-derived sample of Spanish adolescents. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. [Internet] 2018 [consultado 2023 noviembre 24]; 11(2):76-85. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2018.02.008
4. Alves CF, Dell'Aglio DD. Apoio Social e Comportamentos de Risco na Adolescência. Psico [Internet] 2015 [consultado 2023 noviembre 24]; 46(2):165-175. Disponible en: https://doi.org/10.15448/1980-8623.2015.2.18250

5. Sandoval-Ato R, Vilela-Estrada MA, Mejia CR, Caballero J. Suicide risk associated with bullying and depression in high school. Revista Chilena de Pediatría. [Internet] 2018 [consultado 2023 noviembre 23]; 89(2):208-215. Disponible en: https://doi.org/10.4067/S0370-41062018000200208
6. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. The Lancet. [Internet] 2009 [consultado 2023 noviembre 24]; 373(9672):1372-1381. Disponible en: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60372-X
7. Tamayo A, Elías Y, Coto T, Sánchez YY. Factores de riesgo asociados a intento suicida en adolescentes. Unidad de cuidados intensivos pediátricos. 2018-2019. Multimed. [Internet] 2021 [consultado 2023 noviembre 25]; 25(3):e1753. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182021000300002&lng=es&tlng=es
8. Santos HGB, Marcon SR, Espinosa MM, Baptista MN, Paulo PMC. Factors associated with suicidal ideation among university students. Revista Latino-Americana de Enfermagem. [Internet] 2017 [consultado 2023 noviembre 24]; 25:e2878. Disponible en: https://doi.org/10.1590/1518-8345.1592.2878
9. Mars B, Heron J, Klonsky ED, Moran P, O'Connor RC, Tilling K, et al. What distinguishes adolescents with suicidal thoughts from those who have attempted suicide? A population-based birth cohort study. The Journal of Child Psychology and Psychiatry. [Internet] 2019 [consultado 2023 noviembre 25]; 60(1):91-99. Disponible en: https://doi.org/10.1111/jcpp.12878
10. Pompili M, Innamorati M, Szanto K, Di Vittorio C, Conwell Y, Lester D, et al. Life events as precipitants of suicide attempts among first-time suicide attempters, repeaters, and non-attempters. Psychiatry Research. [Internet] 2011 [consultado 2023 noviembre 30]; 186(2-3):300-305. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.09.003
11. McFeeters D, Boyda D, Siobhan O. Patterns of Stressful Life Events: Distinguishing Suicide Ideators from Suicide Attempters. Journal of Affective Disorders. [Internet] 2015 [consultado 2023 noviembre 30]; 175:192-198. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.034
12. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en Las Américas: Informe regional: OPS; 2014.
13. Marty MA, Segal DL, Coolidge FL. Relationships among dispositional coping strategies, suicidal ideation, and protective factors against suicide in older adults. Aging & mental health. [Internet] 2010 [consultado 2023 noviembre 24]; 14(8):1015-1023. Disponible en: https://doi.org/10.1080/13607863.2010.501068
14. Arenas-Landgrave P, Lucio-Gómez E, Forns M. Indicadores diferenciales de personalidad frente al riesgo de suicidio en adolescentes. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica. [Internet] 2012 [consultado 2023 noviembre 24]; 1(33):51-74. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645437004.pdf
15. Fässberg MM, van Orden KA, Duberstein P, Erlangsen A, Lapierre S, Bodner E, et al. A Systematic Review of Social Factors and Suicidal Behavior in Older Adulthood. International Journal of Environmental Research and Public Health. [Internet] 2012 [consultado 2023 noviembre 24]; 9(3):722-745. Disponible en: https://doi.org/10.3390/ijerph9030722
16. Rasic D, Robinson JA, Bolton J, Bienvenu OJ, Sareen J. Longitudinal relationships of

religious worship attendance and spirituality with major depression, anxiety disorders, and suicidal ideation and attempts: findings from the Baltimore epidemiologic catchment area study. Journal of Psychiatric Research. [Internet] 2011 [consultado 2023 diciembre 5]; 45(6): 848-854. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.11.014

17. Vazquez C, Hervás G, Rahona JJ, Gómez D. Psychological well-being and health. Contribution of positive psychology. Annuary of Clinical and Health Psychology. [Internet] 2009 [consultado 2023 diciembre 5]; 5:15-27. Disponible en: https://idus.us.es/handle/11441/132721

18. Kleiman EM, Adams LM, Kashdan TB, Riskind JH. Gratitude and grit indirectly reduce risk of suicidal ideations by enhancing meaning in life: Evidence for a mediated moderation model. Journal of Research in Personality. [Internet] 2013 [consultado 2023 diciembre 5]; 47(5):539-546. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.jrp.2013.04.007

19. Rasmussen KA, Wingate LR. The Role of Optimism in the Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior. Suicide & Life-Threatening Behavior. [Internet] 2011 [consultado 2023 diciembre 5]; 41(2):137-148. Disponible en: https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2011.00022.x

20. Crespo F. Aproximación descriptiva al fenómeno del suicidio en el estado de Mérida, Venezuela. URVIO: Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad. [Internet] 2019 [consultado 2023 mayo 10]; (24):167-185. Disponible en: https://doi.org/10.17141/urvio.24.2019.3731

21. Páez GA, Trejo Y, Rondón K, Gulfo N. Una aproximación al estudio del suicidio en Venezuela. URVIO: Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad. [Internet] 2021 [consultado 2023 mayo 10]; (31):90-108. Disponible en: https://doi.org/10.17141/urvio.31.2021.4649

22. Instituto Nacional de Estadística. Censo general de población y vivienda: INE; 2011.

23. Páez GA, Trejo YJ, Rondón K, Gulfo N. Una aproximación al estudio del suicidio en el estado Mérida, Venezuela. Revista geográfica venezolana. [Internet] 2021 [consultado 2023 octubre 23]; 62(2):330-347. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8269661

24. Sánchez-Álvarez N, de la Torre J, Pérez-Costillas L. Construcción y Evaluación Psicométrica de una Escala Breve de Vulnerabilidad Suicida. RIDEP, Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica. [Internet] 2018 [consultado 2023 abril 14]; 4(49):23-35. Disponible en: https://doi.org/10.21865/RIDEP49.4.02

25. Organización de las Naciones Unidas. Juventud. [Internet]. 2019 [consultado 2023 noviembre 20]. Disponible en: https://www.un.org/es/global-issues/youth

26. Londoño V, Cañón S. Factores de riesgo para conducta suicida en adolescentes escolarizados: revisión de tema. Archivos de Medicina (Col). [Internet] 2020 [consultado 2023 diciembre 5]; 20(2):472-480. Disponible en: https://www.redalyc.org/journal/2738/273863770018/html/

27. Campos-Chaves M, Torres-Campos T, Alemán-Mejías R. Identificación de los factores de riesgo de la conducta suicida a través de personas con experiencias propias o cercanas al suicidio, del cantón de La Cruz, Guanacaste. InterSedes. [Internet] 2021 [consultado 2023 diciembre 5]; 22(45):162-188. Disponible en: https://doi.org/10.15517/ISUCR.V22I45.47105

28. Ramírez Ayala PB. Evaluación del riesgo de suicidio. Estudio realizado en estudiantes universitarios. LATAM, Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades. [Internet] 2023 [consultado 2024 abril 10]; 4(2):5768-5783. Disponible en: https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.1016

29. Bravo-Andrade HR, Ruvalcaba-Romero NA, Orozco-Solís MG, Macías-Espinoza F. Factores individuales que protegen o favorecen el riesgo de suicidio adolescente: estudio cualitativo con grupos focales. Duazary. [Internet] 2020 [consultado 2023 diciembre 5]; 17(1):36-48. Disponible en: https://doi.org/10.21676/2389783X.3220

EHI
ISSNe 2542-3444
VOLUMEN 11
Número 2 (2024)

Recibido: 1/5/2024 Aceptado: 24/5/2024
https://doi.org/10.53766/EHI/2024.11.02.02

PROYECTO COMUNITARIO

Programa de envejecimiento activo para un municipio urbano de la Comunidad de Madrid

Active aging program for an urban municipality in the Community of Madrid

Eduardo José Sánchez Uzcátegui (Dr.)[1]
Ana Gabriela Rosales Almeida (Psic.)[2]
Ariane Lozano Benito (MSc.)[3]
Eloisa Lisbona Fernández (Gda.)[4]
Pilar Calmaestra Madero (MSc.)[5]

[1]Licenciado en Enfermería, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela. Magister en Educación. Universidad Fermín Toro, Venezuela. Doctor en Estudios Interdisciplinares de Género, Universidad Autónoma de Madrid-España.
Correo: eduardosanchez16091977@gmail.com ORCID: 0000-0003-1379-666
[2]Psicóloga Clínica, Universidad del Azuay (UDA), Cuenca-Ecuador. ORCID: 0000-0003-2666-0149
[3]Graduada en Trabajo Social, Universidad de Deusto (UD), Bilbao, Bizkaia-España. Magister en Trabajo Social Comunitario: Gestión y Evaluación de los Servicios Sociales, Universidad Complutense de Madrid (UCM). ORCID: 0000-0002-0319-1709
[4]Graduada en Trabajo Social, Facultad de Estudios Sociales y del Trabajo, Universidad de Málaga (UMA), España. ORCID: 0009-0006-7749-0484
[5]Diplomada en Trabajo Social, Escuela Universitaria de Trabajo Social de Granada-España. Máster en Prevención de Riesgos Laborales, Seguridad en el Trabajo, Higiene Industrial y Ergonomía y Psicosociología Aplicada, Universidad de Jaén-España. ORCID: 0009-0006-8468-3292

RESUMEN

El programa de envejecimiento activo que se presenta corresponde a una propuesta que toma en consideración la relevancia de optimizar todas aquellas oportunidades que mejoren la calidad de vida de las personas adultas mayores. Para ello, se consideraron los recursos profesionales e institucionales existentes de la Comunidad de Madrid que propiciaron la construcción de un programa viable y concreto dirigido a personas mayores de 65 años de un municipio urbano.

Palabras clave: adulto mayor, envejecimiento activo, programa, Comunidad de Madrid.

ABSTRACT

The active aging program presented corresponds to a proposal that takes into consideration the relevance of optimizing all those opportunities that improve the quality of life of older adults. To this end, the existing professional and institutional resources in the Community of Madrid that led to the construction of a viable and concrete program aimed at people over 65 years of age in an Urban Municipality were considered.

Key words: older adults, active aging, program, Community of Madrid.

—INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS)[1] define envejecimiento activo como el proceso para la optimización de oportunidades en cuanto a salud, participación y seguridad que tiene como finalidad mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. En este marco, no solo se consideran los indicadores de salud, sino también, los aspectos psicológicos, sociales y económicos bajo un enfoque más amplio a nivel comunitario, participativo, cultural, inclusivo y diverso[2]. Desde esta perspectiva, la OMS identifica tres pilares fundamentales[1,2]:

La autonomía o la capacidad percibida para controlar, afrontar y tomar decisiones personales sobre cómo una persona vive el día a día, según sus propias reglas y preferencias.

La independencia, entendida como la capacidad de realizar funciones relacionadas con la vida diaria, sin o con poca ayuda de los demás tanto en el hogar como en la comunidad.

La calidad de vida, que representa una percepción individual de la propia posición en el contexto del sistema cultural en el que se vive y según los propios objetivos, expectativas y preocupaciones.

El envejecimiento activo, se constituye en un recurso fundamental para los adultos mayores mediante la participación personal y comunitaria, la potenciación de la calidad de vida y la participación en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona apoyo, protección, seguridad y cuidados adecuados cuando lo requieran[1].

Por ello, el programa que se presenta, está cimentado tanto en los fundamentos teóricos propios de este paradigma, como en aspectos jurídicos y derechos fundamentales establecidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU)[3] asimismo, en los principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad: independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad[4].

En este contexto, el envejecimiento de la población a nivel mundial es un fenómeno que ya está transformando a la sociedad, generando cambios significativos en casi todos los sectores, entre ellos, la economía, el mercado laboral y financiero, la infraestructura, el transporte, los bienes y servicios, además de la estructura familiar y los vínculos intergeneracionales.

Según las perspectivas de la población mundial de la ONU[5], las tendencias del envejecimiento, a partir de 65 y más años crecen exponencialmente en relación a las de individuos que se encuentran por debajo de esa edad. En consecuencia, para el 2030 una de cada seis personas en el mundo tendrá 60 años (1.400 millones). En 2050 se habrá duplicado (2.100 millones). También, se estima que el número de personas con 80 años se triplique hasta alcanzar más de 400 millones[5].

En España, al igual que la mayoría de los países industrializados, el envejecimiento es una realidad. Al respecto, los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)[6] señalan que uno de cada cinco habitantes tiene 65 años, y pasaron de representar el 10,2% en los años setenta a suponer el

20,1% actualmente. Este declive imparable, se ha generado como consecuencia de una tasa de natalidad en mínimos históricos y una esperanza de vida en los hombres de 80,4 años y en las mujeres de 83,1 años[7].

Acorde con esta realidad, el programa de envejecimiento activo que se presenta va dirigido a personas mayores de 65 años, las cuales representan el 11% de la población general del Municipio Valdemoro y cuyo objetivo estará dirigido mejorar la calidad de vida de estos adultos mediante el desarrollo de acciones encaminadas a promover la adquisición de actitudes, conocimientos y habilidades para la optimización de la salud, como también, la interacción y el desenvolvimiento en el entorno comunitario.

—DESARROLLO

Los principios del envejecimiento activo que subyacen en el programa son los mismos principios decretados por la ONU[5]:

- *Principio de independencia:* reconoce el derecho de las personas mayores a mantener su autonomía el mayor tiempo posible, así como, la satisfacción de necesidades básicas, atención sanitaria, trabajo e ingresos, educación, transporte; como también, poder residir en su domicilio por el tiempo necesario y, tener la posibilidad de vivir en entornos seguros, adaptables a sus preferencias y capacidades.

- *Principio de autorrealización:* las personas mayores tienen el derecho a desarrollarse por medio de la educación, la cultura, la espiritualidad y la recreación.

- *Principio de participación:* permite la consolidación de todos sus otros derechos, mediante la integración y participación en la formulación y aplicación de políticas que les beneficien, la búsqueda de oportunidades, servicio a la comunidad y la constitución de movimientos o asociaciones.

- *Principio de cuidados:* reafirma el derecho de las personas mayores a ser cuidadas y tener calidad de vida en el contexto de la protección familiar, jurídica e institucional que asegure el disfrute de sus derechos humanos y libertades fundamentales.

- *Dignidad:* las personas mayores tienen el derecho a ser tratadas con respeto y verse libres de explotaciones, malos tratos físicos o mentales, exclusiones y discriminaciones de cualquier tipo.

Contexto del programa

Población a la que va dirigido: personas mayores de 65 años del Municipio Valdemoro de la Comunidad de Madrid (Figura 1).

Temporalización: el programa tendrá una duración inicial de tres meses (durante el invierno), pudiéndose ampliar y modificar de acuerdo a los criterios establecidos en su evaluación.

Instituciones de apoyo al programa:

- Ayuntamiento del Municipio y la Comunidad de Madrid. Centros de Servicios Sociales de Personas Mayores del Municipio.
- Centro de Salud y Hospital Universitario del Municipio.
- Centro de Educación para personas adultas (CEPA).
- Centro de Participación Activa (CPA).
- Biblioteca Municipal y Centro Cultural.
- Confederación Oficial de Entidades de Acción Caritativa y Social de la Iglesia Católica (Cáritas).
- Cruz Roja.
- Asociaciones locales.

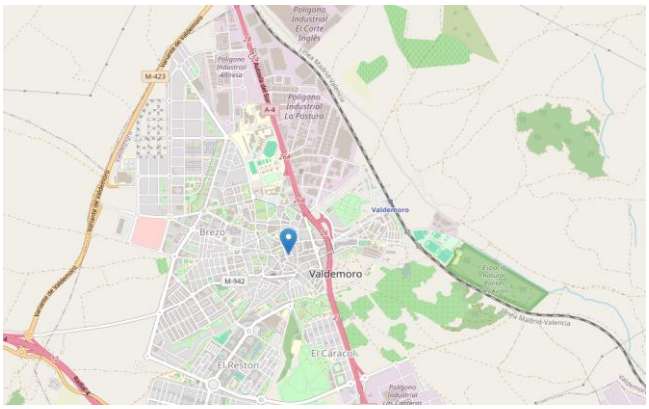


Figura 1. Mapa del Municipio Valdemoro, Comunidad de Madrid. 2024.
Fuente: https://www.comunidad.madrid/centros/valdemoro

Objetivos y líneas de actuación

Objetivo general

Mejorar la calidad de vida de las personas mayores del Municipio Valdemoro mediante el desarrollo unificado y coordinado entre el ayuntamiento y las entidades correspondientes, por medio de acciones que permitan la promoción del envejecimiento activo y adquisición de actitudes, conocimientos y habilidades para la optimización de la salud, como también, la interacción y el desenvolvimiento en entornos comunitarios, participativos e inclusivos.

Objetivos específicos

1. Desarrollar espacios y medios para la sensibilización, captación, participación y voluntariado que contribuyan con la aplicación del programa.

La sensibilización y la reflexión sobre el envejecimiento activo por parte de la ciudadanía, se constituye en un eje fundamental para el cambio social. En este sentido, se hace necesario que las personas de la comunidad en la cual hacen vida los adultos mayores, compartan e interioricen valores que transformen la percepción errónea que puedan tener sobre la vejez, a su vez, favorezcan su involucramiento en las diversas acciones que mejoren la calidad de vida.

Actuaciones

1.1. Se coordinará con el municipio, acciones que consoliden una comunidad amigable con los adultos mayores, mediante el apoyo y disposición del ayuntamiento, las instituciones y entidades que actúen en este ámbito. A este respecto, las ciudades y comunidades amigables representan entornos físicos y sociales, que se configuran para permitir a las personas mayores vivir dignamente, disfrutar de una buena salud y continuar participando en la sociedad de manera plena y activa[8], que respondan de manera flexible a sus necesidades y preferencias en el contexto del envejecimiento activo[9]. Las instituciones y recursos para cumplir con esa actuación son:

- Ayuntamiento.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) del Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. Ciudades y Comunidades amigables con las Personas Mayores.
- Red Mundial de la OMS de ciudades y comunidades saludables con las personas mayores.

1.2. Se difundirá información y se promoverá la reflexión sobre la importancia y el valor social del envejecimiento activo y los derechos de las personas mayores, a la ciudadanía en general a través de redes sociales, páginas web del ayuntamiento, infografías y folletos en los diversos espacios públicos y comunitarios, tales como: el ayuntamiento, la casa de la cultura, el centro de salud, el hospital, los centros de servicios sociales y de participación activa, asociaciones locales, las iglesias, las escuelas, entre otros, que reúnan cotidianamente a las personas de la comunidad.

1.3. Se propiciará la colaboración con los diversos órganos existentes, para la participación de las personas de la comunidad a través de la formación y voluntariado por medio de:

- La Formación del voluntariado de la Unión de Pensionistas y Jubilados de España.
- Los cursos de Escuela de Voluntariado de la Comunidad de Madrid.

1.4. Se organizarán actividades intergeneracionales que transmitan experiencias, valores y conocimientos entre las personas mayores y otros grupos de edad. Las instituciones para cumplir con esa actuación serán el ayuntamiento y las instituciones educativas públicas y privadas del Municipio.

1.5. Se facilitará la participación mediante el voluntariado y el liderazgo de iniciativas de las personas mayores, en entornos próximos a colectivos desfavorecidos, vulnerables o en situación de riesgo de la comunidad (personas en condición de pobreza, migrantes, refugiados, solicitantes de asilo, con discapacidad, entre otras). En este punto, se tomará como referencia la salud, la vulnerabilidad social y las desigualdades[10]. Dentro de las instituciones o entes de enlace para cumplir con esta actuación están:

- Ayuntamiento.
- Voluntariado de la Cruz Roja.
- Cáritas.
- Organizaciones no gubernamentales (ONG) del municipio que permitan la participación de los adultos mayores mediante el voluntariado.
- Asociaciones locales.

2. Promover la igualdad de oportunidades de las personas mayores para su formación y participación social, con la finalidad de fomentar su empoderamiento, reconocimiento y defensa de los derechos humanos en la dinámica del envejecimiento activo.

La estereotipificación y la discriminación por la edad, es reconocida como edadismo. Este sería entonces, un estereotipo sistemático y una segregación política, laboral, sanitaria, económica, educativa y cultural contra las personas mayores y sus derechos humanos[11]. Por ello, supone acciones para combatirla mediante la deconstrucción social e ideológica a través de una modificación de normas, comportamientos y actitudes en todas las esferas de la vida y capas de la población.

Actuaciones

2.1. Proporcionar información a las personas mayores sobre la existencia de recursos y servicios que promuevan el empoderamiento y el respeto a sus derechos humanos, mediante la orientación sobre las siguientes instituciones:

- Policía Nacional.
- Defensor del Pueblo.
- Servicio Estatal de Atención a las Personas Mayores (SEAM).

2.2. Favorecer la información y acceso de las personas mayores a los centros de formación, los recursos físicos y digitales, actividades, oportunidades de encuentro, realización personal y estilos de vida saludable. A este respecto, la Organización de Naciones Unidas para la educación, la Ciencia y la Tecnología (UNESCO)[12] señala que el aprendizaje y la educación de adultos, como componente central del aprendizaje a lo largo de toda la vida, comprende todas las formas de enseñanza que le garanticen la participación no solo en el mundo del trabajo, sino en la sociedad

en su conjunto[13]. Las instituciones y recursos de enlace para cumplir con esta actuación son:

Los centros sociales para personas mayores del Municipio por medio de la oferta de programas, actividades y servicios en diversos ámbitos, entre ellos: educación y adquisición de competencias digitales, formación y motivación de hábitos saludables, estimulación cognitiva, entre otros.

- La oferta de talleres de la Red de Bibliotecas Públicas Municipales.
- La oferta formativa del Centro de educación de personas adultas.
- La oferta de talleres de los Centros de Educación de Personas Adultas (CEPA) (Figura 2).



Figura 2. Centro de Educación de Personas Adultas (CEPA) del Municipio Valdemoro, Comunidad de Madrid. 2024. Fuente: fotografía tomada por los autores.

2.3. Llevar a cabo acciones que promuevan la participación social de las personas mayores en todos los ámbitos de la vida, mediante el reconocimiento como agentes socialmente activos. Para ello, se gestionará junto con la Concejalía de Mayores del Ayuntamiento, actividades de inclusión, participación y empoderamiento social.

3. Fomentar en las personas mayores el uso y disfrute del tiempo libre, las actividades de ocio activo y recreación, en la mejora de la calidad de vida, la salud física y mental.

La importancia del tiempo libre, el ocio y la recreación en el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores, se constituyen en un fundamento para el envejecimiento activo y satisfactorio[14]. Desde esta visión, se favorecerán el mantenimiento del funcionamiento psicomotriz, la flexibilidad, la expresión corporal y la integración social.

Actuaciones

3.1. Se realizarán actuaciones dirigidas a la difusión y acceso a programaciones de actividades de ocio, recreación y cultura; contando con las siguientes instituciones o entes de enlace:

- Los Centros de Mayores del Municipio, por medio de talleres y cursos de ejercicio físico, ocio y bienestar (Figura 3).
- El Ayuntamiento del Municipio a través del programa de rutas culturales, la creación de incentivos y de concursos de pintura, manualidades, artesanía, repostería, entre otros.
- Programa de envejecimiento activo y saludable: rutas culturales.



Figura 3. Centro de Mayores del Municipio Valdemoro, Comunidad de Madrid. 2024.
Fuente: fotografía tomada por los autores.

4. Impulsar la participación de las personas mayores en los programas preventivos y de promoción de la salud. En este marco, se pretende promover en ellas los estilos de vida activos y hábitos saludables.

Actuaciones

4.1. Se favorecerá la participación de las personas mayores en los programas preventivos y de detección precoz de las enfermedades más frecuentes tanto en el centro de salud como en el Hospital Universitario del municipio.

4.2. Se coordinará sesiones de actividades físicas dirigidas a personas mayores por medio del apoyo del ayuntamiento en conjunto con el centro de mayores del municipio.

4.3. Se llevará a cabo actividades como charlas, talleres sobre temas de salud, estableciendo enlaces con los profesionales de la salud referentes.

4.4. Se desarrollarán acciones culturales y socializadoras que promocionen el bienestar físico y emocional, contando con el apoyo de los centros de salud que permitan la confraternización en fechas navideñas, compartir al aire libre, fiesta de fin de curso, cumpleaños, entre otras.

Coordinación

La coordinación del programa se llevará a cabo mediante la conformación de un grupo de trabajo interdisciplinario, que se reunirá mensualmente para supervisar el cumplimiento de los objetivos del programa. Sus funciones son:

- Establecimiento de enlaces para el seguimiento interinstitucional para la concreción y ejecución del programa.
- Seguimiento y valoración de todas las actuaciones o actividades realizadas en el ámbito del programa.
- Evaluación del programa y propuesta y modificación de aspectos que se consideren oportunos.
- Cualquier otro aspecto que se considere para la mejora del programa y su proyección en la comunidad.

Evaluación

La evaluación del programa se configura como un instrumento para ofrecer información que permita la revisión periódica, retroalimentación y mejora del mismo. Al estar diseñado bajo los principios rectores del envejecimiento activo, este deberá dar respuesta al fortalecimiento y la búsqueda de una mejor calidad de vida de los adultos mayores, como también, estar en concordancia a las realidades, demandas y recursos existentes que permiten su concreción. Con carácter general, la evaluación responderá al:

- Grado de consecución de los objetivos establecidos previamente. En este punto, se tomará como referencia, el marco de evaluación para programas de promoción de la salud en un entorno local del Ministerio de Sanidad de España.
- Cumplimiento de las funciones de la coordinación.
- Valoración de los usuarios con relación al logro de los objetivos propuestos mediante un cuestionario de elaboración propia, a fin de conocer el grado de satisfacción en la participación del programa de envejecimiento activo, así como la repercusión del mismo en la calidad de vida.
- Homogeneidad alcanzada en la metodología, cobertura y gestión.

— NOTA FINAL

El envejecimiento activo se configura en un marco de referencia para aprovechar al máximo todas aquellas oportunidades y recursos que mejoren la calidad de vida de los adultos mayores. En consecuencia, todas aquellas actuaciones que impliquen un cambio de paradigmas a nivel social, institucional, conductual, ambiental y económico, entre otros, contribuirán a superar enfoques asistencialistas y de beneficencia que permitirán reivindicar y asegurar el reconocimiento

de los derechos de este grupo poblacional.

— REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Active Ageing. A Policy Framework [Internet]. 2002 [citado 1 marzo 2024]. Disponible en: https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf
2. Petretto D, Pili R, Gaviano L, Matos C, Zuddas C. Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. Revista Española de Geriatría y Gerontología [Internet]. 2016 [citado 03 marzo 2024]; 51(4):229-241. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.003
3. Naciones Unidas. La Declaración Universal de los Derechos Humanos [Internet]. (s.f) [citado 14 marzo 2021]. Disponible en: https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights
4. United Nations. Principles for older persons [Internet]. 1991 [citado 10 marzo 2024]. Disponible en: https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/united-nations-principles-older-persons
5. UN-iLibrary. World Population Prospects 2022 [Internet]. 2022 [citado 17 marzo 2024]. Disponible en: https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789210014380
6. Instituto Nacional de Estadística. Indicadores de estructura de la población [Internet]. (s.f) [citado 07 marzo 2024]. Disponible en: https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=1161&dh=1
7. Instituto Nacional de Estadística. Esperanza de Vida [Internet]. (s.f) [citado 14 marzo 2024]. Disponible: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout
8. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Ciudades y comunidades amigables con las personas mayores [Internet]. (s.f.) [citado 10 marzo 2024]. Disponible: https://www.paho.org/es/temas/ciudades-comunidades-amigables-con-personas-mayores
9. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. ¿Qué es una ciudad y comunidad amigable con las personas mayores? [Internet]. 2023 [citado 18 marzo 2024]. Disponible: https://ciudadesamigables.imserso.es/ciudades-amigables/que-es-ciudad-comunidad-amigable-personas-mayores
10. Comunidad de Madrid. Salud, vulnerabilidad social y desigualdades [Internet]. (s.f) [citado 12 marzo 2024]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/salud-vulnerabilidad-social-desigualdades
11. Boldova M. Discriminación y estigmatización. En: Romeo C. (Coord.). Tratado de derecho y envejecimiento la adaptación del derecho a la nueva longevidad. España: Wolters Kluwer; 2021.
12. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. La educación de adultos es importante [Internet]. 2022 [citado 29 febrero 2024]. Disponible en: https://www.uil.unesco.org/es/la-educacion-de-adultos-es-important
13. Comunidad de Madrid. Centros de mayores [Internet]. (s.f) [citado 22 marzo 2024]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/servicios/servicios-sociales/centros-mayores
14. Cuenca-Amigo M, San Salvador del Valle R. La importancia del ocio como base para un envejecimiento activo y satisfactorio. Revista de Psicología del Deporte [Internet]. 2016 [citado 25 marzo 2024]; 25(2):79-84. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235149102013

EHI
ISSNe 2542-3444
VOLUMEN 11
Número 2 (2024)

Recibido: 1/6/2024 Aceptado: 11/6/2024
https://doi.org/10.53766/EHI/2024.11.02.03

CASO CLÍNICO

Caso clínico quirúrgico: histerectomía total abdominal

Surgical case report: total abdominal hysterectomy

María Eugenia Escobar Pirela (Lcda.)[1]
María Gregoria Vega de Peña (Dra.)[2]

[1] Licenciada en Enfermería, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela. Enfermera II, Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA). Enfermera II, Centro de Atención Médica Integral de la Universidad de Los Andes (CAMIULA). Diplomada en Instrumentación Quirúrgica, ULA. ORCID: 0009-9841-9337.

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

RESUMEN

La histerectomía total es una cirugía mayor que consiste en extirpar todo el útero y el cuello uterino de una mujer. Esta intervención tiene tres enfoques: histerectomía abdominal, vaginal y laparoscópica. El objetivo del presente artículo es explicar la técnica de instrumentación quirúrgica empleada en un paciente femenino de la séptima década de la vida, con diagnóstico médico de sangrado uterino post-útero pasivo y engrosamiento endometrial, quien fue operada de histerectomía total abdominal abierta en el Centro de Atención Médica Integral de la Universidad de Los Andes (CAMIULA). Cumpliendo así, con el requisito del Diplomado de Instrumentación Quirúrgica dictado en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes, Mérida-Venezuela.

Palabras clave: histerectomía total, útero, técnica quirúrgica, Enfermería perioperatoria, proceso enfermero, taxonomías NANDA, NOC, NIC.

SUMMARY

Total hysterectomy is a major surgery that involves removing a woman's entire uterus and cervix. This intervention has three approaches: abdominal, vaginal, and laparoscopic hysterectomy. The objective of this article is to explain the surgical instrumentation technique used in a female patient of the seventh decade of life, with a medical diagnosis of post-passive uterine bleeding, endometrial thickening by ultrasound, who underwent open total abdominal hysterectomy in the Center for Comprehensive Medical Care of the University of Los Andes (CAMIULA). Thus, complying with the requirement of the Diploma in Surgical Instrumentation taught at the School of Nursing of the University of Los Andes, Mérida-Venezuela.

Key words: hysterectomy, uterus, surgical technique, perioperative nursing, nursing process, NANDA, NOC, NIC taxonomies.

—INTRODUCCIÓN

La histerectomía proviene del griego *ὑστέρα hystera* "útero" y *εκτομία ektomia* "sacar por corte", y se refiere a la extirpación quirúrgica del útero (matriz)[1]. Ocupa el tercer lugar en frecuencia entre las operaciones de cirugía mayor electiva. Las pacientes entre 20-49 años constituyen el segmento más grande de la población femenina que se somete a esta cirugía (aproximadamente 75%), pero la edad promedio de este procedimiento es de 42 años[2].

Esta cirugía comprende tres técnicas quirúrgicas: por vía abdominal, vaginal o por procedimientos mínimamente invasivos como la laparoscopia o robótica. Las indicaciones dependen de la patología que padece la paciente tales como: miomas, cáncer, hiperplasia endometrial, dolor pélvico crónico, prolapso genital y endometriosis pélvica[3].

Los tipos de histerectomía son realizados a través de una histerectomía subtotal (también llamada supra cervical), en la que se extirpa sólo la parte superior (cuerpo) del útero; por lo que es tratada como una cirugía incompleta y se justifica en el prolapso genital, se lleva a cabo por laparoscopia mediante la técnica de sacropexia, ya que así se evita colocar la malla directamente en contacto con la vagina abierta; histerectomía total que consiste en la extracción de todo el útero y el cuello uterino y; la histerectomía radical o extirpación del útero en su totalidad, incluyendo el tejido que se encuentra a ambos lados del cuello uterino, la parte superior de la vagina y los ganglios pélvicos, se realiza en casos de cáncer de cuello uterino[4].

Las complicaciones de la histerectomía están descritas según la técnica y el procedimiento que se desarrolla en el perioperatorio, involucran la comorbilidad que padece la paciente, edad, tamaño y peso del útero; las propias de la técnica que el cirujano desarrolla en el transoperatorio; las relacionadas con el procedimiento y propias de la cirugía: coágulos de sangre, sangrado, infección, lesión de zonas corporales cercanas, reacciones alérgicas a medicamentos y específicos como lesión de la vejiga o uréteres, dolor durante las relaciones sexuales, cambio en el placer durante la actividad sexual, disminución de la libido, menopausia temprana si hay extirpación de ovarios y, aumento del riesgo de enfermedades cardíacas si son retirados antes de la menopausia[5].

El objetivo del presente artículo consistió en explicar la técnica de instrumentación quirúrgica empleada en una paciente de la séptima década de la vida, con diagnóstico médico de sangrado uterino post-útero pasivo, engrosamiento endometrial verificado por ultrasonido, a quien se le realizó una histerectomía total a través de la técnica abdominal abierta en el Centro de Atención Médica Integral de la Universidad de Los Andes (CAMIULA); cumpliendo así, con el requisito del Diplomado de Instrumentación Quirúrgica dictado en la Escuela de Enfermería, Mérida-Venezuela.

CASO CLÍNICO QUIRÚRGICO

1. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se trata de paciente femenino de 76 años de edad, quien consulta al facultativo privado por presentar sangrado genital de aproximadamente 4 meses de evolución, con menopausia

fisiológica desde los 52 años, previa valoración, le indican realizarse exámenes de laboratorio y ultrasonido pélvico evidenciando engrosamiento endometrial. El 01/11/2023 se le realizó biopsia de endometrio reportando negativa. Se decidió su ingreso al CAMIULA para planificar acto quirúrgico electivo con el diagnóstico médico: 1. Sangrado uterino post-útero pasivo. 2. Engrosamiento endometrial.

Antecedentes de importancia personales: Hipertensa controlada con Carvedilol 12.5 mgr y Candesartán 8 mgr VO; Hipotiroidismo con tratamiento Euthyrox® 75 mcgr VO; Ansiedad tratada con Escitalopram 10 mgr VO. Niega alergias. Al examen físico la paciente se encontraba consciente y orientada en sus tres planos, afebril al tacto, hidratada. TA: 145/81 mmHg, F.C: 70 lpm, F.R: 20 rpm, SpO_2: 98%. Piel: con palidez cutáneo-mucosa leve. Cuello: sin alteraciones ni megalias. Tórax normoexpansible, ventilando espontáneamente, sin agregados. Cardiovascular: a la auscultación, ruidos cardiacos rítmicos sin soplo aparente. Abdomen: plano, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso y sin megalias palpables. Genitourinario: genitales externos normoconfigurados, con presencia de sangrado vaginal escaso. Extremidades superiores : simétricas, móviles, sin edema, con presencia de vía periférica en miembro superior izquierdo, a través de la cual recibe hidratación parenteral con solución fisiológica 0,9% sin agregados y con tratamiento de protocolo indicado (Dexametasona 8 mg c/8 hr, Omeprazol 40 mg OD, Ceftriaxone 1gr c/12 hr, Ketoprofeno 100 mg c/8 hr, Ondansetrón 4mg c/8 hr SOS vómitos y/o nauseas, Dipirona 1gr c/6 hr SOS hipertermia), extremidades inferiores simétricas, móviles, sin edema, con presencia de várices.

Exámenes paraclínicos: Hemoglobina: 14.1 g/dl, Hematocrito: 42%, Glóbulos blancos: 8500 mm^3, Plaquetas: 310.000 mm^3, Segmentados neutrófilos: 68%, Linfocitos 32%, Tiempo de Protrombina: 11.4 segundos, Tiempo Parcial de Tromboplastina: 31.2 segundos, Glicemia: 98 mg/dL, Creatinina: 0.81 mg/dL, Urea: 22 mg/dL, T3 libre: 4.8pmol/l, T4 libre: 1,56 ng/dl, TSH: 3,25 uIU/ml, VDRL: No reactivo, HIV negativo. Ultrasonido pélvico reporta engrosamiento endometrial, biopsia endometrial reporta normal con sugerencia de realizar biopsia de fondo de útero para valoración histofuncional.

En la valoración por Enfermería, se estableció el listado de los problemas encontrados en la paciente, etiquetados por la *North American Nursing Diagnosis Association* (por sus siglas en inglés NANDA)[6].

00146 Ansiedad.

00132 Dolor agudo.

00004 Riesgo de infección

00266 Riesgo de infección de la herida quirúrgica

00085 Deterioro de la movilidad física

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

DxE Focalizado en el problema (NANDA)	Resultado esperado (NOC)	Intervenciones y acciones (NIC)	Ejecución	Evaluación
Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés Clase 2: Respuestas de afrontamiento 00146 Ansiedad R/C intervención quirúrgica E/P movimientos extraños, insomnio, inquietud.	1402 Autocontrol de la ansiedad: 140204 Obtiene información para reducir la ansiedad. 140222 Comparte preocupación.	5820 Disminución de la ansiedad:		RH: En vía de cambio FR: Se mantiene IE: Apropiadas
		-Utilizar un enfoque sereno de seguridad.	C	
		-Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre la intervención.	C	
		-Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la intervención.	C	

Fuente: elaborado por las autoras, siguiendo la Taxonomía NANDA[6], NOC[7], NIC[8].
Lectura: DxE= Diagnóstico enfermero. R/C= relacionado con. E/P= Evidenciado por. C= Cumplido. RH= Respuesta Humana. FR= Factor Relacionado. IE= Intervenciones de Enfermería.

Cuadro 2. Plan de cuidado con DxE de Riesgo

DxE de Riesgo (NANDA)	Resultados esperados (NOC)	Intervenciones y acciones (NIC)	Ejecución	Evaluación
Dominio 11: Seguridad/protección Clase 1: Infección 00266 Riesgo de infección de la herida quirúrgica R/C procedimiento invasivo (histerectomía).	6540 Control de infecciones.	6550 Protección contra las infecciones:		RH: No progresa FR: Abolido IE: Apropiadas
		-Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones.	C	
		-Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica.	EP	
		-Enseñar al paciente a tomar los medicamentos tal como han sido prescritos.	C	
		-Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando	C	

		debe informar de ellos al profesional sanitario.		
		-Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.	C	
		3440 Cuidados del sitio de incisión:		
		-Aplicar técnicas de asepsia y antisepsia adecuadas.	C	
		-Limpiar la zona que rodea la herida con una solución antiséptica apropiada.	C	
		-Aplicar un vendaje adecuado para cubrir la herida.	C	

Fuente: elaborado por las autoras, siguiendo la Taxonomía NANDA[6], NOC[7], NIC[8].
Lectura: DxE= Diagnóstico enfermero. R/C= relacionado con. E/P= Evidenciado por. EP= En proceso C= Cumplido. FR= Factor Relacionado. IE= Intervenciones de Enfermería.

Cuadro 3. Plan de cuidado con DxE bifocal

Dominio 12: Comodidad Clase 1: Comodidad física 00132 Dolor agudo S/A incisión quirúrgica (histerectomía).				
CP	**Resultado esperado (NOC)**	**Intervenciones y acciones (NIC)**	**Fundamentación científica**	**Evaluación**
-Taquicardia -Hipertensión -Crisis de ansiedad.	160507 Refiere síntomas al profesional sanitario 160503 Utiliza medidas preventivas	1400 Manejo del dolor:		El abordaje de la atención integral del dolor posoperatorio en el paciente se logró corregir con analgesia y terapia no farmacológica.
		-Valoración exhaustiva del dolor: localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.	-La valoración del dolor ofrece información sobre la necesidad o la eficacia de las intervenciones adecuadas.	
		- Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas: relajación, junto con otras medidas de alivio al dolor.	-Se alienta la respiración profunda adecuada para proporcionar confianza para evaluar el umbral del dolor.	
		2210 Administración de analgésicos:		

		-Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.	-Aliviar el dolor permite al paciente deambular, realizar respiraciones profundas y toser.	
		-Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.	-Se contrasta el plan terapéutico y se previene errores al aplicar los correctos.	
		-Comprobar el historial de alergias a medicamentos.	-Se previene complicaciones y shock anafilácticos.	
		-Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares, así como, registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.	-Proporciona cuantificar el tiempo de disminución y aparición del dolor.	

Fuente: elaborado por las autoras, siguiendo la Taxonomía NANDA[6], NOC[7], NIC[8].
Lectura: DxE= Diagnóstico enfermero. S/A= Secundario a.

2. FASE PERIOPERATORIA

a) Preoperatorio

La paciente ingresó al quirófano general de CAMIULA el día 23/11/2023, consciente orientada en persona, tiempo y espacio, afebril, con ventilación espontánea, hemodinámicamente estable, con vía periférica calibre 18Fr en miembro superior izquierdo permeable con solución fisiológica. Se ubicó en mesa operatoria para realizarle acto quirúrgico de histerectomía total abdominal, cumpliendo los siguientes procedimientos.

Cuadro 4. Técnica utilizada antes de los procedimientos propiamente dichos de la cirugía

TÉCNICA	DESCRIPCIÓN PRECISA
Material a utilizar.	La circulante acondiciona y prepara el quirófano junto a la instrumentista para el acto quirúrgico, verificando la funcionalidad de los equipos de aspiración, electrocauterio, mesa de anestesiología y el material a utilizar
Lavado de manos quirúrgico	Se realizó con un jabón neutro germicida SOMTEX
Secado de las manos	Campos absorbentes estériles (compresas)
Vestimenta para la instrumentista y colocación de guantes	Técnica cerrada
Arreglo de las mesas	Mayo, de riñón o circular
Conteo de material	Se realizó el conteo de gasas con medio, compresas, moñitos, líquidos y material quirúrgico (suturas e instrumental) junto con el circulante, informado y verificado con el cirujano.

Vestimenta para el cirujano	Técnica abierta y colocación de guantes estériles llamada técnica asistida
Posición elegida	Primero se coloca a la paciente en posición de sedestación para aplicar la anestesia conductiva sudaracnoidea, luego se coloca en decúbito dorsal en la mesa operatoria con sostén cefálico y uso de sujetadores para brazos.
Anestesia conductiva	En posición de sedestación previa asepsia y antisepsia se localiza L3-L4 se realiza punción lumbar con aguja de Quincke # 22 anestesia Lidocaína Hiperbara con 25 mcgr de Fentanyl más 30 mgr de Clonidina.
Asepsia y antisepsia.	Bajo efectos de anestesia, se inició la asepsia y antisepsia de la piel a operar con Jabón Neutro Germicida SOMTEX y alcohol. Para este procedimiento, se le colocó al cirujano en su mano estéril 3 torundas, una montada en pinza aro y en la otra mano una escudilla con el germicida, seguido de alcohol para la asepsia de la piel
Colocación de sonda vesical	Una vez realizada la asepsia y antisepsia se le entregó al cirujano una sonda Foley Nº 14 conectada a bolsa recolectora de orina (cistoflo), se verificó la permeabilidad y comprobación de insuflación de globo
Vestimenta para el paciente.	Campo estéril de la cirugía.

Fuente: elaborado por las autoras siguiendo el esquema para el caso clínico quirúrgico[9].

b) Transoperatorio

Cuadro 5. Orden secuencial de los tiempos en la histerectomía total abdominal

PASO N°	PROCEDIMIENTO	INSTRUMENTOS Y MATERIALES	SUTURA
1	Incisión de piel en hipogastrio tipo Pfannenstiel	Mango de bisturí N° 4, con hojilla bisturí N° 23.	X
2	Apertura de los planos abdominal (tejido celular subcutáneo, fascias, músculo, peritoneo parietal) hasta llegar a cavidad.	Lápiz cauterio Tijera de Metzenbaum Pinza Disección sin diente Pinza de Crille curva Pinzas de Kocher rectas. Separadores de Farabeuf. Separadores de Hartman. Compresas secas	X
3	Exploración del abdomen cambiar posición a la paciente	Posición de Trendelemburg leve.	X
4	Separación en la cavidad abdominal para la buena exposición de la pelvis.	Compresas húmedas con solución fisiológica tibia Disección de profundidad	X
5	Colocación de separadores dinámicos y estáticos	Separador de Balfour Valva suprapúbica Valvas maleables de Caeiro.	X
6	Elevación del útero	Histerolabo Pinzas de Kocher rectas. Pinza de Criler recto	Crómico 1 con aguja CT para fijar el fondo del útero.
7	Ligadura y sección de ligamento redondo y utero-ovárico.	Pinzas de Kelly Pean Rochester curvas. Tijera Metzenbaum Criler recto (referencia)	Seda Sutupack 1 Crómico 1

8	Se secciona el ligamento ancho	Tijera Metzenbaum Disección de profundidad	X
9	La incisión se amplía hacia adelante en dirección de la reflexión peritoneal vesical	Tijera Metzenbaum Disección Braun sin diente larga o de profundidad Moñito montado en pinza Kocher larga. Lápiz de electrocauterio con punta extensora.	X
10	Liberación de la vejiga del segmento inferior del útero desplegando el colgajo vesical.	Moñito montado en pinza kocher larga	X
11	Disección de los ligamentos y arteria uterinas, se extiende hasta la cúpula vaginal	Pinzas Pean Rochester curvas. Pinzas de Heaney. Tijera Metzenbaum Tijera de Mayo.	Sutupack Seda 1 Crómico 1
12	El cuello uterino se incide circunferencialmente y se amputa de la cúpula vaginal.	Pinzas de Allis largas Disección Braun sin diente larga Lápiz de electrocauterio con punta extensora.	X
13	La cúpula vaginal se toma con pinzas y sutura.	Pinzas de Allis largas Portaagujas Mayo- Hegar de profundidad. Disección Tijera de Mayo recta de profundidad	Crómico 1 o Vicryl 1
14	Sutura del colgajo vesical previamente liberado.	Portaagujas Mayo-Hegar Disección Profundidad Tijera de Mayo recta de profundidad	Crómico 2-0
15	Lavado de cavidad, conteo de material, gasas y compresas.	Solución fisiológica tibia Cánula de succión Yankauer	X
16	Cierre por planos en forma ascendente (peritoneo parietal, músculo, fascia, tejido celular subcutáneo y piel).	Lápiz cauterio Separadores de Hartman Tijera de Metzenbaum Pinza Disección Braun sin diente Pinza de Crille curva Compresas secas	Crómico 2-0 Vicryl 1 Simple 2-0 Nylon 3-0
17	Limpieza y Colocación de cura.	Gasas con alcohol, gasas secas, apósito de cura.	X

Fuente: elaborado por las autoras siguiendo el esquema para casos clínicos quirúrgicos[9].

Instrumental básico

Para la intervención quirúrgica se utilizó el instrumental de la Caja de Cirugía General constituida por: Equipo #1: 4 Pinzas Halsted curvas, 6 Pinzas Crille curvas pequeñas, 4 Pinzas Crille curvas pequeñas, 6 Pinzas Crille curvas medianas, 4 Pinzas Crille rectas medianas, 2 Pinzas Allis pequeñas, 2 Pinzas Kocher cortas rectas. Equipo #2: 2 Pinzas Kelly curvas, 3 pinzas de Pean Rochester curvas, 3 pinzas de Pean Rochester rectas, 2 Pinzas Kocher curvas, 5 Pinzas Allis medianas rectas. Equipo #3: 3 Pinzas de Aro (2 atraumáticos rectos, 1 traumático curvo), 3 pinzas de Mixter o Cístico (2 medianas y 1 larga), 4 pinzas de Babcock (2 medianos - 2 largos), 3 pinzas de Heaney o uterinas, 1 pinza Pozzi, 2 Tijeras de Metzenbaum (mediana y larga), 2 Tijeras de mayo (mediana y larga), 3 Porta agujas de Mayo Hegar (1 corto, 1 mediano, 1 largo). Complemento: 1 Mango de bisturí corto # 4, 1 Mango de bisturí # 3, 2 Pinzas de disección sin dientes (1 medianas y 1 larga), 2 Pinzas de disección con dientes (1 mediana y 1 larga), 2 Juegos de separadores de

Farabeuf angostos, 2 Juegos de separadores de Farabeuf anchos1 cánula de Yankauer, 3 Valvas maleables (angosta, mediana y ancha), 1 Separador de Balfour, 1 valva suprapubica, 1 Pinza de asepsia, 3 Escudillas, 4 pinzas de campo (Backhaus).

Cuadro 6. Instrumental específico en la histerectomía abdominal

INSTRUMENTO	NOMBRE CIENTÍFICO	USO	IMAGEN
Pinza hemostática	Pinza de Heaney	Controlar la hemostasia y aplicar presión continua a los tejidos del útero.	 https://solucionesmedicas.com.gt/product/pinza-heaney/
Pinza de sostén.	Histerolabo	Sostener el útero sin dañarlo y desplazarlo o traccionarlo durante procedimientos	 https://alfamedonline.com/products/pinza-histerolabo

Fuente: elaboración propia siguiendo el esquema para casos clínicos quirúrgicos[9].

Cuadro 7. Misceláneos o material médico quirúrgico especial

Material médico quirúrgico	Uso en la cirugía
Surgicel	Hemostático Sintético.
Gasa con medio de contraste	Secar cavidad.
Moñitos	Realizar divulsión roma en la ectomia

Fuente: elaboración propia siguiendo las Normas para publicar casos clínicos quirúrgicos[9].

c) Posoperatorio

Una vez culminado el acto operatorio, la paciente se traslada a la Unidad Posanestésica (UPA). En su fase inmediata, se observa consciente, ventilando espontáneamente, con bloqueo en miembros inferiores de la anestesia conductiva subaracnoidea, sonda vesical conectada a cistoflo, con orinas claras, cura limpia y seca, con vía periférica permeable recibiendo infusión analgésica de Ketoprofeno 100 mg, Tramal 100 mg, Ondansetrón 8 mg en 250 cc de solución fisiológica a goteo lento. Se brindaron cuidados enfermeros aportando oxigenoterapia por máscara facial a 3 litros x minuto, control de constantes vitales (tensión arterial, pulso, respiración, SpO_2), dentro de los valores normales. Se cumplieron órdenes delegadas para mantener umbral del dolor bajo, de acuerdo a la escala de EVA13 (0 no dolor y 10 dolor intenso), se evaluó el bloqueo motor de miembros inferiores, según escala de Bromage, obteniendo 0 puntos (fuerza motora completa) y,

cumplidas dos horas de recuperación, fue egresada por el anestesiólogo a sala de cuidados intermedios de hospitalización.

— DISCUSIÓN

Desde la introducción de la histerectomía mínimamente invasiva en la práctica quirúrgica se han publicado innumerables estudios que intentan destacar las ventajas de una técnica sobre la otra y en no pocas ocasiones presentan como método de referencia a una sola variante de histerectomía ya sea abierta o laparoscópica[10]. Sugieren que uno de los principales factores para tener en cuenta a la hora de aplicar una de las técnicas disponibles de esta intervención es el que se refiere a las características clínicas e individuales que presente cada paciente.

Es decir, no existe una técnica de histerectomía que pueda ser aplicada a todas las pacientes por igual. El análisis de presupuesto por procedimiento y de la calidad de vida de las mismas sometidas a una u otra técnica son factores importantes al considerar la aplicación a cada de una de ellas, razón por la cual, la histerectomía mínimamente invasiva favorece los costos por estar asociada a un menor tiempo de hospitalización y una recuperación más rápida[11].

Otro factor importante que involucra la atención del equipo de salud en esta intervención, son las complicaciones por infecciones; por lo que, una correcta técnica quirúrgica, cumplimiento de protocolos y la administración de antibióticos profilácticos por parte del personal de enfermería se traduce en una disminución significativa de la aparición de efectos secunadarios[12].

— CONCLUSIÓN

Luego de la satisfactoria culminación de este estudio clínico, se ha llegado a la conclusión de que la atención de enfermería en el perioperatorio es indispensable para la prevención oportuna de complicaciones. La utilización del Proceso Enfermero aplicado a las pacientes histerectomizadas, amplía una visión del cuidado de manera holística, tomando en cuenta las necesidades básicas del paciente que integran los elementos del cuidado enfermero. Cabe destacar que para la aplicación de este proceso es necesario mantener un elevado grado de interacción con el paciente y con el familiar del mismo.

— REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López M. Histerectomía: riesgos y beneficios. [Internet]. 2022 [consultado 2024 marzo 17] Disponible en: https://www.topdoctors.mx/articulos-medicos/histerectomia-riesgos-y-beneficios/
2. Mendoza Romero J, Alonzo J, DiCriscio R, Pérez Canto G, Teppa Garrán A. Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia. Rev. obstet. ginecol. Venezuela. [Internet]. 2005 [consultado 2024 marzo 10]; 65(2):69-75. Disponible en: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-419084
3. López P, Guerrero J, Quizhpe E. Estudio Retrospectivo: Histerectomía Abdominal vs Histerectomía Vaginal, Análisis de Complicaciones Hospitalarias. Hospital San Francisco de Quito.

Quito - Ecuador, 2014 – 2015. Rev Med HJCA [Internet] 2018 [consultado 2024 marzo 17]; 10(2):121 -125. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/11/1000253/117-texto-del-articulo-187-1-10-20200124-1.pdf

4. Oficina para la Salud de la Mujer (OASH). Histerectomía. [Internet] 2022 [consultado 2024 marzo 10]. Disponible en: https://espanol.womenshealth.gov/a-z-topics/hysterectomy

5. Chinolla-Arellano Z, Bañuelos-Rodríguez J, Martínez-Sevilla V, García-Bello J. Complicaciones de la histerectomía total laparoscópica en pacientes de un hospital de alta especialidad. Cirugía y Cirujanos. [Internet] 2021 [consultado 2024 marzo 17]; 89(3):347-353. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/pdf/cicr/v89n3/0009-7411-cir-89-3-347.pdf

6. Herdman H, Kamitsuru S, Takao C. (eds.). Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023. 12a. ed. [Internet]. España: ELSEVIER; 2021 [consultado 2023 mayo 17]. Disponible en: https://tienda.elsevier.es/diagnosticos-enfermeros-definiciones-y-clasificacion-2021-2023-9788413821276.html

7. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud. 5a. ed. [Internet] España: ELSEVIER; 2014 [consultado 2024 marzo 17]. Disponible en: https://www.consultadelsiglo21.com.mx/documentos/NOC.pdf

8. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6a. ed. [Internet]. España: Elsevier; 2014 [consultado 2024 marzo 17]. Disponible en: https://www.academia.edu/37376104/CLASIFICACION_DE_INTERVENCIONES_DE_ENFERMERIA_NIC

9. Fernández A, Vega M. Esquema para el caso clínico-quirúrgico. Material elaborado con fines docentes. Mérida-Venezuela: Universidad de Los Andes, Escuela de Enfermería; 2023.

10. Johnson N, Barlow D, Lethaby A, Tavender E, Curr L, Garry R. Methods of hysterectomy: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. The BMJ [Internet]. 2005 [consultado 2024 mayo 4]; 330(7506):1478. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/7768132_Johnson_N_Barlow_D_Lethaby_A_Tavender_E_Curr_L_Garry_R_Methods_of_hysterectomy_systematic_review_and_meta-analysis_of_randomised_controlled_trials

11. Sculpher M, Manca A, Abbott J, Fountain J, Mason S, Garry R. Cost effectiveness analysis of laparoscopic hysterectomy compared with standard hysterectomy: results from a randomised trial. The BMJ [Internet]. 2004 [consultado 2024 mayo 4]; 328(7432):134. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14711748/

12. Swearingen PL. Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2008.

EHI
ISSNe 2542-3444
VOLUMEN 11
Número 2 (2024)

Recibido: 17/4/2024 Aceptado: 15/6/2024
https://doi.org/10.53766/EHI/2024.11.02.04

CASO CLÍNICO

Caso clínico Quirúrgico: prostatectomía por resección transuretral

Surgical clinical case: prostatectomy by transurethral resection

Lucy Ayala (Lcda.)[1]

Darwen José Abdo (Lcdo.)[2]

María Gregoria Vega de Peña (Dra.)[2]

[1]Licenciada en Enfermería, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela. Licenciada en Educación Mención Ciencias de la Salud (ULA). Enfermera II, Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. Mérida-Venezuela. Diplomada en Instrumentación Quirúrgica, FUNDAUC. Diplomada en Instrumentación Quirúrgica, ULA. Docente en la ULA. ORCID: 0009-0004-0381-0938.

[2]Licenciado en Enfermería (ULA). Enfermero II, Centro Oftalmológico Mérida. Diplomado en Instrumentación Quirúrgica, ULA. ORCID: 0009-003-4244-622X

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

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

RESUMEN

La próstata es considerada la glándula sexual secundaria más importante en el hombre. Su función principal es la secreción de líquido seminal, que juega un papel importante en la fertilización. El crecimiento prostático benigno causa síntomas del tracto urinario inferior lo que conlleva a una alteración en la vida cotidiana del hombre, ameritando la consulta para ser diagnosticado e indicar el tratamiento correctivo y efectivo a través de métodos menos invasivos como los estudios endoscópicos quirúrgicos. Razón por la cual, se aplicó la técnica de resección transuretral de próstata (RTUP) como el tratamiento de primera opción para la resolución quirúrgica en este caso de estudio, por presentar adenocarcinoma prostático grado IV y como objetivo principal desarrollar habilidades técnicas quirúrgicas aprendidas en el Diplomado de Instrumentación Quirúrgica realizado en la Universidad de Los Andes (ULA), e ir de la mano con los avances tecnológicos favoreciendo intervenciones de Enfermería adecuadas y oportunas durante las fases perioperatorias de dicho procedimiento quirúrgico.

Palabras clave: próstata, cáncer, resección, transuretral, proceso enfermero, fases perioperatorias.

ABSTRACT

The prostate is considered the most important secondary sex gland in men. Its main function is the secretion of seminal fluid, which plays an important role in fertilization. Benign prostatic growth causes symptoms of the lower urinary tract, which leads to an alteration in the daily life of the man, meriting consultation to be diagnosed and indicate corrective and effective treatment through less invasive methods such as surgical endoscopic studies. For this reason, the surgical technique of transurethral resection of the prostate (TURP) was applied as the first option treatment for surgical resolution in this case study, because it presented grade IV prostatic adenocarcinoma and as its main objective to develop surgical technical skills learned in the Diploma of Surgical Instrumentation of the Universidad de Los Andes (ULA) and go hand in hand with technological advances, favoring adequate and timely nursing interventions during the perioperative phases of this surgical procedure.

Key words: prostate, cancer, resection, transurethral, nursing process, perioperative phases.

— INTRODUCCIÓN

La urología, es una de las especialidades que se encarga de estudiar el órgano reproductor masculino, como es la próstata, considerada la glándula sexual secundaria más importante en el hombre. Su función principal es la secreción de líquido seminal, que juega un papel importante en la fertilización[1]. El crecimiento prostático benigno causa síntomas del tracto urinario inferior lo que conlleva una alteración en la vida cotidiana, ameritando la consulta para ser diagnosticado e indicar el tratamiento correctivo y efectivo a través de métodos menos invasivos como los estudios endoscópicos por ser factibles y seguros[1].

En tal sentido, la técnica de Resección Transuretral de la Próstata (RTUP) se realiza en los pacientes con un volumen prostático que varía entre 30 a 80 gramos[2]; de igual manera es considerada como el tratamiento estándar en los problemas urinarios obstructivos de origen prostático[3] y, por ser una cirugía en donde se extrae el tejido de la zona de transición por medio de diferentes tipos de energía (monopolar o bipolar), sigue siendo recomendada por las últimas guías de asociaciones científicas en todo el mundo[4], dado que, mejora la sintomatología prostática rápidamente, reanudando una fuerza en el caudal de la orina o potencia miccional casi olvidada para el paciente[5].

La mayoría de los cánceres de próstata se descubren a tiempo; el diagnóstico se basa en la elevación de los niveles séricos del antígeno prostático específico (PSA) y clínicamente a través de la detección de cambios de consistencia o nódulos en la glándula prostática mediante el tacto rectal[6]. Por lo general, este tipo de cáncer, en la etapa inicial es asintomático y cuando están presentes los síntomas, se manifiestan con problemas al orinar, incluyendo un flujo urinario lento o debilitado, necesidad de orinar con más frecuencia, especialmente de noche, sangre en la orina o el semen, dolor en las caderas, la espalda (columna vertebral), el tórax (costillas) u otras áreas, si se ha diseminado[7]. Además, junto con el tratamiento, puede acarrear consigo disfunción eréctil, debido a las complicaciones propias de la cirugía, la radiación o los tratamientos con hormonas[8].

El tipo de cáncer más común es el que se origina en las glándulas prostáticas, llamado adenocarcinoma (ADC) de próstata. Constituye el 98% de los cánceres de próstata, es el más frecuente en el varón, ocasionando la segunda causa de muerte en los hombres y la primera en edades superiores a los 60 años; la incidencia y la prevalencia aumentan con la edad, el 60% de los mayores de 80 años evidencian adenocarcinoma de próstata clínico o subclínico. Su etiología se desconoce, pero es más frecuente en la raza negra[9].

En este orden de ideas, los avances continuos de tecnología y la forma en que se tratan las afecciones quirúrgicas, obligan a los profesionales de la salud a comprender los matices de la cirugía, a manejar la tecnología y dominar las habilidades para desempeñarse de forma independiente con resultados razonables y seguros[5]. Es por esto, que la atención de Enfermería como estrategia oportuna y eficaz para mejorar la calidad de vida del individuo con ADC prostático, se basa en los cuidados perioperatorios como controlar y paliar el dolor con la

medicación prescrita, humanizar la experiencia de padecer cáncer, relacionarse con el paciente y su familia, orientación en el periodo del diagnóstico, brindar y aclarar dudas de cada uno de los tipos de tratamiento, disminución de la ansiedad, apoyo emocional, proporcionar sentimientos de seguridad, entre otros y vigilar drenajes, catéteres y la aparición de cualquier cambio físico que pueda aparecer en el paciente[10].

Sin embargo, el entrenamiento quirúrgico, es un método complementario de enseñanza cada vez más utilizado[11]. El artículo presentado, permite reforzar las curvas de aprendizaje, desarrollar las habilidades teóricas y prácticas, agilizar las competencias, en un entorno que no comprometa la seguridad del paciente, con la finalidad de transferir las destrezas aprendidas en la técnica quirúrgica de RTUP como el tratamiento de primera opción para la resolución quirúrgica en este caso de estudio, por presentar ADC prostático grado IV y como objetivo principal desarrollar habilidades técnicas quirúrgicas aprendidas en el Diplomado de Instrumentación Quirúrgica de la Universidad de Los Andes (ULA), e ir de la mano con los avances tecnológicos favoreciendo intervenciones de Enfermería adecuadas y oportunas durante las fases perioperatorias de dicho procedimiento quirúrgico, y así formarse en el campo de la endourología.

— CASO CLÍNICO QUIRÚGICO

1. Presentación del caso clínico

Se trata de paciente masculino de 68 años de edad, de Mérida – Venezuela, quien refiere inicio de enfermedad actual aproximadamente hace 2 años caracterizado por disminución del calibre y la fuerza del chorro miccional, nicturia, goteo post miccional, sensación de vaciado incompleto y tenesmo vesical. Motivo por el cual acude a la consulta externa del servicio de urología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), donde se le realiza la valoración correspondiente, la apertura de historia clínica para iniciar el proceso de resolución quirúrgica, con la indicación del tratamiento médico, exámenes paraclínicos y estudios diagnósticos.

Previa anamnesis a través de una entrevista realizada al paciente, manifiesta antecedentes familiares: madre fallecida por cáncer uterino, padre fallecido por cáncer de garganta. Antecedentes personales: adenocarcinoma Prostático Gleason 9 (5+4), con resección transuretral de la próstata (RTUP) fallida hace dos años. Inmunidad: incompleta. El usuario está casado, analfabeto, convive con su esposa e hijo, vivienda propia con los servicios básicos, como fuente de trabajo se desempeña como agricultor.

Al examen físico realizado céfalo caudal, se encuentra hemodinámicamente estable, neurológicamente consciente, orientado en sus tres planos. Piel hidratada, afebril al tacto, mucosas húmedas con adecuada coloración cutáneo mucosa, Temperatura: 36.5ºC. Tensión Arterial (TA): 138/80 mmHg. Pulso: 80 lpm. Frecuencia respiratoria: 14 rpm. $SatO_2$: 95%. A nivel cardiovascular: sin presencia de soplos. Genitourinario: genitales normo configurados, prepucio retráctil, meato uretral normo inserto ocupado por catéter UV Foley N° 18 FR, glande y surco balano prepucial sin lesiones, cuerpo y base del pene indemne, escroto sin lesiones ocupados por ambos testículos, no doloroso. Al examen médico digital del recto (EDR) región perianal sin

lesiones, esfínter anal normotónico, ampolla rectal vacía con paredes lisas, próstata aumentada de tamaño, superficie nodular, consistencia pétrea, borde superior derecho tactable, borde izquierdo difícilmente tactable, con nódulos cerca del ápex de 1.5 a 1.5 cm, móvil, no doloroso.

Resultados de exámenes de laboratorio dentro de los límites normales. Pruebas especiales: marcadores tumorales, antígeno prostático específico (PSA): Total 1,7 ng/ml, PSA Libre 0.58 ng/ml; Biopsia Prostática: ADC Prostático Gleason 9 (5+4). Ultrasonido renal: pequeñas y escasas litiasis renal bilateral, pielectasia renal bilateral leve. En vista de los hallazgos y estudios especiales se ingresó al paciente para su resolución quirúrgica por técnica de RTUP con los diagnósticos médicos: 1. Síntomas del tracto urinario inferior (STUI): crecimiento prostático Grado IV (Vol 34 ml). 2. ADC Prostático Gleason 9 (5+4) T3A NO MO. 3. Portador catéter uretrovesical (UV).

Diagnósticos de Enfermería

Durante la actuación de enfermería en los problemas o las respuestas humanas encontrados en la valoración del paciente durante el perioperatorio, se evidenció alto nivel de ansiedad, angustia y temor por la disminución de la orina, sintomatología presentada por la RTUP fallida y el desconocimiento de la intervención a realizar. A continuación, se mencionan las siguientes etiquetas siguiendo la Taxonomía NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*)[12] que se desarrollarán posteriormente a través de planes de cuidado con los diagnósticos: focalizado, de riesgo y bifocal:

- Preoperatorio: 00146 Ansiedad.
- Transoperatorio: 00206 Riesgo de hemorragia.
- Posoperatorio**:** 00132 Dolor agudo. 00016 Deterioro de la eliminación urinaria. 00322 Riesgo de retención urinaria. 00004 Riesgo de Infección. 00059 Disfunción sexual.

1. Fase perioperatoria

El proceso quirúrgico que atraviesa un paciente con este tipo de cirugía, permite al profesional de enfermería identificar las posibles complicaciones potenciales (CP) derivadas en el proceso perioperatorio (cuadro 1).

Cuadro 1. Complicaciones potenciales durante el perioperatorio

Perioperatorio	Complicaciones potenciales (CP)	Factores de riesgo NANDA
Preoperatorio: Inmediato	Depresión	Técnica quirúrgica fallida.
Transoperatorio	-Hemorragia -Sangrado -Hematuria	-Técnica quirúrgica: cantidad de tejido resecado, tiempo quirúrgico, habilidad quirúrgica. -Medicamentos indicados antes de la cirugía. Consumo de antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes.

	-Ruptura vesical -Infección	Inadecuada evacuación de gases. -Presencia de divertículo vesical. -Sonda vesical permanente por retención aguda de orina en el preoperatorio.
Postoperatorio: -Inmediato -Mediato -Tardío	-Sepsis urinaria -Incontinencia urinaria -Estrechez o estenosis uretral -Disfunción eréctil -Reintervención	-Uso de sonda vesical permanente antes de la cirugía. -Traumatismo durante la cirugía.

Fuente: elaborado por los autores.

2. a. Preoperatoria

Etapa que comprende desde que se decide la intervención quirúrgica hasta el acto quirúrgico (cuadro 2). El paciente se recibe en el área quirúrgica proveniente de la sala de cuidados intermedios, consciente, orientado, hemodinámicamente estable, reportando TA: 130/82 mmHg, Resp: 20 lpm, $SatO_2$: 96%, afebril al tacto, hidratado con 2 vías periféricas en MSI con catéter N°18, recibiendo hidratación parenteral parcial con solución Ringer Lactato, con catéter UV permeable conectada a colector de orina. Se comprueba que el preoperatorio está completo, con los consentimientos informados firmados, consulta preanestésica, exámenes y estudios necesarios para ingresar a la resolución quirúrgica: RTUP.

Cuadro 2. Técnicas utilizadas antes de los procedimientos propiamente dichos de la cirugía

Técnica	Descripción precisa
Lavado de manos quirúrgico	Antiséptico: Soluhex
Secado de las manos	Compresas absorbentes estériles.
Vestimenta para la instrumentista y colocación de guantes	Técnica cerrada.
Arreglo de las mesas	Mesa circular y de Mayo tomando en cuenta los tiempos quirúrgicos.
Conteo de material	Se ejecutó con la presencia del enfermero circulante y el cirujano a fin de evitar oblitos quirúrgicos.
Posición anestésica y posición quirúrgica	Posición decúbito lateral para la punción espinal y posición de litotomía para el procedimiento RTUP, colocando las piernas en los posicionadores de Allen o pierneras con sujetadores para asegurar el mantenimiento de la posición y los glúteos en el borde de la mesa operatoria para facilitar el acto quirúrgico.
Anestesia	Se coloca una infiltración intradérmica de Cifarcaina al 1%, luego se realiza la punción con una aguja espinal a través del espacio intervertebral lumbar hasta el espacio subaracnoideo; se verificó el espacio, se inyectó lentamente la mezcla anestésica (Cifarcaina Hiperbara 5% + Clonidina y Bupivacaina), bloqueando los nervios de conducción de las raíces nerviosas que emergen en esa zona.
Vestimenta para el cirujano	Técnica abierta/asistida.
Asepsia de la zona quirúrgica	Se realiza en la zona del pene y la región perianal, zona interna de los muslos con antisépticos.
Vestimenta para el paciente	Sábanas y campos estériles idóneos para la cirugía RTUP.

Colocación de conexiones y cables	En el campo quirúrgico se coloca cables de fibra óptica, cable para el recectoscopio, hemostasia eléctrica y sistema de irrigación.
Armado del sistema para la URT	Se coloca la óptica dentro del recectoscopio con el asa de resección, luego se colocan estas estructuras dentro del aislante y a su vez en la camisa que es la que recibe la conexión de irrigación y tiene un puerto para el drenaje.

Fuente: elaborado por los autores siguiendo el Esquema para el caso clínico-quirúrgico[13].

2. b. Transoperatorio

Etapa comprendida desde que se inicia el acto quirúrgico hasta el traslado del paciente a la unidad de cuidados posanestésicos, donde se realizan las diferentes intervenciones de enfermería como circulante e instrumentista. A continuación, el orden secuencial de procedimiento (cuadro 3).

Cuadro 3. Orden secuencial de los tiempos para una RTUP

PASO N°	PROCEDIMIENTO	INSTRUMENTO	SUTURA
1	Inserción del obturador por el meato uretral para dilatar el mismo previa lubricación.	Gel Lubrix Xilocaína en gel Obturador	La técnica de este procedimiento no incluye en este caso el tiempo de síntesis, por tal motivo, no se utilizó material de suturas.
2	Introducción del recectoscopio lubricado a través del meato uretral de manera suave y progresar lentamente para realizar un avance lo más atraumático posible por los diferentes segmentos de la uretra.	Gel Lubrix Recectoscopio	
3	Cistoscopia exploradora utilizando el sistema de irrigación constante para mantener limpio y visible el área operatoria (vejiga).	Recectoscopio Sistema de irrigación continua, solución fisiológica conectado a la camisa	
4	Ubicación del recectoscopio en la uretra prostática, se resecan los lóbulos medios y laterales de la próstata, controlando el sangrado con electrocoagulación.	Resectoscopio Asa de resección	
5	Evacuación de los fragmentos de la resección.	Evacuador de Ellik Colador Jofaina	
6	Se sigue con la cistoscopia exploradora para verificar que no queden zonas por resecar o sangrado, manteniendo siempre activa la irrigación, valorando y controlando la presión intravesical.	Resectoscopio	
7	Retiro del dispositivo transuretral. Se realiza el sondaje uretrovesical y se infla balón con 35 ml de solución, haciendo tracción del cuello vesical indicada por 6 hrs.	Sonda de Couvelaire 3 vías Guiador metálico Jeringa de 20 cc Sol Fisiológica	
8	Se realiza lavado vesical.	Jeringa de Tommy Solución Fisiológica	

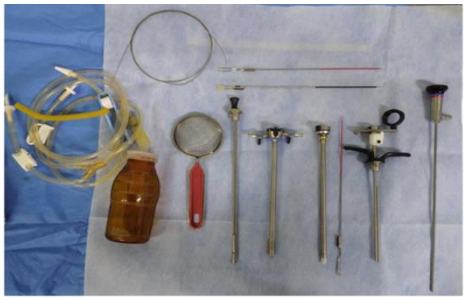
9	Conexión del catéter uretrovesical.	Recolector de 2500 cc Solución Fisiológica o de irrigación de 3000 cc Macrogotero o sistema de irrigación continua	
10	Posicionamiento decúbito dorsal del paciente, suavemente se baja las piernas del paciente a la mesa quirúrgica y posteriormente se traslada a la sala de recuperación.		

Fuente: elaborado por los autores siguiendo el Esquema para el caso clínico-quirúrgico[13].

Instrumental básico: se utilizó la caja de Cirugía Menor para realizar la asepsia y antisepsia, pinzas de Backhaus que permiten la fijación de conexiones y campos quirúrgicos.

Instrumental específico: en el cuadro 4 se observa el material y equipos específicos que se usaron en el transoperatorio.

Cuadro 4. Instrumental específico

Instrumento	Nombre científico y uso	Imagen
De derecha a izquierda: -Óptica - Resectoscopio Comando -Asa de Resección -Aislante -Camisa -Obturador -Canastilla -Evacuador de Ellix -Guiador metálico	-Óptica: para Cistoscopia. Ofrece luz e imagen. -Resectoscopio: porta el asa resectora y sirve de timón para la movilización en la exploración. -Aislante. Ofrece protección aislando el calor para evitar daños en la uretra. -Camisa: cubierta del resectoscopio y a su vez suministra irrigación. -Obturador: sirve de bujía dilatadora para el meato uretral. -Canastilla: para colar el tejido resecado. -Evacuador de Ellix: para hacer lavado de la vejiga y uretra y evacuar los restos de tejido que se ha resecado. -Guiador: para guiar la sonda Couvelaire hasta la vejiga.	 Óptica, Resectoscopio Comando. Asa de Resección. Aislante. Camisa. Obturador. Canastilla. Evacuador de Ellix. Guiador metálico. **Fuente:** imagen tomada por los participantes del diplomado.

Fuente: elaborado por los autores siguiendo el Esquema para el caso clínico-quirúrgico[13].

Cuadro 5. Misceláneos o material médico quirúrgico especial

Material médico quirúrgico especial	Uso en la cirugía	Imagen
Jeringa de Tommy	Lavado vesical	

		https://soloaunclik.com/shop/119248-jeringa-60-cc-tommy-44039#attr=
Lubricante o Gel Lubrix	Facilita la inserción del sistema endoscopio.	 https://tuzonamarket.com/carabobo/producto/lubrix-gel-lubricante-intimo-60-gr
Sonda uretrovesical Couvelaire con balón 75 ml	Para irrigar, lavar y medir la diuresis.	 https://www.areamedicaequipos.com/product.php?id=1723

Fuente: elaborado por los autores siguiendo el Esquema para el caso clínico-quirúrgico[13].

2. c. Postoperatorio

Etapa comprendida desde que se termina el acto quirúrgico hasta el traslado del usurario a la unidad de cuidados posanestésicos, donde se recibió consciente, orientado en sus III planos, bajo las acciones propias de la unidad: monitorización de signos vitales, valoración física, aplicación de escala de Bromage con un nivel de 0% y una Escala Visual Analógica (EVA) de 2 puntos: poco dolor. En la preparación del alta se identificaron los siguientes diagnósticos y explicándosele junto a su familia las intervenciones de los planes de cuidado (cuadros 6, 7 y 8) fue egresado por orden del anestesiólogo a sala de cuidados intermedios.

Cuadro 6. Plan de cuidado con DxE Focalizado en el problema

DxE Focalizado en el problema Dominio 3: Eliminación e intercambio. Clase 1: Función urinaria. 00016 Eliminación urinaria alterada R/C procedimiento quirúrgico E/P sonda vesical y disminución del gasto urinario.			
Resultado esperado (NOC)	**Intervenciones y acciones (NIC)**	**Ejecución**	**Evaluación**
0503 Eliminación urinaria.	1876 Cuidados del catéter urinario. Actividades:		RH: no progresa.
	- Explicar el fundamento del sondaje	C	
	-Vigilar y mantener técnica aséptica durante la manipulación del catéter	EP	FR: se mantiene.
	-Mantener un sistema de drenaje estéril y sin obstrucciones.	EP	
	-Irrigar el sistema del catéter usando la técnica estéril adecuada.	EP	IE: apropiadas.
	-Limpiar con regularidad las diferentes áreas de la parte genital.	EP	
	-Educar al paciente en el cuidado de la sonda vesical y signos de infección.	C	

	-Posición del paciente y sistema de drenaje para facilitar la salida adecuada, por debajo del nivel de la vejiga.	C	
	-Vaciar el drenaje con regularidad observando las diferentes características.	EP	
	-Observar si hay distensión abdominal.	C	
	0590 Manejo de la eliminación urinaria Actividades:		
	-Monitorizar al paciente que recupere favorablemente la eliminación urinaria a través del registro de las características de la diuresis; frecuencia, olor, volumen y color.	C	
	-Observar y explicar al paciente signos de retención y/o infección del tracto urinario.	C	
	-Realizar balances hidroelectrolíticos por turno.	EP	
	-Valorar según análisis de orina los electrolitos en sangre y el hematocrito.	EP	
	-Enseñar al paciente ingerir agua según indicación.	C	

Fuente: elaborado por los autores siguiendo la Taxonomía NANDA[12], NOC[14] y NIC[15] y el Esquema para el caso clínico-quirúrgico[13]. Lectura: DxE= Diagnóstico Enfermero. R/C= Relacionado con. E/P= Evidenciado por. C= Cumplido. EP= En proceso. RH: Respuesta humana. FR= Factor relacionado. IE= Intervención de Enfermería.

Cuadro 7. Plan de cuidado con DxE de Riesgo

DxE de Riesgo Dominio 11: Medida de seguridad. Clase 1: Infección. 00004 Riesgo de infección R/C uso prolongado de sonda vesical.			
Resultado esperado NOC	**Intervenciones de Enfermería NIC**	**Ejecución**	**Evaluación**
1842 Conocimiento: Control de la infección. 1902 Control del riesgo.	6540 Control de infecciones:		RH: no progresa. FR: abolido. IE: apropiadas.
	-Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados del paciente.	C	
	-Garantizar una manipulación aséptica.	C	
	-Observar y comunicar los signos de infección.	C	
	-Valorar la temperatura del paciente.	C	
	1876 Cuidados del catéter urinario:		
	-Mantener la permeabilidad del sistema de catéter urinario.	C	
	-Realizar cuidados rutinarios del meato uretral con agua y jabón durante el baño diario.	C	
	-Observar las características del líquido drenado.	C	
	-Observar si hay distención vesical.	EP	

Fuente: elaborado por los autores siguiendo la Taxonomía NANDA[12], NOC[14] y NIC[15] y el Esquema para el caso clínico-quirúrgico[13]. Lectura: DxE= Diagnóstico Enfermero. R/C= Relacionado con. E/P= Evidenciado por. C= Cumplido. EP= En proceso. RH: Respuesta humana. FR: Factor relacionado. IE: Intervención de Enfermería.

Cuadro 8. Plan de cuidado con DxE bifocal

DxE bifocal Dominio 11: Medida de seguridad. Clase 1: Infección. 00004 Riesgo de Infección S/A procedimiento invasivo de la intervención quirúrgica (RTUP) y al aumento de la exposición ambiental de los agentes patógenos. CP: Sepsis urinaria, infección.			
Resultado esperado (NOC)	**Intervenciones y acciones (NIC)**	**Fundamentación científica**	**Evaluación**
1902 Control del riesgo. 1908 Detección del riesgo.	6550 Protección contra las infecciones:		Se cumplen las actividades específicas de asepsia para el manejo del catéter urinario, cura quirúrgica, así como la orientación a los familiares para el cuidado en casa con el fin de que continúen controlando y disminuyendo el riesgo de infección.
	-Correcto lavado de manos antes y después del contacto con el paciente.	-Representa la primera barrera de protección para el manejo del paciente con riesgo.	
	-Vigilar que el integrante del equipo de salud que realiza la cura operatoria use la técnica aséptica correctamente.	-Crea conciencia entre el equipo de salud para garantizar el cumplimiento de las normas de asepsia y antisepsia en el manejo del paciente.	
	-Darle un manejo adecuado al catéter urinario manteniendo su permeabilidad, posición e higiene en intervalos regulares observado la cantidad, color y consistencia del drenaje, así como la zona alrededor del mismo.	-Al mantener excelente cuidado de limpieza al área genital, se evita el riesgo de entrada para la proliferación de microorganismos; de igual manera el catéter permite el drenaje de la orina. Además, al momento de presentarse una obstrucción permite el lavado vesical.	
	-Tomar constantes vitales y control de signos y síntomas de infección, observación de cambios en la herida quirúrgica y orientar a los familiares.	-El reconocimiento de estos signos y síntomas da la oportunidad de actuar de manera oportuna y ganar tiempo ante el eventual proceso infeccioso.	
	-Administración adecuada de la antibioticoterapia.	-Disminuye el riesgo de infecciones bacterianas.	

Fuente: elaborado por los autores siguiendo la Taxonomía NANDA[12], NOC[14] y NIC[15] y el Esquema para el caso clínico-quirúrgico[13].
Lectura: DxE: Diagnóstico Enfermero. S/A: Secundario a. CP: Complicación potencial.

— DISCUSIÓN

El crecimiento prostático benigno representa el principal motivo de consulta por síntomas del tracto urinario inferior (STUI) en pacientes mayores de 50 años, afectando significativamente su calidad de vida[16]. Existen diversas modalidades de tratamiento; sin embargo, un gran número de pacientes amerita resolución quirúrgica, de aquí la importancia de incluir en el proceso

enseñanza-aprendizaje la formación de competencias en las técnicas quirúrgicas endoscópicas.

Se puede decir que el momento óptimo para la realización de la RTUP es cuando aún no se han desarrollado ninguna de las complicaciones por obstrucción del adenoma. Además, en la intervención, una adecuada técnica (que evite el trauma mecánico o térmico), con un tiempo quirúrgico menor a 70 minutos en conjunto con la modificación de factores de riesgo como la hospitalización mayor a dos días, uso previo de antibióticos innecesarios, consumo de antiagregantes o anticoagulantes y el control de las comorbilidades, podría mejorar los resultados de esta técnica quirúrgica[17]; más, sin embargo, la resección RTUP es el tratamiento de referencia con el que se comparan todas las demás técnicas practicadas desde el siglo XX (años 50) y la más utilizado hoy día en la mayoría de los hospitales[18].

— CONCLUSIÓN

A través de la técnica quirúrgica realizada y la aplicación del proceso enfermero se generó una respuesta positiva en el estado de salud del paciente sometido a una RTUP, promocionando la salud actual del individuo y previniendo posibles complicaciones o riesgos asociados a dicha intervención quirúrgica. Es por ello que, la Enfermería quirúrgica implica ofrecer cuidados oportunos, que no se basen en la cantidad, sino en la calidad de los mismos, ejecutándose de una manera eficaz y eficiente. A modo de evaluación general, los planes de cuidados aquí plasmados han sido de gran utilidad en la recuperación satisfactoria de la persona debido a la cooperación entre los profesionales de la salud durante la hospitalización y después del egreso, mediante la orientación adecuada al familiar.

— REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quintana M, González T, Sánchez R, Olivé J, Sánchez E, Olivé J. Resultados preliminares de la prostatectomía simple laparoscópica. Rev Cubana Urol [Internet]. 2020 [consultado 2024 abril 01]; 9(3):108-115. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/revcuburol/rcu-2020/rcu203b.pdf
2. Cornu J, Gacci M, Hashim H, Herrmann T, Malde S, Netsch C, et al. EAU Guidelines on Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS). European Association of Urology. [Internet]. 2024 [consultado 2024 abril 23]. Disponible en: https://d56bochluxqnz.cloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Non-Neurogenic-Male-LUTS-2024.pdf
3. Lerner L, McVary K, Barry M, Bixler B, Dahm P, Kumar A, et al. Management of Lower Urinary Tract Symptoms Attributed to Benign Prostatic Hyperplasia: AUA GUIDELINE PART II-Surgical Evaluation and Treatment. The Journal of Urology. [Internet]. 2021 [consultado 2024 abril 23]; 206(4):806–817. Disponible en: https://www.auajournals.org/doi/10.1097/JU.0000000000002184
4. Alarcón-Salvador JF. Resultados funcionales y complicaciones posteriores a procedimientos quirúrgicos transuretrales para el tratamiento de la obstrucción prostática benigna. Rev Mex Urol. [Internet]. 2023 [consultado 2024 abril 02]; 83(1):1-16. Disponible en:

https://www.scielo.org.mx/pdf/rmu/v83n1/2007-4085-rmu-83-01-e05.pdf
5. Oelke M, Bachmann A, Descazeaud A, Emberton M, Gravas S, Michel M, et al. EAU Guidelines on the Treatment and Follow-up of Non-neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms Including Benign Prostatic Obstruction. European Urology. [Internet]. 2013 [consultado 2024 abril 02]; 64(1):118-40. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0302283813002285
6. Xavier Hernández M, Abida Cá B, Alves-Napoleão A, Appoloni Euardo A. Calidad de vida y salud autoevaluada de pacientes sometidos a prostatectomía radical y determinantes sociales de la salud. Enferm. glob. [Internet]. 2023 [consultado 2024 abril 02]; 22(71):179-192. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412023000300007
7. González A, Aguado R. Cáncer de próstata. SEOM. [Internet]. 2023 [consultado 2023 septiembre 26]. Disponible en: https://seom.org/info-sobre-el-cancer/prostata?showall=1&showall=1
8. Middlesex Health. Cáncer de próstata. [Internet]. 2022 [consultado 2023 noviembre 28]. Disponible en: https://middlesexhealth.org/learning-center/espanol/enfermedades-y-afecciones/c-ncer-de-pr-stata
9. Diccionario Médico de la Clínica Universidad de Navarra. Adenocarcinoma de próstata. [Internet]. 2024 [consultado 2024 abril 02]. Disponible en: https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/adenocarcinoma-prostata
10. Pereira E, Hermosín A, Núñez A. Cuidados de Enfermería en Cáncer de próstata. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com. [Internet]. 2017 [consultado 2023 noviembre 27]. Disponible en: https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-cancer-de-prostata/
11. Aedo R, Kerkebe M. Simulación en Urología. Global Index Medicus. Revista Chilena de Urología. [Internet]. 2018 [consultado 2023 septiembre 26]; 83(3):14-23. Disponible en: https://search.bvsalud.org/gim/resource/en/biblio-963952
12. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023. [Internet] España: ELSEVIER; 2021 [consultado 2023 abril 02]. Disponible en: https://tienda.elsevier.es/diagnosticos-enfermeros-definiciones-y-clasificacion-2021-2023-9788413821276.html
13. Fernández A, Vega M. Esquema para el caso clínico-quirúrgico. Material elaborado con fines docentes. Mérida-Venezuela: Universidad de Los Andes, Escuela de Enfermería; 2023.
14. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud. 5a. ed. [Internet]. España: ELSEVIER; 2014. [consultado 2023 abril 15]. Disponible en: https://www.consultadelsiglo21.com.mx/documentos/NOC.pdf
15. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6a. ed. [Internet]. España: ELSEVIER; 2014. [consultado 2023 abril 15]. Disponible en: https://www.academia.edu/37376104/CLASIFICACION_DE_INTERVENCIONES_DE_ENFERMERIA_NIC
16. Castro D, Petit M. Hiperplasia Prostática Benigna. Adenomectomía Retropúbica. Laparoscópica Extraperitoneal Dedo Asistida: Descripción de la Técnica y Experiencia Inicial. [Internet]. 2015 [consultado 2024 abril 05]. Disponible en: http://hdl.handle.net/10872/18249
17. Suaza-Martínez L, García-Valencia J, Giraldo-Arismendi A. Factores de riesgo asociados a

complicaciones perioperatorias en la resección transuretral de próstata con bipolar. Revisión narrativa de la literatura. Iatreia. [Internet]. 2019 [consultado 2023 septiembre 20]; 32(2):102-112. Disponible en: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1002144

18. Gómez P. RTU de próstata (técnica convencional) – Hiperplasia benigna. [Internet]. 2023 [consultado 2024 abril 05]. Disponible en: https://www.urologosmalaga.com/tratamientos/hiperplasia-benigna-o-adenoma-de-prostata/hiperplasia-benigna-rtu-prostata/#:~:text=La%20RTU%20de%20pr%C3%B3stata%20es,puede%20ocasionar%20incontinencia%20o%20impotencia

EHI
ISSNe 2542-3444
VOLUMEN 11
Número 2 (2024)

Recibido: 9/6/2024 Aceptado: 13/6/2024
https://doi.org/10.53766/EHI/2024.11.02.05

CASO CLÍNICO

Caso clínico quirúrgico: reemplazo autólogo de ligamento cruzado anterior izquierdo, más revisión artroscópica

Surgical clinical case: autologous left anterior cruciate ligament replacement, plus arthroscopic revision

Alvis Karina Ramírez Pérez (Lcda.)[1]
María Gregoria Vega de Peña (Dra.)[2]

[1] Licenciada en Enfermería, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela. Diplomada en Instrumentación Quirúrgica, ULA. ORCID: 0009-0002-3838-0830

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

RESUMEN

Una de las lesiones de rodilla más comunes es un esguince o desgarro del ligamento cruzado anterior, hoy en día se conocen técnicas mínimamente invasivas como la artroscopia, la cual se utilizó en este procedimiento. El objetivo del presente caso clínico es describir la técnica quirúrgica desde la Enfermería perioperatoria para un reemplazo autólogo de ligamento cruzado anterior (LCA) izquierdo en un paciente adulto, con diagnóstico médico de ruptura de ligamento. La misma se realizó en el Centro de Atención Médica Integral de la Universidad de Los Andes (CAMIULA), cumpliendo así con el requisito del Diplomado de Instrumentación Quirúrgica de la Universidad de Los Andes, Mérida-Venezuela.

Palabras clave: artroscopia, ligamento cruzado anterior, reemplazo autólogo, proceso enfermero.

SUMMARY

One of the most common knee injuries is a sprain or tear of the anterior cruciate ligament, today minimally invasive techniques such as arthroscopy are known, which was used in this procedure. The objective of this clinical case is to describe the surgical technique from perioperative nursing for an autologous left anterior cruciate ligament (ACL) replacement in an adult patient, with a medical diagnosis of ligament rupture. It was carried out at the Center for Comprehensive Medical Care of the University of Los Andes (CAMIULA), thus fulfilling the requirement of the Diploma in Surgical Instrumentation of the University of Los Andes, Mérida-Venezuela.

Key words: arthroscopy, anterior cruciate ligament, autologous replacement, nursing process.

— INTRODUCCIÓN

La especialidad de ortopedia y traumatología utiliza técnicas convencionales y mínimamente invasivas para evaluar y diagnosticar patologías, lesiones, defectos, dentro de ellas se encuentra la artroscopia, siendo una intervención que se usa con frecuencia para evaluar y corregir los problemas articulares que aparecen como consecuencia de las lesiones y enfermedades[1]. Es aplicada en los EEUU con aproximadamente 100.000 cirugías de reconstrucción por año[2] debido a ser una vía de poca invasión, lo que permite una rehabilitación temprana con una menor morbilidad[3].

Una de las indicaciones de esta técnica es reparar el ligamento cruzado anterior (LCA), con el mínimo daño tisular. Esta estructura anatómica se ubica en la rodilla como el principal estabilizador y generador de soporte del peso corporal en movimiento o carga. Además, es indispensable para la rotación y evita que la tibia se desplace hacia adelante en relación al fémur[4].

Las lesiones de LCA son las más comunes en la articulación de la rodilla[5]. Se estima que la incidencia de esta patología anualmente es de una por cada 3000 personas[6]. Es más frecuente en mujeres que en hombres, debido a la laxitud de sus ligamentos. Una población propensa son los atletas, que se ven afectados ya que comprometen otras estructuras adyacentes, esto genera que su lesión retarde la recuperación[7,8]. Mediante la exploración física y pruebas complementarias como radiografía y resonancia magnética (RMN) se puede diagnosticar esta lesión, cuyos síntomas más frecuentes son crujido, dolor, sensación de inestabilidad, pérdida de toda la amplitud del movimiento, molestia al caminar.

En el presente artículo se expone un caso clínico de cirugía electiva tipo reemplazo autólogo de LCA izquierdo más revisión por artroscopia, con la finalidad de explicar los pasos de esta instrumentación quirúrgica, haciendo énfasis en los cuidados mediante el proceso enfermero (PE). Asimismo, es un requisito final del Diplomado de Instrumentación Quirúrgica de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes Mérida – Venezuela.

CASO CLÍNICO QUIRÚRGICO

1. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se trata de masculino de 48 años de edad, natural y procedente de El Vigía, quien inicia enfermedad actual hace un mes, luego de realizar actividad laboral (cargar peso), consecuencia de ello cursa con movimiento en varo forzado de la rodilla izquierda, presentando dolor, edema, impotencia funcional de dicha articulación, además sensación de inestabilidad “se le va la rodilla”. Motivo por el cual consulta al médico y, luego de evaluación por el traumatólogo especialista de rodilla se evidencia clínicamente ruptura de LCA izquierdo, lesión meniscal interna.

Al examen físico: consciente, orientado en los tres planos, afebril al tacto, presión arterial:

125/76 mmHg, frecuencia cardiaca: 80 lpm, frecuencia respiratoria: 18 rpm, saturación de oxígeno: 98%. Normocéfalo, pupilas isocóricas normorreactivas a la luz, a nivel auditivo externo sin alteración, cuello simétrico, móvil. Tórax normoexpansible con presencia de electrodos para monitoreo cardiovascular no invasivo, ruidos cardiacos rítmicos. Abdomen blando, depresible a la palpación, ruidos hidroaéreos presentes, genitales externos de aspecto y configuración normal. Extremidades superiores móviles, simétricas, con presencia de venoclisis en antebrazo derecho. Extremidades inferiores a nivel de rodilla se evidencia edema y dolor a la palpación.

Exámenes paraclínicos: hemoglobina 15 g/dl, hematocrito 45%, leucocitos 7.900 xmm^3, plaquetas 292.000 xmm^3, TP 13.6 segundos, control 13.0 segundos, TPT 28.0 segundos, control 28.0 segundos, glicemia 89 mg/dl, urea 25.1 mg/dl, creatinina 0.51 mg/dl, HIV no reactivo, VDRL no reactivo. Tratamiento: cirugía electiva tipo reemplazo autólogo de LCA izquierdo más revisión artroscópica.

Problemas reales y de riesgo encontrados en la etapa de valoración del proceso enfermero (PE), según la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA)[9].

00132 Dolor agudo.

00206 Riesgo de sangrado.

00085 Deterioro de la movilidad física.

00146 Ansiedad.

00004 Riesgo de infección.

00088 Deterioro de la deambulación.

00155 Riesgo de caídas.

00035 Riesgo de lesión.

Complicaciones potenciales: rechazo de material de fijación, ruptura del injerto, hemartrosis (hemorragia en una cavidad articular).

2. FASE PERIOPERATORIA

2.a. Preoperatorio

El usuario ingresa a quirófano el día 19/03/24, se encuentra neurológicamente estable, ventilando espontáneamente, con presencia de venoclisis en brazo derecho, permeable, recibiendo fluidoterapia, 500 ml de solución 0,9%.

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

TÉCNICA	DESCRIPCIÓN PRECISA
Lavado de manos quirúrgico	Antiséptico: Soluhex.
Secado de las manos	Campos absorbentes estériles.
Vestimenta para la instrumentista y colocación de guantes.	Colocación de bata con técnica autónoma y calzado de guantes con técnica cerrada.
Preparación de las mesas quirúrgicas	Mesa mayo con el instrumental del primer tiempo de cirugía. En la mesa circular se ubica material médico quirúrgico, instrumental, se divide la mesa imaginariamente proximal, medio, distal y se ubica al lado izquierdo del instrumentista.
Conteo de material	Material de osteosíntesis, gasas, compresas, suturas.
Vestimenta para el cirujano	Colocación de bata y guantes con técnica asistida.
Posición elegida y sujeción del paciente	Decúbito supino, brazos se fijan con sujetadores.
Anestesia	Conductiva subaracnoidea, se realiza en posición sedestación, previa asepsia y antisepsia en región lumbar. El anestesiólogo localizó espacio entre L4-L5, realizó punción con aguja espinal biselada # 26, al obtener LCR, administró mezcla anestésica: Cifarcaina Hiperbara 5%, Duracaina y Fentanilo, se obtuvo bloqueo satisfactorio a los 2 min.
Preparación del campo quirúrgico en el paciente	Bajo efectos de anestesia se entregó al cirujano Soluhex y alcohol para realizar asepsia y antisepsia en la extremidad inferior izquierda, previo exangüe (vaciado sanguíneo de dicha extremidad) con venda de Smarch, posterior colocación de campos estériles, conexiones y cables para torre de artroscopia, se fijó con pinza Backhaus.

Fuente: elaborado por las autoras siguiendo el Esquema para el caso clínico-quirúrgico[10].

2.b. Transoperatorio

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

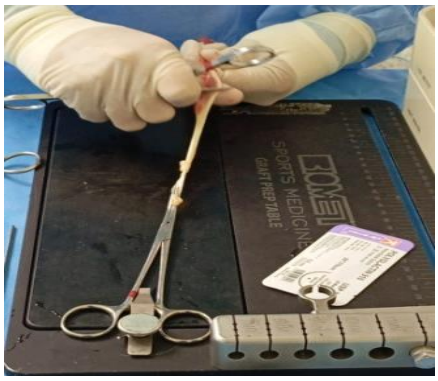
PASO N°	PROCEDIMIENTO	INSTRUMENTAL Y MATERIAL	SUTURAS
1	Incisión sobre inserción distal de los músculos de la pata de ganso (sartorio, semitendinoso, recto interno, semimembranoso).	Mango de bisturí #4 con hojilla #15	X
2	Ubicación de los tendones semitendinosos, semimembranosos, disección de los mismos, extracción de injerto autólogo.	Separador de Farabeuf Tijera Metzenbaum Pinza de Disección Braun sin diente Striper	X
3	Preparación del injerto.	Mesa de trabajo Pinza Criller Bulón de medida Guía de medida	Vicryl 1
4	Se procede a realizar artroscopia diagnóstica, apertura de dos portales en región anterior de la rodilla, un portal de visión (lateral), un portal de trabajo (medial).	Mango de bisturí #3 con hojilla #11 Artroscopio Shaver	X
5	Se procede a realizar túnel tibial, en este caso la instrumentista debe vigilar que no se produzca una lesión a la arteria poplítea. Posterior se realiza túnel femoral.	Guía tibial y femoral Taladro Guía de perforación Cureta Broca tibial y femoral	X
6	Paso de injerto para fijación en túnel femoral, comprobación de sujeción de sistema a la cortical externa del fémur.	Sistema (EZLOCT)	X
7	Comprobación de estabilidad del injerto, fijación del ligamento al túnel tibial.	Tornillo biodegradable 9x25 mm Destornillador	X
8	Conteo de material quirúrgico.	Verificación de material e instrumental completo	X
9	Lavado profuso, continuo y repetitivo de la articulación, cierre por planos de herida operatoria zona de injerto y portales, infiltración.	Compresa seca Porta aguja Mayo Hegar Disección Braun Tijera de Mayo Mezcla infiltración (1 ampolla Ciclokaprón, 3 cc Bupivacaína, 2 cc Fentanilo	Vicryl ® 1 Nylon 2-0
10	Cura final con inmovilización inguino maleolar.	Compresa húmeda con solución, gasa con alcohol y seca, guata y venda.	X

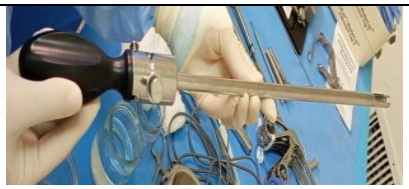
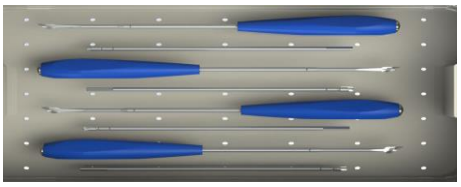
Fuente: ídem.

Instrumental básico: se utilizó la caja básica de traumatología que contiene pinzas de: Criller recto y curvo, Kocher curvos, Allis recto, tijera de Metzenbaum curva, tijera de Mayo recta, porta aguja de Mayo Hegar, pinza de Foerster o Aro recta, mango de bisturí # 3 y 4, separadores Farabeuf pequeño, disecciones Braun pequeñas con diente y sin diente, pinzas de campo Backhaus, juego de escudillas (recipientes para la asepsia).

Instrumental específico: en el cuadro 3 se presenta este tipo de material, el uso en la cirugía y la respectiva imagen.

Cuadro 3. Instrumental específico

INSTRUMENTO	NOMBRE CIENTÍFICO	USO EN LA CIRUGÍA	IMAGEN
Mesa de trabajo	Mesa de trabajo	Medio de fijación para preparar el injerto.	 **Fuente:** imagen tomada por la participante del diplomado.
Perforador	Taladro	Complemento para pasar las guías y brocas.	 **Fuente:** ídem.
De izquierda a derecha: 2 guías de perforación, 1 broca para canal en fémur, 1 broca para canal tibia, 1 bulón de medida para el injerto, guía para medir el injerto con el injerto referido a cada extremo con sutura Vicryl ®	-Guía -Broca -Bulón -Guía de medida	Para realizar túnel tibial femoral y medida del injerto.	 **Fuente:** ídem.

Guía de perforación tibial	Brazo	Para dar angulación durante la perforación.	 **Fuente:** ídem.
Striper o Tenotomo	Striper o Tenotomo	Para realizar la extracción del injerto.	 **Fuente:** ídem.
Cureta	Cureta	Para la protección al momento de realizar túnel tibial.	 **Fuente:** ídem.
Guías de fémur	Guía de fémur	Se utilizan en la misma medida del injerto.	 https://implanfix.com.br/produtos-kit-fresas-e-guias-femoral-anatomicos/#iLightbox[rights]/0
Destornillador Tornillo biodegradable	Destornillador Tornillo biodegradable	Fijar el injerto	 **Fuente:** ídem.
Sistema de EZLOCT	EZLOCT	Canalizar el injerto.	 **Fuente:** ídem.

Fuente: ídem.

2.c. Posoperatorio

Ingresa masculino de 48 años a la Unidad de Cuidados Posanestésicos (UCPA) bajo efectos residuales de anestesia conductiva, en posoperatorio inmediato de reemplazo autólogo de LCA más revisión artroscópica, hemodinámicamente estable PA: 115/65 mmHg, FC: 68 lpm, Saturación de oxígeno: 96%, venoclisis permeable recibiendo fluidoterapia, se evidencia cura

limpia y seca en miembro inferior izquierdo. Se evalúa bloqueo motor a través de la escala de Bromage, logrando nivel cero %, funcional de sus extremidades inferiores. Egresa a sala de cuidados intermedios, con orden de alta médica el siguiente día.

A continuación, se presenta los planes de cuidado en los cuadros 4, 5 y 6 siguiendo la taxonomía NANDA[9], Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)[11] y Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)[12], relacionados con la valoración posoperatoria.

Cuadro 4. Plan de cuidado con DxE Focalizado en el problema

DxE Focalizado en el problema (NANDA)	Resultado esperado (NOC)	Intervenciones y acciones (NIC)	Ejecución	Evaluación
Dominio: 12 Clase: 1 00132 Dolor agudo R/C herida post-operatoria E/P expresión verbal y gesticular de dolor.	2102 Nivel del dolor. 1605 Control del dolor.	2210 Administración de analgésicos:		RH: Mejoría. FR: Se mantiene. IE: Apropiadas.
		-Comprobar órdenes médicas, dosis y frecuencia.	C	
		-Evaluar eficacia del analgésico después de la administración.	C	
		1400 Manejo del dolor:		
		-Valoración del dolor aparición, duración y intensidad.	C	
		-Monitorizar grado de satisfacción del paciente con el control del dolor en intervalos específicos.	C	

Fuente: elaborado por las autoras siguiendo la Taxonomía NANDA[9], NOC[11] y NIC[12].
Lectura: DxE = Diagnóstico Enfermero. R/C= Relacionado con. E/P= Evidenciado por. C = Cumplido. RH= Respuesta humana. FR = Factor relacionado. IE = Intervención de Enfermería.

Cuadro 5. Plan de cuidado con DxE de Riesgo

DxE de Riesgo (NANDA)	Resultados esperados (NOC)	Intervenciones y acciones (NIC)	Ejecución	Evaluación
Dominio: 11 Clase: 2 00155 Riesgo de caídas R/C alteración de la movilidad.	1902 Control del riesgo.	6486 Manejo ambiental: seguridad.		RH: No progresa. FR: Se mantiene. IE: Apropiadas.
		-Eliminar obstáculos, implementando las medidas de seguridad adecuada.	C	
		-Contacto: ayudar al paciente en las actividades de la vida diaria.	C	
	1909 Conducta de prevención de caídas. 0200 Ambular.	6490 Prevención de caídas:		
		-Proporcionar dispositivos de ayuda (muletas).	C	
		0226 Terapia de ejercicios:		
		-Reforzar las instrucciones al paciente respecto a la forma correcta para minimizar la aparición de lesiones y maximizar su eficacia.	C	

Fuente: ídem.
Lectura: DxE = Diagnóstico Enfermero. R/C= Relacionado con. C = Cumplido. RH= Respuesta humana. FR = Factor relacionado. IE = Intervención de Enfermería.

Cuadro 6. Plan de cuidado con DxE bifocal

Dominio 11: Seguridad protección. Clase 1: Infección 00004 Riesgo de infección S/A técnica quirúrgica LCA				
CP	**Resultados esperados (NOC)**	**Intervenciones y acciones (NIC)**	**Fundamentación Científica**	**Evaluación**
Hemartrosis	1608 Control de los síntomas.	6550 Prevención contra las infecciones:		Aunque se cumplió con las actividades y se mantuvo el factor relacionado, su evolución fue satisfactoria.
		-Observar signos y síntomas de infección.	-Permite evaluar cualquier cambio de su evolución.	
		-Correcta higiene de manos.	-La información y enseñanza de una adecuada técnica de asepsia y lavado de manos formará una barrera de protección contra complicaciones.	
		-Utilizar los antibióticos con sensatez.	-Los antibióticos puede prevenir infecciones bacterianas, pero no virales, por lo que se debe ser preciso con su uso.	

		3440 Cuidados del sitio de incisión:		
		-Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera inflamación.	-Se interviene a tiempo cualquier característica de drenaje (cantidad, color, olor).	
		-Limpiar la zona que rodea la incisión.	-Evita cualquier riesgo de complicaciones clínicas.	

Fuente: ídem.
Lectura: DxE = Diagnóstico enfermero. CP= Complicaciones potenciales. S/A= Secundario a.

— DISCUSIÓN

Los desgarros del LCA son tratados con frecuencia con reconstrucción quirúrgica con injertos, en este procedimiento se utilizó un injerto autólogo, se considera que el injerto más adecuado para la plastia será aquel que cumpla los siguientes requisitos: que permita una fijación rígida y fuerte, que sea resistente a las cargas cíclicas, que no sufra movimientos dentro del túnel y que se integre rápidamente[6]. Dentro de los tipos de injertos se conocen los autoinjertos, aloinjertos, híbridos, sintéticos[13].

Una de las funciones de la enfermera instrumentista en esta cirugía, implica la preparación del injerto, siguiendo instrucciones médicas específicas y verificando mediante tensión la resistencia de la plastia, buscando posibles defectos en la preparación. La fijación de este injerto se realiza con tornillos de interferencia que pueden estar compuestos de metal o material bioabsorbibles. Una vez colocados, los tornillos metálicos generalmente no se retiran a menos que haya un evento adverso. Para la fijación de este procedimiento a nivel de tibia se usó un tornillo biodegradable.

Los tornillos bioabsorbibles proporcionan protección, reducen la necesidad de intervención quirúrgica para su retirada y causan menos distorsión en las imágenes de RNM[14]. Sin embargo, presentan algunas desventajas en relación a los implantes tradicionales tales como una menor fuerza mecánica, mayor costo y la capacidad de desarrollar una respuesta biológica indeseable[15].

— CONCLUSIÓN

El personal de enfermería en el proceso perioperatorio, es fundamental. Durante la etapa preoperatoria, transoperatoria y posoperatoria debe mantener y aplicar las normas de asepsia y antisepsia; por lo que, sus conocimientos, habilidades y destrezas implican una sincronización con el PE, enfocando las necesidades del paciente e involucrando a la familia y su entorno, con el fin de proporcionar la información oportuna, como clave fundamental en la prevención de nuevos

problemas que puedan interferir en la recuperación del intervenido.

— REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kotcher Fuller J. Instrumentación quirúrgica. Principios y práctica. México. Editorial Médica Panamericana [Internet] 2023 [consultado 2024 mayo 18]. Disponible en: https://www.medicapanamericana.com/mx/libro/instrumentacion-quirurgica-8ed-incluye-version-digital
2. Kennedy J, Jackson MP, O'Kelly P, Moran R. Timing of reconstruction of the anterior cruciate ligament in athletes and the incidence of secondary pathology within the knee. Journal of Bone and Joint Surgery. [Internet] 2010 [consultado 2024 mayo 16]; 92(3):362-6. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20190306/
3. Beaufils P, Hulet C, Dhénain M, Nizard R, Nourissat G, Pujol N. Clinical practice guidelines for the management of meniscal lesions and isolated lesions of the anterior cruciate ligament of the knee in adults. Orthop Traumatol Surg Res. [Internet] 2009 [consultado 2024 mayo 31]; 95(6):437-42. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19747891/
4. Márquez J, Márquez W. Lesiones del ligamento cruzado anterior de la rodilla. IATREIA [Internet]. 2009 [consultado 2024 mayo 31]; 22(3):256-271. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180519034007
5. Del Bel MJ, Fairfax AK, Jones ML, Steele K, Landry SC. Effect of limb dominance and sex on neuromuscular activation patterns in athletes under 12 performing unanticipated side-cuts. J Electromyogr Kinesiol. [Internet]. 2017 [consultado 2024 mayo 18]; 36:65-72. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28735104/
6. Ayala-Mejías JD, García-Estrada GA, Alcocer L. Lesiones del ligamento cruzado anterior. Acta Ortopédica Mexicana [Internet]. 2014 [consultado 2024 mayo 18]; 28(1):57-67. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/pdf/aom/v28n1/v28n1a12.pdf
7. Yanguas J, Pérez Ll, Cortés de Olano C. Lesión del ligamento cruzado anterior en fútbol femenino. Estudio epidemiológico de tres temporadas. Apunts Med Esport. [Internet]. 2011 [consultado 2024 mayo 18]; 46(171):137-143. Disponible en: https://www.apunts.org/en-pdf-X0213371711270485
8. Dienst M, Burks RT, Greis PE. Anatomy and biomechanics of the anterior cruciate ligament. Orthop Clin North Am. [Internet]. 2002 [consultado 2024 mayo 31]; 33(4):605-20. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12528904/
9. Diagnósticos Nanda. Diagnósticos de enfermería NANDA NIC NOC 2024 2026. [Internet]. 2024 [consultado 2024 junio 9]. Disponible en: https://www.diagnosticosnanda.com/
10. Fernández A, Vega M. Esquema para el caso clínico-quirúrgico. Material laborado con fines docentes. Mérida-Venezuela: Universidad de Los Andes, Escuela de Enfermería; 2023.
11. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5a ed. Barcelona, España: Elsevier; 2014.
12. Bulechek M, Butcher K, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6a ed. Barcelona, España: Elsevier; 2014.
13. Salugraft. Clasificación de materiales de injerto óseo. [Internet]. 2022 [consultado 2024 mayo 31]. Disponible en: https://salugraftdental.com/contenido-formativo/clasificacion-de-

materiales-de-injerto-oseo/
14. Debieux P, Franciozi CES, Lenza M, Tamaoki MJ, Magnussen RA, Faloppa F, Bellotti JC. Bioabsorbable versus metallic interference screws for graft fixation in anterior cruciate ligament reconstruction. Cochrane Database Syst Rev. [Internet]. 2016 [consultado 2024 mayo 18]; 7(7). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27450741/
15. López-Lobato R, Fornell-Pérez S, Serrano-Toledano D, García-Mendoza A, Barrena-Sánchez P, Puente-González A. et al. Intolerancia a tornillo interferencial tibial. Una rara complicación en la Cirugía de reconstrucción del ligamento cruzado anterior. Rev. S. And. Traum. y Ort. [Internet]. 2015 [consultado 2024 junio 1]; 33(3/4):49-56. Disponible en: https://www.portalsato.es/documentos/revista/Revista16-3/06.pdf

EHI
ISSNe 2542-3444
VOLUMEN 11
Número 2 (2024)

Recibido: 1/6/2024 Aceptado: 18/6/2024
https://doi.org/10.53766/EHI/2024.11.02.06
CASO CLÍNICO

Caso clínico gerontológico

Gerontological clinical case

Gerardo Rivas Guillén (Lic.)[1]
Alba Fernández (Dra.)[2]

[1] Licenciado en Enfermería, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela. Diplomado Cuidados Enfermeros al paciente Oncológico, ULA. Diplomado en Enfermería Gerontológica, ULA. Enfermero II, Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), Mérida. ORCID: 0009-0004-1443-6419
[2] Licenciada en Enfermería, ULA. Magíster en Educación, Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL), Mérida. Doctora en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia (UN), Bogotá-Colombia. Postdoctora en Gerencia para el Desarrollo Humano (ULA). Profesora Titular Jubilada, Escuela de Enfermería, ULA. Correo electrónico: revistaehi@gmail.com ORCID: 0000-0002-3829-5401

RESUMEN

El presente artículo surge de la última actividad programada en el Diplomado en Enfermería Gerontológica que se dicta en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes (ULA) de Mérida-Venezuela. Tiene como objetivo describir el caso clínico gerontológico de un adulto mayor de 85 años, puntualizando las etapas del proceso enfermero como método específico que favorece el cuidado integral de la persona mayor de 60 y más años.

Palabras clave: envejecimiento, Enfermería, Gerontología, adultos mayores, proceso enfermero, taxonomías NANDA, NOC, NIC.

ABSTRACT

This article arises from the last scheduled activity in the Diploma in Gerontological Nursing taught at the School of Nursing of the University of Los Andes (ULA) of Mérida-Venezuela. Its objective is to describe the gerontological clinical case of an adult over 85 years of age, pointing out the stages of the nursing process as a specific method that favors the comprehensive care of person aged 60 and over.

Key words: aging, Nursing, Gerontology, older adults, nursing process, NANDA, NOC, NIC taxonomies.

— INTRODUCCIÓN

La población del mundo está envejeciendo con las consecuencias médicas, sociales, culturales, económicas y políticas que esto involucra. Para algunos autores como Pinazo[1], Fernández[2], Gutiérrez[3] el envejecimiento es un proceso complejo y dinámico con componentes fisiológicos, psicológicos, económicos, sociológicos inseparables e íntimamente relacionados. Aunque, no todos los cambios funcionales o cognitivos de los adultos mayores, se deben al envejecimiento, algunos son producto de enfermedades previas, el sufrimiento acumulado a lo largo de la vida, el tipo de vida que hayan llevado y los factores de riesgo y ambientales a los que han estado sometidos[4]. De tal manera que, la vejez plantea un aumento gradual de la vulnerabilidad a la enfermedad.

Con el fin de lograr una mejor comprensión del envejecimiento es fundamental esclarecer el concepto de gerontología aportado por Gaminde[5] "es una rama de la ciencia que trata los problemas de adaptación de las personas al envejecimiento". Este proceso ha obligado al gerontólogo a asumir esta disciplina como una suma de aproximaciones estáticas que tratan de acercarse a un problema dinámico, cambiante, en continuo movimiento.

Como ya se mencionó, el fenómeno del envejecimiento acelerado de la población mundial, constituye uno de los acontecimientos demográficos y sociales destacados y relevantes para la sociedad, debido a que el adulto mayor es uno de los grupos más vulnerables y complejos en sus demandas de salud y que los servicios asistenciales y las entidades formadoras no se encuentran totalmente preparadas para dar respuestas satisfactorias a esas exigencias[6].

Enfermería, ante esta realidad, debe ser un agente generador de cambios en las políticas públicas, sociales y de salud[6], cuestión que también la expresa la Organización Panamericana de la Salud (OPS)[7] "Debido a la urgencia que la situación requiere, las escuelas de enfermería deben tomar las medidas necesarias, de corto o mediano plazo, para proveer a los sistemas de salud de recursos humanos formados, a fin de dar respuesta a los nuevos perfiles epidemiológicos a los que da lugar el envejecimiento de las poblaciones".

En otras palabras, el cuidado al adulto mayor es un reto para este profesional, (sobre todo en la región suramericana) desde el centro hospitalario hasta el complejo entorno familiar. Está claro que para lograrlo amerita involucrarse con la atención a este grupo etario, modificando los estilos de vida, promoviendo la salud y el bienestar. Para ello, en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes, se dicta el Diplomado en Enfermería Gerontológica (DEG)[6] desde hace 7 años, con el fin de fortalecer los programas de extensión, formación, actualización y capacitación profesional de la Universidad de Los Andes (ULA), cumplir con la responsabilidad y el compromiso de contribuir con la sociedad a la cualificación de egresados en la atención holística de los adultos mayores, ya que, mediante la acreditación, Enfermería, contará con mejores oportunidades laborales en hospitales, centros de estancia diurna de mayores, cuidados a domicilio, centros residenciales, entre otros.

Como producto final del mencionado diplomado, el participante debe elaborar y exponer un caso clínico, considerando las etapas del Proceso Enfermero (PE)[8,9], como herramienta o método sistemático que contribuye a garantizar la calidad del cuidado del adulto mayor. En tal sentido, el presente artículo tiene como objetivo presentar el caso clínico gerontológico de uno de los licenciados integrantes de la V Cohorte (2023).

CASO GERONTOLÓGICO

La coordinadora del DEG elaboró el Formato para elaborar el caso clínico gerontológico[10], ofreciendo al estudiante o al profesional de Enfermería una guía que sirva de ayuda en la aplicación del PE desde la recolección de los datos o valoración (mediante un enfoque integral), continuando con la identificación de los problemas o los diagnósticos enfermeros (DxE), la planificación de intervenciones, la aplicación o ejecución de las acciones hasta la evaluación de los resultados o los cambios en las condiciones del paciente. Igualmente, diseñó las Normas para publicar casos clínicos gerontológicos[11]. Tras esta observación, a continuación, se describen los datos más relevantes de la historia clínica de Enfermería realizada al adulto mayor seleccionado, tomados del formato y las normas indicadas, siguiendo las etapas del PE.

1. Presentación del caso clínico

I Etapa: Valoración

Se trata de adulto mayor procedente de Mérida, de 85 años, género femenino, con los diagnósticos médicos de: Hipertensión arterial (HTA) y Artrosis severa en hombro derecho. Como antecedentes maternos refiere HTA y Glaucoma. En los personales: intervención de cataratas hace 21 años, HTA desde los 60 años. Hábitos tabáquicos desde los 25 hasta los 53 años; 4 tazas de café/día. En la situación socioeconómica: soltera, católica, oficios del hogar, estudió hasta tercer grado de primaria, vive sola en un apartamento con todos los servicios básicos. Su fuente de ingreso es la pensión y ayuda de familiares que están en el extranjero.

Al examen físico: Temperatura: 37°C, Respiración: 22 rpm, Pulso: 108 lpm, Presión arterial: 120/86 mmHg. La valoración física se realizó por sistemas y patrones de funcionalidad, seguidamente, se presentan solo los datos más significativos:

- Sistema neurológico: orientada en los tres planos, 7 de dolor crónico en hombro derecho de acuerdo a escala de graduación numérica y limitación para el movimiento.

- Sistema digestivo/nutrición: dentadura incompleta, prótesis parcial en arcada superior. Peso: 38 Kg, Talla: 1.48 cm, Índice de Masa Corporal (IMC)[10]: 17,34 Kg/m^2 = Bajo (16-20 Kg/m^2), Diámetro Abdominal (DA): 74 cm = Normal.

- Sistema cognoscitivo/perceptivo: ambos ojos con arco senil o gerontoxon. En la valoración cognitiva con el Minimental o Mini prueba del estado mental (MMSE, por sus siglas en inglés *Mini-Mental State Examination*)[2] obtuvo un puntaje de 15 puntos, considerado Normal ≥ 14.

- Sistema músculo/esquelético: fuerza débil en miembros superiores (MsSs).

- Integridad cutáneo/linfático: piel delgada, transparente, poco elástica, arrugada, tinte amarillento. En cara y MsSs se observan manchas de color marrón (léntigo) y manchas irregulares rojo-violáceas (púrpura senil). En miembros inferiores (MsIs) se encuentra la piel muy seca, escamosa, con prurito (xerodermia o asteatosis). En los anexos: poco cabello, con colorante; las uñas de manos y pies se evidencia que son gruesas, duras y curvas (onicogrifosis).

- Escala de Norton[10]: arrojó un puntaje total de 15 puntos, significa que la paciente tenía un riesgo mínimo o no riesgo (de 15 y más) de presentar úlceras por presión (UPP).

- En la evaluación de las 10 actividades de la vida diaria (AVD): comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, usar el retrete, trasladarse, deambular y usar escalones, mediante la aplicación del Índice de Barthel (IB)[2] resultó ser independiente (100 puntos).

En el cuadro 1 se presenta los principales medicamentos que recibía el adulto mayor para el tratamiento de los diagnósticos médicos señalados anteriormente.

Cuadro 1. Medicamentos indicados

MEDICAMENTO	INDICACIONES	EFECTOS COLATERALES	CONTRAINDICACIONES O PRECAUCIONES
1. Omeprazol 40 mg., VO, OD.	Protector gástrico.	Cefalea, dolor abdominal, estreñimiento, diarrea, flatulencia, nauseas/vómitos; pólipos gástricos benignos.	Hipersensibilidad al Omeprazol.
2. Synartros 60 mg., VO por 10 días.	Alivio sintomático de la osteoartritis, antirreumático.	Trastornos gastrointestinales (dolor abdominal, pirosis, diarrea, dispepsia, molestias epigástricas, náuseas), hipertensión, edema y retención de líquidos, mareos y cefaleas.	Alergia al Etoricoxib, Aspirina. Sangrado gástrico o intestinal. Lesiones hepáticas.
3. Valsartán 80 mg., VO, OD.	Hipertensión arterial, Insuficiencia cardiaca sintomática.	Mareos, hipotensión, hipotensión ortostática; insuficiencia y deterioro renal.	Hipersensibilidad a Valsartán. insuficiencia hepática grave, cirrosis biliar,
4. Vitamina C 1 gr., VO, OD.	Prevención y tratamiento de estados carenciales de vitamina C.	Hipersensibilidad cutánea y respiratoria, pérdidas fecales o diarrea	Hipersensibilidad, urolitiasis de oxalato, talasemia, hemocromatosis, anemia sideroblástica, quimioterapia, anticoagulantes.

Fuente: elaborado por los autores, siguiendo el Formato para elaborar el caso clínico gerontológico[10] y consultando el VADEMECUM[12].
Lectura: mg=miligramos; VO=Vía oral; OD=Orden diaria; gr=gramo.

II Etapa: Diagnóstico Enfermero (DxE)

Se elaboró un listado con solo las etiquetas y el respectivo código según la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA[13], por sus siglas en inglés *North American Nursing Diagnosis Association)* de los problemas o respuestas humanas más significativas encontradas en la etapa de valoración:

1. Dolor crónico 00133
2. Disminución a la tolerancia a la actividad 00298
3. Deterioro de la movilidad física 00085
4. Baja autoestima situacional 00120
5. Disminución del gasto cardiaco 00029
6. Deterioro de la dentición 00048
7. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea 00047
8. Desequilibrio nutricional por defecto 00002
9. Disposición para mejorar los conocimientos 00161

III Etapa: Planificación

En consideración a las etiquetas NANDA[13], presentadas anteriormente, se escogieron tres de ellas para elaborar los siguientes planes de cuidado (cuadros 2, 3 y 4).

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

DxE Focalizado en el problema (NANDA)	Resultado esperado (NOC)	Intervenciones y acciones (NIC)	Ejecución	Evaluación
Dominio 12: Confort Clase 1: Confort físico 00133 Dolor crónico R/C incapacidad física E/P escala del dolor en 7 a nivel de hombro derecho, quejidos, facie de dolor.	1605 Control del dolor 2102 Nivel del dolor	6482 Manejo ambiental confort:		RH: Mejoría FR: Se mantiene IE: Apropiada
		-Evitar factores ambientales como ruido, frío.	EP	
		-Utilizar principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, vendajes.	C	
		-Favorecer el descanso y el sueño.	C	
		2210 Administración de analgésicos:		

		-Valorar la intensidad del dolor.	C	
		-Comprobar las indicaciones médicas.	C	
		-Verificar la respuesta al medicamento posterior a la administración.	C	

Fuente: elaborado por los autores, siguiendo el Formato para elaborar el caso clínico gerontológico[10] y las taxonomías NANDA[13], NOC[14] y NIC[15].
Lectura: DxE=Diagnóstico Enfermero, R/C=Relacionado con, E/P=Evidenciado por, EP=En Proceso, C=Cumplido, RH=Respuesta Humana, FR=Factor Relacionado, IE=Intervención de Enfermería.

Cuadro 3. Plan de cuidado con DxE de Riesgo

DxE de Riego (NANDA)	Resultado esperado (NOC)	Intervenciones y acciones (NIC)	Ejecución	Evaluación
Dominio 11: Seguridad/Protección Clase 2: Lesión física 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C cambios en la piel de MsIs (reseca, escamosa y prurito), edad.	110113 Integridad de la piel 110108 Textura 110102 Sensibilidad	3584 Cuidados de la piel -Inspeccionar diariamente la piel: calor, lesiones, dolor.	EP	RH: No progresa FR: Disminuido IE: Apropiada
		-Higiene corporal diaria, usando agua templada y jabón suave.	C	
		-Hidratar la piel con lociones, pomadas.	C	
		-Evitar el uso de ropas ceñidas al cuerpo.	C	
		-Asegurar la ingesta adecuada de líquidos.	C	

Fuente: elaborado por los autores, siguiendo el Formato para elaborar el caso clínico gerontológico[10] y las taxonomías NANDA[13], NOC[14] y NIC[15].
Lectura: DxE=Diagnóstico Enfermero, R/C=Relacionado con, E/P=Evidenciado por, EP=En Proceso, C=Cumplido, RH=Respuesta Humana, FR=Factor Relacionado, IE=Intervención de Enfermería.

Cuadro 4. Plan de cuidado con DxE de Promoción de la salud

DxE de Promoción de la salud (NANDA)	Resultado esperado (NOC)	Intervenciones y acciones (NIC)	Ejecución	Evaluación
Dominio 5: Percepción/Cognición Clase 4: Cognición 00161 Disposición para mejorar los conocimientos M/P el deseo de cumplir con actividad física.	170108 Confianza en la capacidad para llevar a cabo una conducta sobre la salud 170204 Creencia de que las propias decisiones-acciones controlan los resultados sobre la salud.	5612 Enseñanza: Actividad/Ejercicio Prescrito		RH: Progresa FR: - IE: Apropiada
		-Instruir al paciente para avanzar de forma segura en la actividad/ejercicio.	C	
		-Advertir al paciente acerca de los peligros de sobreestimar sus posibilidades.	C	
		-Enseñar al paciente una buena postura y la mecánica corporal.	C	
		-Informar al paciente del propósito y los beneficios del ejercicio prescrito.	C	
		-Instruir al paciente acerca de los ejercicios de estiramientos correctos antes y después del ejercicio y el fundamento de tal acción, según corresponda.	C	
		-Enseñar al paciente a realizar un precalentamiento y enfriamiento antes y después del ejercicio y la importancia de tal acción, según corresponda.	C	
		-Ayudar al paciente a alternar correctamente los períodos de descanso y actividad.	C	

		-Ayudar al paciente a marcarse objetivos para un aumento lento y constante del ejercicio.	C	

Fuente: elaborado por los autores, siguiendo el Formato para elaborar el caso clínico gerontológico[10] y las taxonomías NANDA[13], NOC[14] y NIC[15].
Lectura: DxE=Diagnóstico Enfermero, M/P=Manifestado por, C=Cumplido, RH=Respuesta Humana, FR=Factor Relacionado, IE=Intervención de Enfermería.

IV Etapa: Ejecución

Los objetivos y las intervenciones (NIC) fueron realistas y apropiadas, llevándose a cabo las actividades de forma coherente y eficiente tal como se planificaron. Los problemas nuevos se detectaron y se hicieron cambios adecuados dándole los cuidados especializados que requería el adulto mayor.

V Etapa. Evaluación

El usuario alcanzó los resultados esperados (NOC), dando por finalizados los planes elaborados.

— DISCUSIÓN

El PE se puede definir como un método organizado y sistemático, fundamentado en una base teórica a través del cual se brindan cuidados de una forma eficaz, eficiente e integral, orientada a satisfacer las necesidades y generar conductas saludables en la persona sana o enferma, la familia y la comunidad[8]. Es organizado y sistemático, porque consta de pasos secuenciales o etapas interrelacionadas, que conllevan al estudiante en formación o al profesional de Enfermería a poseer y desarrollar habilidades y destrezas afectivas, cognitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar y proporcionar cuidados a otros[8].

Requiere por parte de los enfermeros de capacidades técnicas, intelectuales y de relación, tales como: comunicación, escucha, expresión de intereses, empatía, autenticidad, comprensión, conocimientos, información; para ir desarrollando confianza y obteniendo datos, de manera que se brinde un cuidado integral al sujeto receptor del cuidado[9]. Lo anterior se evidencia en una investigación realizada en Chile donde los adultos mayores percibían que la buena enfermera era una profesional con vocación, amable y orientadora eficaz[16].

La clave de la Enfermería gerontológica es lograr que el adulto mayor mantenga su autonomía en el cuidado. No hacer por ellos lo que puedan hacer por sí mismos[2]. Esta capacidad de tomar las propias decisiones, por lo general, se va perdiendo a medida que aumentan los años, pero es primordial mantenerla acerca de aspectos relacionados con la salud, lo que aumenta la competencia, la independencia, la eficacia; conllevando a la persona al bienestar, adecuada

funcionalidad y óptima calidad de vida[17].

—CONCLUSIÓN

Las intervenciones de Enfermería (NIC) plasmadas en la etapa de planificación del PE en este caso clínico gerontológico, en forma de planes estandarizados y, posteriormente ejecutadas demostraron que este profesional debe poseer las habilidades y destrezas afectivas, cognitivas y motrices que le permitan en la etapa de valoración, detectar los datos adecuados y valiosos para formular los DxE apropiados y veraces para continuar desarrollando de manera efectiva el resto de las etapas del proceso.

—REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pinazo S, Sánchez M. Gerontología. Actualización, innovación y propuestas. España: Pearson Prentice Hall; 2005.
2. Fernández AR. Cuidados enfermeros al adulto mayor. Mérida, Venezuela: producciones Karol, C.A.; 2013.
3. Gutiérrez M, Serra E, Zacarés J. Envejecimiento óptimo. Perspectivas desde la psicología del desarrollo. Valencia, España: 2006.
4. Alvarado A, Salazar A. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos. [Internet]. 2014 [consultado 2023 septiembre 20]; 25(2). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002
5. Gaminde R. Adultos Mayores. España: San Pablo; 2000.
6. Fernández A. Diseño del Diplomado en Enfermería Gerontológica. EHI. [Internet]. 2024 [consultado 2024 junio 1]; 11(1):101-116. Disponible en: http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/enfermeria/article/view/20119/21921931791
7. Organización Panamericana de la Salud. Serie Recursos humanos para la salud N° 59. Enseñanza de la Enfermería en salud del adulto mayor. [Internet]. 2012 [consultado 2023 octubre 13]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/nursing-salud-adulto-mayor-2012-spa.pdf
8. Sánchez E. Manual de Diagnósticos de enfermería e interrelaciones NANDA-NOC-NIC. Mérida, Venezuela: Consejo de Publicaciones de la Universidad de Los Andes; 2015.
9. Socorro D. Enfermería Básica. Mérida, Venezuela: Talleres Gráficos de la Imprenta de Mérida (IMMECA); 2010.
10. Fernández A. Formato para elaborar el caso clínico gerontológico. Material elaborado con fines docentes. Mérida, Venezuela: Universidad de Los Andes, Escuela de Enfermería; 2023.
11. Fernández A. Normas para publicar casos clínicos gerontológicos. Material elaborado con fines docentes. Mérida, Venezuela: Universidad de Los Andes, Escuela de Enfermería 2023.
12. VADEMECUM. Medicamentos de Venezuela. [Internet]. 2010. [consultado 2023 octubre 14]. Disponible en: https://www.vademecum.es/venezuela/ve/alfa
13. Herdman H, NANDA International, Kamitsuru S. (eds.). Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023. 12a. ed. [Internet]. España: ELSEVIER; 2021 [consultado 20 de noviembre 2023]. Disponible en: https://tienda.elsevier.es/diagnosticos-enfermeros-definiciones-y-clasificacion-2021-2023-9788413821276.html

14. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud. 5a. ed. [Internet] España: ELSEVIER; 2014 [consultado 17 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.consultadelsiglo21.com.mx/documentos/NOC.pdf
15. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6a. ed. [Internet]. España: Elsevier; 2014 [consultado 17 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.academia.edu/37376104/CLASIFICACION_DE_INTERVENCIONES_DE_ENFERMERIA_NIC
16. Davis-Toledo G, Bustamante-Muñoz W, López-Caja I. La buena enfermera según las personas mayores: "que sea amable, dedicada y que me explique". Index Enferm. [Internet]. 2020 [consultado 20 de noviembre 2023]; 29(3). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000200004
17. Poblete-Troncoso M, Piña-Morán M. Enfermería gerontológica: desafíos para la promoción de los roles sociales en las personas mayores. Gerokomos. [Internet]. 2019. [consultado 20 de noviembre 2023]; 30(3):130-132. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000300130

EHI
ISSNe 2542-3444
VOLUMEN 11
Número 2 (2024)

Recibido: 18/4/2024 Aceptado: 30/5/2024
https://doi.org/10.53766/EHI/2024.11.02.07

RESEÑA HISTÓRICA

El primer ensayo de Atención Médica Jerarquizada en un hospital venezolano*

The first trial of Hierarchical Medical Care in a Venezuelan hospital

Nicolas Fariña Gabino (Dr.)

Médico Cirujano, Universidad de Los andes (ULA), Mérida-Venezuela. Médico Especialista en Anestesiología, Hospital Central de Maracay, estado Aragua-Venezuela. Fellow en Anestesiología, Instituto Dante Passaneze, Sao Paulo-Brasil. Especialización de Gerencia de Servicios de Salud, Universidad Católica Andrés Bello. Jubilado como Profesor de la ULA y como adjunto de Atención Médica del Hospital Universitario de Los Andes.
Correo: nicolfarig@gmail.com ORCID: 0009-0002-1193-7336

*El presente artículo es producto del trabajo publicado como Capítulo V, en: Fariña N. El Hospital Universitario de Los Andes. Cuarenta y cinco años de historia. Mérida-Venezuela; 2017, pp. 125-166. ISBN: 978-980-11-1928-9, con la debida autorización del autor.

RESUMEN

Actualmente los hospitales tienen un lugar bien definido en el sistema de salud venezolano, ya que, ocupan un espacio delimitado y son atendidos por grupos de especialistas, técnicos, personal administrativo, obreros, entre otros, que prestan asistencia no solo a pacientes sino a complejos y diversos problemas; además de formar recursos humanos y cumplen actividades de investigación y extensión. En la presente reseña histórica, se evidencia una de las experiencias vividas por el autor dentro de los sistemas de salud, escrita en primera persona como integrante del grupo selecto de visionarios que sembraron la idea inicial de la necesidad de ampliar el antiguo Hospital Los Andes en el primer centro sanitario venezolano de Atención Médica Jerarquizada, pasando posteriormente a llamarse Hospital Universitario de Los Andes.

Palabras clave: hospital, Venezuela, atención médica jerarquizada, universitario.

ABSTRACT

Currently, hospitals have a well-defined place in the Venezuelan health system, since they occupy a delimited space and are served by groups of specialists, technicians, administrative staff, workers, among others, who assist not only to patients but also to complexes and various problems; in addition to training human resources and carrying out research and extension activities. In this historical review, one of the experiences lived by the author within health systems is evident, written in first person as a member of the select group of visionaries who planted the initial idea of the need to expand the old Los Andes Hospital into the first Venezuelan health center for Hierarchical Medical Care, latter being called Hospital Universitario de Los Andes.

Key words: hospital, Venezuela, hierarchical medical care, university.

— INTRODUCCIÓN

A partir del último semestre de 1973 se ha venido llevando a la práctica en el Hospital Universitario de Los Andes (HULA) de la ciudad de Mérida un ensayo de aplicación del sistema de Atención Médica Jerarquizada (AMJ), es decir, una tentativa de ofrecer servicios médicos de complejidad escalonada, en proporción a la demanda cualitativa y cuantitativa de atención por parte del individuo enfermo y de la comunidad en general.

En los párrafos sub-siguientes, intentaremos hacer una relación lo más sucinta posible, de ese que todavía seguimos llamando ensayo, porque estamos conscientes de que aún es bastante largo el trecho a recorrer y variados los escollos que es preciso superar, para que las estructuras que lo conforman y los mecanismos y normas que le sirven de soporte, se encuentren suficientemente consolidados para resistir con firmeza, el embate de las variadas circunstancias que han venido dificultando su vigencia, entre las cuales cabe destacar: el apego institucional a los viejos esquemas de organización y prestación de servicios de atención médica; la todavía imprecisa definición de una política nacional de salud; multiplicidad de instituciones responsables por la asistencia y la habitual tendencia de los grupos e individualidades a desconocer o rechazar cualquier nuevo modelo organizativo que contraiga sus prejuicios o intereses.

Aun dentro del marco de estas consideraciones, esperamos que las experiencias vividas en el HULA en sus breves años de funcionamiento, representen un aporte significativo a la búsqueda de solución a nuestros problemas de salud, particularmente en lo que atañe a la posibilidad de ofrecer una respuesta más satisfactoria a la demanda de servicios sanitarios, sin que ello involucre un incremento irracional de los costos o de recursos en desacuerdo con la verdadera realidad nacional.

— DESARROLLO

Antecedentes

En 1969, al finalizarse el proceso de organización del HULA, su Comisión Organizadora, integrada por funcionarios del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), autoridades y profesores de la Universidad de Los Andes (ULA) y una representación del Colegio de Médicos del Estado, se vio ante la disyuntiva de dar continuidad en la organización del nuevo hospital a los esquemas tradicionalmente utilizados, o proporcionar un cambio estructural y funcional que, a la vez que beneficiara los intereses asistenciales y docentes del establecimiento, se compaginara con los nuevos conceptos de atención médica y con las responsabilidades atribuidas a los hospitales regionales en el proyecto de clasificación de los mismos acogido por el MSAS.

Quienes integramos aquella Comisión actuamos bajo el convencimiento de que los viejos modelos que han venido rigiendo la organización hospitalaria de nuestro país, estaban muy lejos de asegurar respuesta efectiva a la creciente demanda de atención, docencia médica y a la intención de integrar actividades y recursos en el campo médico-sanitario; pero estábamos convencidos a la vez, de

que la introducción de un nuevo esquema organizativo, habría de tropezar necesariamente con nuevos obstáculos, más aún si el mismo conducía a la aceptación de nuevas responsabilidades, la renuncia de algunos privilegios y la vigencia de normas disciplinarias y procedimentales hasta entonces ignoradas o, por lo menos, desapercibidas. Varias razones condujeron a actuar por la segunda alternativa; razones que consideramos necesario exponer muy someramente, por cuanto permiten expresar con mayor objetividad, la concordancia entre los resultados obtenidos hasta el presente y las expectativas creadas alrededor del nuevo sistema.

1. Razones de orden conceptual. Durante los últimos decenios, la problemática asistencial de los países en vías de desarrollo, expresada en demanda creciente insatisfecha, elevación continuada de los costos de actividades y déficit de recursos materiales y humanos, ha conducido a los organismos internacionales de salud, a hacer revisión de los sistemas establecidos y de los conceptos y principios que han venido rigiendo la prestación de servicios de atención médica. Como producto de esa revisión, el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la Atención Médica como "un programa de servicios que debe poner a disposición del individuo y, en consecuencia, de la colectividad, todos los recursos de las ciencias médicas y otras ciencias afines que sean necesarias para el fomento y la conservación de la salud mental, física, social y familiar con la mira puesta en la prevención de las enfermedades, el restablecimiento de la salud y el alivio de las incapacidades"[1].

Posteriormente un grupo de estudio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), al referirse a la aplicación de los programas de Atención Médica, expresó que "ellos deberían ser ejecutados a través de un sistema jerarquizado de hospitales de distintos tipos y de servicios de atención ambulatoria y domiciliaria". "En este esquema" agrega, "el hospital es el ejecutor directo de la atención médica dando respaldo técnico y científico a todos los servicios periféricos de atención ambulatoria"[2]. La definición arriba mencionada y los criterios precedentes, liberan la atención médica de su concepción eminentemente restaurativa, sugiere la conveniencia de establecer una serie escalonada de servicios y determina a la vez, un nuevo concepto de hospital, como establecimiento integralmente capacitado para el ejercicio de actividades de promoción, defensa y restitución de la salud, preocupado por los problemas económico-sociales de la colectividad, ligado a las condiciones del medio en el cual actúa y generador de mecanismos administrativos acordes con su complejidad.

Estos nuevos conceptos obligan al reconocimiento de que las acciones de salud no pueden estar representadas por un conjunto de actividades ejecutadas a un mismo nivel y con idénticos recursos, sino por una gradación de servicios racionalmente jerarquizados o progresivos y en orden creciente de complejidad, es lo que se ha definido como AMJ, con responsabilidades bien definidas y ligados por mecanismos técnicos y administrativos, que en conjunto representan la estructura del HULA, asegurando al individuo enfermo, el nivel de atención que requiera de acuerdo con la gravedad de su cuadro clínico, y a la colectividad, el volumen y calidad de acciones preventivas y curativas necesarias para el mantenimiento de un óptimo nivel de salud.

2. Razones de orden técnico administrativo. La organización tradicional de los servicios de salud en nuestro país se ha venido caracterizando por la pluralidad de las instituciones de comando; la separación entre las actividades preventivas y curativas con las de saneamiento ambiental; la heterogeneidad de normas y procedimientos; el bajo rendimiento de recursos y actividades; la elevación desmesurada de los costos y la progresiva incapacidad para responder a la demanda efectiva.

La solución de un problema tan complejo no corresponde evidentemente a una iniciativa local, sino a una política nacional de salud que responda a los intereses y aspiraciones de la colectividad venezolana, a un costo compatible con los recursos de que se dispone. Ese sistema, cualquiera que sea, deberá contar con soportes del nivel local, cuya organización y funcionamiento permitan asegurar una cobertura total de la población, la integración real de las acciones de salud, la voluntaria cooperación de quienes, como actores o usuarios, son corresponsables de la marcha institucional, la eficiente utilización de los recursos y costos operacionales ajustados a la capacidad financiera de cada establecimiento.

El HULA representa la expresión de esa búsqueda, mediante el énfasis dado a la atención ambulatoria, su cobertura urbana se ha hecho extensiva a la población semirural, rural y la diferenciación de sus áreas intramurales de asistencia médica.

3. Razones de orden docente. "El Hospital docente", expresa el documento final del Grupo de Estudio sobre Coordinación de la Atención Médica, convocado por la OEA/OPS en agosto de 1969, "debe formar parte de un sistema coordinado de servicios de salud que permita ofrecer al futuro médico una visión lo más completa posible de las realidades que encontrará en su vida profesional"[3]. La Facultad de Medicina y el resto de Ciencias de la Salud de la ULA, han venido soportando desde hace varios años, la creciente presión de una población estudiantil cada vez más numerosa, carente de aulas y laboratorios de experimentación capaces de complementar la enseñanza teórica con el aprendizaje práctico y el conocimiento objetivo de la realidad.

Encasillada en el viejo molde de las demás universidades nacionales la docencia médica había mantenido su exclusivo apego a la cama hospitalaria, a los pabellones quirúrgicos y obstétricos y a las facilidades del diagnóstico instrumental, cada día más atrayente, en la medida en que el avance tecnológico provee a la profesión médica, de costosos e impresionantes equipos. En tanto, el paciente ambulatorio y las actividades preventivas permanecían ignorados, hasta el momento mismo en que el abandono de unos y otras conducía al individuo enfermo a la cama del hospital.

Para quienes, actuando en representación de la docencia contribuyeron a decidir la suerte organizativa del hospital, el esquema de AMJ debería soportar nuevas y productivas áreas a la enseñanza, el aprendizaje y la investigación; favorecer al contacto permanente de los estudiantes con el medio social y proporcionar a los futuros médicos, una nueva dimensión para el ejercicio profesional y una visión diferente de la problemática asistencial del país. Tales fueron las expectativas que quedaron plasmadas en los programas departamentales que recientemente han servido de base a la organización del internado y Residencias Médicas y que orientan el desarrollo del programa de Medicina Comunitaria establecido por el Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Universidad.

Objetivos y requisitos básicos del sistema

A través de lo expuesto es fácil transparentar los objetivos del sistema de AMJ; consideramos importante, sin embargo, concretar algunos de ellos, ya que, contribuyen a justificar los requisitos establecidos para su implementación:

Objetivos primarios

- Integración real de las actividades de atención médica destinadas a la promoción, defensa y restitución de la salud.
- Mejoramiento de la calidad e incremento de la cobertura de los servicios, haciéndolos más accesibles y proporcionados al volumen y calidad de la demanda individual y colectiva.
- Participación efectiva de la docencia en todas las actividades que contribuyen a la atención médica integral.
- Normalización progresiva de recursos, actividades y reducción, dentro de lo posible, de los costos operacionales.
- Orientación permanente de la comunidad.

Requisitos básicos

- Demarcación para el hospital de una zona de influencia sobre la cual ejerza con suficiente autoridad, la coordinación, administración y control de todos los recursos y actividades de atención médica.
- Diferenciación de los servicios intra y extramurales en niveles de atención con responsabilidades y mecanismos de accesibilidad y cobertura de atención ambulatoria bien definidas.
- Elaboración de normas técnicas y administrativas que regulen el funcionamiento de los servicios, orienten el trabajo del personal y determinen los procedimientos de coordinación a ser utilizados.
- Conformación de los programas docentes a los requerimientos del sistema.
- Elaboración y aplicación de programas de educación sanitaria.

Situación actual

En medio de las variadas limitaciones que han venido dificultando la aplicación del ensayo de AMJ, ya referenciadas, es difícil hacer una valoración integral de los beneficios que él aporta y de los defectos que les son inherentes, por cuanto ello implicaría en cierto modo cuantificar la participación que realmente le corresponde en el estado actual de la asistencia médica en el área geográfica dependiente del hospital y hacer abstracción de la existencia de otras instituciones médico-asistenciales que, como en el resto del país, contribuyen a integrar la compleja estructura de los servicios locales de salud. Por consiguiente, hemos considerado que uno de los medios aparentemente más idóneos para enjuiciar su evolución lo proporciona el desarrollo alcanzado por sus elementos estructurales y el grado de aproximación a los objetivos propuestos en el marco de las restricciones derivadas de la heterogeneidad de servicios y de normas. En tal sentido y procediendo en el orden ya mencionado, la situación actual del sistema es la siguiente:

1. Delimitación de la zona de influencia. Desde el momento de iniciar sus actividades el HULA, en 1973, se le demarcó como área de influencia inmediata, la ciudad de Mérida, adicionándosele en agosto de 1975, los alrededores más cercanos (caseríos de San Jacinto, El Arenal, La Joya, El Vallecito, Prado Verde, La Culata y Tenditas del Chama) y se prevé para el próximo año, con la creación del Distrito Sanitario Metropolitano, la adscripción de las medicaturas urbanas de La Parroquia, Los Curos y Ejido; las rurales de Jají, La Mesa y de 28 dispensarios rurales de su jurisdicción. El HULA se propuso mantener el propósito de proyectar hacia toda la población adscrita las actividades preventivas, a la vez que era reconocido como centro de especialidades regionales.

2. Diferenciación de los servicios intramurales. En concordancia con los requisitos mínimos establecidos y para asegurar el debido aprovechamiento de edificaciones ya existentes, aun dentro de las dificultades planteadas por su conformación arquitectónica, los servicios intramurales fueron agrupados como sigue[4]:

2.1. Unidad de Agudos, ubicada en la nueva edificación puesta en servicio en 1973, y en la cual, además de la Dirección y Departamentos administrativos generales y de colaboración, tienen cabida los servicios de hospitalización de agudos, de emergencia y de atención ambulatoria.

a) Los servicios de hospitalización de agudos comprenden a su vez, tres niveles de atención:

- Cuidados Intensivos: para enfermos que ingresan en estado crítico, pero presumiblemente recuperables, cuya asistencia exige cuidados permanentes de enfermería, estrecha vigilancia médica y personal administrativo y auxiliar especialmente entrenado.

- Cuidados Intermedios: para la atención de pacientes agudos no susceptibles de tratamiento ambulatorio (enfermos a ser sometidos de inmediato a intervención quirúrgica; prenatal al término de su embarazo y puerperios complicados).

- Cuidados mínimos: especialmente reservados para convalecientes que aún requieren de ciertos cuidados intrahospitalarios (para fijar los términos de su egreso), puérperas en evolución normal, casos cuyo diagnóstico no es factible precisar con los recursos de atención ambulatoria y pacientes quirúrgicos cuya preparación intrahospitalaria contribuye a asegurar el éxito de la intervención.

b) Los servicios de emergencia, como en la mayoría de nuestros grandes hospitales, están subdivididos en tres áreas: Emergencia General de Adultos, Emergencia Gineco-Obstétrica y Emergencia Pediátrica. Se ocupan de la atención de pacientes accidentados, intoxicados, cuadros de aparición brusca, entre otros.

c) Los servicios de atención ambulatoria, del mismo modo que los de hospitalización, han sido diferenciados en niveles, considerando además los intereses del enfermo y de la colectividad sana, en cuyo beneficio deben cumplirse actividades de fomento y protección de la salud, comprenden:

- Ambulatorio de Especialidades: en el cual se agrupan todas las consultas de especialidades médicas y odontológicas provistas por el establecimiento, dando acogida a los pacientes

referidos desde los ambulatorios, servicios del hospital o de otros centros urbanos de atención médica. La aceptación de pacientes espontáneos contraviene las normas institucionales.

- Atención Domiciliaria: limitada todavía a visitas de enfermería y trabajo social, pero que en breve ampliará su radio de acción mediante las actividades de Cirugía y Obstetricia Ambulatoria.

- Centros Urbanos de Atención Ambulatoria: cuya área jurisdiccional ha sido demarcada y mantenida, en relación con las facilidades de acceso que ofrecen a la comunidad los servicios colectivos de transporte, por lo cual han sido ubicados en sitios estratégicos del área urbana. Dentro de estos centros está el Ambulatorio Venezuela, comparte la misma edificación con la Unidad de Larga Estancia (ULE), si bien, con entera independencia funcional; el Ambulatorio Belén, ocupa parte de la antigua edificación del Hospital de Niños, destinándose los demás ambientes al funcionamiento del Departamento de Medicina Preventiva y Social y; el Ambulatorio El Llano, de mayor cobertura que los anteriores, funcionó temporalmente en una edificación privada, luego se instaló en el antiguo Hospital Los Andes.

Estos centros urbanos han venido dando cumplimiento a las siguientes actividades: Consulta de Medicina General para adultos y niños, Programa materno-infantil (pre y postnatal, planificación familiar, higiene infantil y preescolar), Higiene escolar, Odontología, Visitas de enfermería y trabajo social, Laboratorio, Registros médicos y de suplementos dietéticos, Curas e inyecciones.

- Ambulatorios Sub-urbanos: bajo el apoyo y la supervisión de los Ambulatorios Urbanos han venido funcionando desde agosto de 1975, los centros sub-urbanos de San Jacinto, Tenditas del Chama y Prado Verde. Son atendidos por un médico general y auxiliar de enfermería a tiempo completo, quienes en su horario de trabajo cumplen actividades preventivas y curativas. Los exámenes de laboratorio son referidos al ambulatorio sectorial correspondiente, cuyos especialistas se ocupan asimismo de profundizar en el estudio de los pacientes antes de tramitar su referencia definitiva al ambulatorio de especialidades o a los servicios de hospitalización.

- Dispensarios Rurales: la actividad de los establecimientos descritos en los párrafos anteriores es complementada hacia la periferia por los dispensarios rurales, bajo la responsabilidad de un auxiliar de enfermería y la supervisión del médico general del ambulatorio sub-urbano más inmediato, quienes realizan acciones mínimas preventivas y curativas.

2.2. Unidad de Larga Estancia (ULE), ubicada en la edificación ocupada anteriormente por el Sanatorio Antituberculoso, con capacidad de 180 camas, destinada a pacientes en los cuales, una vez superada la etapa de su enfermedad, ameritan una convalecencia prolongada, respaldada por cuidados intramurales. A este grupo pertenecen, entre otros, los tuberculosos y mentales recuperables, ciertos cardiópatas, politraumatizados, desnutridos, incapacitados por accidentes cerebro vasculares y otros en proceso de rehabilitación.

2.3. Como complemento de estas unidades se aspira (y así está programado) la creación del Albergue de Pacientes, para proporcionar alimentación, alojamiento y transporte oportuno a pacientes

insolventes que, procedentes de otras localidades, deben recibir tratamiento ambulatorio en servicios especializados (Radioterapia, Rehabilitación, etc.). Asimismo, de convertirse en realidad el Proyecto de clasificación de hospitales, se contaría con la Colonia Sanitaria Polivalente, concebida para la asistencia de pacientes irrecuperables que no puedan ser objeto de colocación familiar.

Este conjunto de servicios conforma una pirámide sanitario-asistencial (Figura 1) cuyo vértice ocupa el área de Cuidados Intensivos y en cuya base se sitúa la atención ambulatoria general como soporte externa de esta estructura piramidal[4].

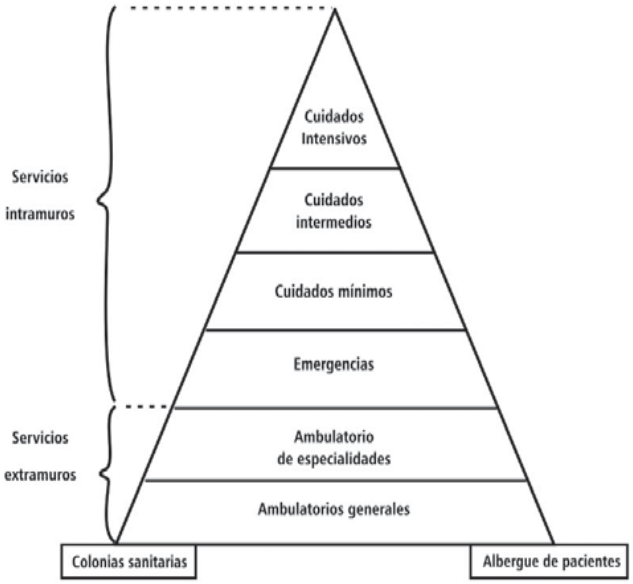


Figura 1. Pirámide sanitario- asistencial.
Fuente: Motezuma J. (1983)[4].

Trescientas sesenta y cuatro camas entraron en funcionamiento en su primera etapa

El nuevo edificio del HULA es la estructura, como ya se mencionó, donde tiene asiento la hospitalización para cuidados intensivos, intermedios y mínimos, así como los departamentos clínicos, especiales, de diagnósticos, terapéutica, administración y servicios; conuna capacidad arquitectónica total de 599 camas, de las cuales 364 entrarán en funcionamiento en su primera etapa, quedando 235 para futuras expansiones[5]. Igualmente, el personal del nuevo hospital quedó conformado por 1467 trabajadores, distribuidos así: 188 médicos, 187 enfermeras, 302 auxiliares de Enfermería, 16 bioanalistas, 17 auxiliares para 5 laboratorios clínicos, 16 bibliotecarias, 77 auxiliares de historias médicas, 9 dietistas con 27 auxiliares, 11 trabajadoras sociales más 4 auxiliares, 196 empleados diversos y 412 obreros[6].

Sanidad y universidad de Mérida firmaron convenio de colaboración

El MSAS a cargo del doctor J.J Mayz Lyon, y el rector de la ULA, doctor Ramón Vicente

Casanova, firmaron un documento denominado "Declaración conjunta de Principios", cuyo contenido establece los lineamientos generales relacionados con materias de mutuo interés y responsabilidad de áreas de influencia de ambas instituciones. El documento suscrito señala la experiencia de varios años de colaboración interinstitucional en el campo de desarrollo de recursos humanos para los programas de formación ydesarrollo de todas las categorías de recursos humanos destinados a presentar servicios de salud, la investigación de problemas de atención médica individual o colectiva y de carácter asistencial, cumpliéndose así el contenido de los términos del convenio en conjunto, el cual fue calificado de memorable y uno de los hechos más trascendentesentre dos organismos del país[7,8].

Cuestionado por los médicos fue inaugurado en Mérida el hospital universitario

A pesar de ser cuestionado por el Colegio de Médicos del Estado Mérida, el HULA fue inaugurado el 23 de diciembre de 1972 por el Presidente de la República, doctor Rafael Caldera, quien estuvo acompañado del Ministro de Sanidad y de otros altos funcionarios del Gobierno Nacional y Regional (Figura 2)[9].



Figura 2. Inauguración del HULA. De izquierda a derecha, monseñor Ángel Pérez Cisneros; el rector de la ULA, Dr. Ramón Casanova; el Ministro de Obras Públicas, Ing. José Curiel; la Sra. Alicia Pietri de Caldera; el Presidente de la República, Dr. Rafael Caldera; el Ministro de Sanidad, Dr. J.J Mayz Lyon y el gobernador del Edo. Mérida, Dr. Germán Briceño Ferrigni. 1972.
Fuente: Fariña N. (2017)[10].

El nuevo HULA, según información oficial del MSAS, tendrá un presupuesto anual de 28 millones de bolívares, con capacidad de 600 camas, otras 10 para convalecientes de larga estancia y 20 más para el albergue de pacientes (Figura 3). El Presidente del Colegio de Médicos, doctor Isidro Rodríguez Ortiz, en una conversación con los periodistas, dijo que la dotación general del instituto es incompleta y hasta cierto modo irregular porque aún falta por recibir más del 30% del equipo y material médico-quirúrgico y que muchos de los servicios de atención médica se encuentran en las fases iniciales de estructuración. También apuntó que el temor que existe, es que debido al argumento de que hace falta dinero, el nuevo hospital funcione por lo menos durante todo el año 1973, con una serie de dependencias paralizadas o a medio andar; enfatizó que el gremio médico piensa incluso que el presupuesto indicado sea rebajado[11].



Figura 3. HULA en su inauguración. 1972.
Fuente: Fariña N. (2017)[10].

Datos técnicos del Hospital Universitario de Los Andes

Para el momento de su inauguración esta institución de salud contaba con una superficie del terreno: 48.530 m², áreas verdes: 27.300 m², superficie de construcción: 13.861 m², altura: 46.30 m, área total por cada piso de la torre de hospitalización: 754,87 m² y número de pisos: 13[12].

Estructura del edificio

El HULA quedó estructurado en los siguientes tres sectores con sus respectivos niveles (Figura 4)[13].

SECTOR A

Nivel Servicio: Lavandería, lencería, depósito general, dietética, áreas de mantenimiento, nutrición, vestuarios de obrero y bioterio. **Nivel Emergencia**: Sala de partos, quirófanos obstétricos y ginecológicos, quirófanos generales, salas de recuperación post anestésica y central de suministros. **Nivel Plaza**: Hospitalización obstétrica y retenes. **Nivel Mezzanina**: Servicio de psiquiatría, neurología, medicina interna, dermatología y venereología. **Primer Piso**: Enfermería, departamento de medicina social y preventiva, oficina de coordinación docente, intendencia subregional, oficina de coordinación de bienes nacionales, oficina de jefatura de departamentos clínicos y oficina de la asociación de damas voluntarias.

SECTOR B

Nivel Servicio: Auditorio general, cafetín, auditorio de anatomía patológica, anfiteatro, departamento de anatomía patológica, aulas docentes, oficina de reproducción, fotografía y dibujo, subestación eléctrica, central de aire acondicionado, ropero de pacientes. **Nivel Emergencia**: Emergencia obstétrica, emergencia médico-quirúrgica y anexos, laboratorio de emergencia, secretaría administrativa de departamentos clínicos, archivo de placas y biblioteca. **Nivel Plaza**: Servicio de obstetricia y ginecología, urología, cirugía general. **Nivel Mezzanina**: Servicio de gastroenterología, endocrinología y nefrología. **Primer Piso (T1)**: Unidad de cuidados intensivos (UCI). **Segundo Piso (T2)**: Hospitalización de cirugía general. **Tercer Piso (T3)**: Hospitalización

de especialidades quirúrgicas. **Cuarto Piso (T4)**: Hospitalización de especialidades médico-quirúrgicas. **Quinto Piso (T5)**: Hospitalización de especialidades médicas. **Sexto Piso (T6)**: Hospitalización de especialidades médicas. **Séptimo Piso (T7)**: Hospitalización pediátrica de infantiles y patología neonatal infectada. **Octavo Piso (T8)**: Hospitalización pediátrica preescolar y escolar. **Noveno Piso (T9)**: Unidad de cuidados mínimos, unidad de diálisis.

SECTOR C

Nivel Servicio: Vestuario de médicos, enfermeras y estudiantes. **Nivel Emergencia**: Emergencia pediátrica, consulta pediátrica, consulta general de niños, consulta de puericultura, departamento de radio diagnóstico, radioterapia, servicio de exploración funcional, neumonología, dermatología, departamento de farmacia, departamento de historias médicas y archivos clínicos. **Nivel Plaza**: Higiene del adulto, servicios de hematología y banco de sangre, odontología, consulta general adultos, servicio social, cafetería general, distribución de medicinas (rebotica), departamento de intendencia, departamento de servicios generales, oficina de personal, central telefónica, admisión a hospitalización. **Nivel Mezzanina**: Servicio de oftalmología y otorrinolaringología, departamento de laboratorio general, medicina física y rehabilitación, sala de reuniones, departamento de epidemiología, dirección del Hospital.

Nota: muchos de estos servicios fueron reubicados en el Hospital de Niños y el edificio administrativo. Se eliminó la mayoría de los salones de clase para alojar los equipos de tomografía y resonancia magnética, así como el *bunker* de oncología.

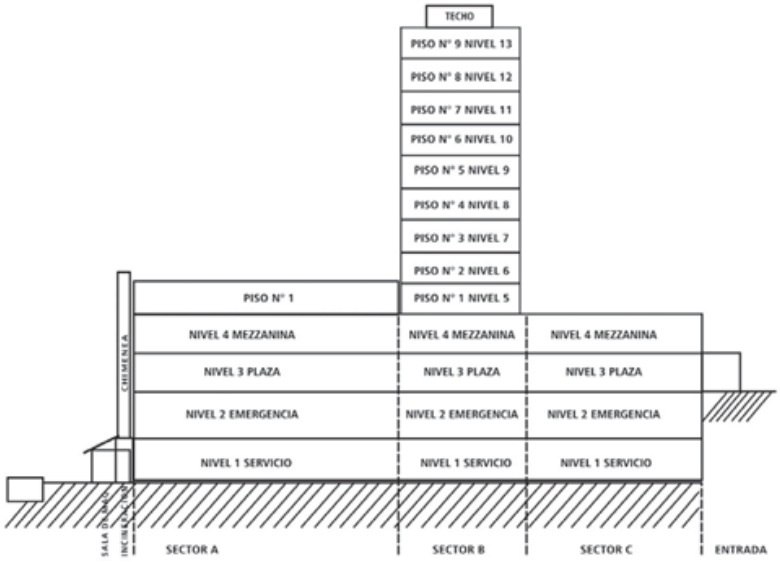


Figura 4. Corte esquemático vertical del HULA indicando sus sectores y niveles.
Fuente: Fariña N. (2017)[10].

Nuevas ampliaciones

Para 2009, el área de construcción del HULA era de 38.082,86 m^2; incluyendo la

ampliación de las emergencias adultos, obstétrica y pediátrica; Edificio administrativo; Edificio Inmunología Clínica; Edificio de Oncología; Edificio de Cardiología (no concluido) y Edificio de Reumatología (no concluido)[14]. El HULA está constituido por los siguientes ambientes físicos: Parte central, Unidad de Larga Estancia (antiguo Sanatorio Antituberculoso Venezuela), con un total de 779 camas distribuidas así: Hospital de agudos (599); Unidad de larga estancia (180); Diez quirófanos y tres salas de partos[15].

En dos meses estará funcionando a toda capacidad el hospital universitario

Dos meses es el tiempo calculado para poner a funcionar a capacidad completa el HULA, que la semana pasada inauguró actividades con el servicio de Pediatría, como lo mencionó el Dr. Raúl Arellano para el diario El Vigilante, agregando que este departamento es responsable de las actividades relacionadas con la población sana o enferma por debajo de los 14 años, para lo cual cuenta con las consultas generales, especializadas, una emergencia pediátrica, una sala de rehidratación con cuarenta plazas, así como un quirófano y 90 camas distribuidas en pediatría general (58), patología neonatal infecciosa (16) y patología neonatal no infecciosa (16)[16].

La magnitud del nuevo hospital crea problemas para su manejo y funcionamiento

En la fase inicial de su operación y funcionamiento que ya comenzó en algunos aspectos, el HULA está planteando dificultades y tropiezos que se traducen por ahora en imprecisión y demora en el funcionamiento de los servicios asistenciales. Las fuentes que dieron a conocer esta versión, dijeron que era lógico que esto sucediera a pesar de todas las providencias tomadas para evitar estas deficiencias (…) es necesario un proceso de reajuste y adaptación de un personal médico y paramédico que apenas está conociendo el inmenso edificio y como quien dice, aprendiendo a moverse en él[17].

Al respecto, el alto ejecutivo del moderno instituto asistencial, Dr. Arellano, refirió que no es una empresa fácil acoplarlo todo para proyectar hacia la comunidad la plena acción del HULA, las intensas y complicadas labores de organización desarrolladas con anterioridad estaban dando fruto y que todo el personal estaba tomando plena conciencia de su responsabilidad. Los diversos servicios se irán incorporando, de modo que, en términos de unos 60 días, todo el hospital pueda estar en marcha. No precisó cuáles serán las dependencias que seguirán de inmediato al servicio de pediatría. Valdría la pena que muchos merideños, en demostración de sano interés por los progresos y logros de la ciudad, fueran a visitarlo, para que se dieran cuenta, de todo lo que hay por dentro y concluyeran de una vez por todas que el funcionamiento de ese instituto asistencial modifica radicalmente, mejorándolas, las condiciones asistenciales de la ciudad y del Estado, a despecho de todo lo que se pueda decir en contrario[18].

La mudanza de las instituciones hospitalarias de la ciudad para el nuevo hospital

Poco a poco se fueron mudando las diferentes instituciones médicas de la ciudad como el Hospital Los Andes, la Maternidad Mérida, el Sanatorio Antituberculoso Venezuela y la Unidad Sanitaria. A continuación, detallamos algunos aspectos de los diferentes departamentos y servicios.

En el HULA y el Hospital Central de Maracay se puso en práctica el modelo de APJ al paciente. Específicamente, nuestro hospital, abrió las puertas al público en 1973[19], bajo esa modalidad, donde los pacientes pueden acceder por las emergencias según la patología que los aqueje y a través de las consultas externas de las diferentes especialidades. En los servicios de emergencias, el paciente debe permanecer por un lapso de 24 horas; si su problema no puede ser resuelto en esa instancia, ingresa a la de Unidad Cuidados Mínimos por 48 horas, de allí es referido a su domicilio o ingresa a la Unidad de Agudos. Dependiendo de la patología, ingresa directamente a la Unidad de Agudos, cuyo tiempo de estadía no debe ser mayor de 10 días, y de allí se refiere a la Unidad de Larga Estancia (90 días de hospitalización). A la Unidad de Cuidados Intensivos ingresan aquellos pacientes muy graves (Figura 5).

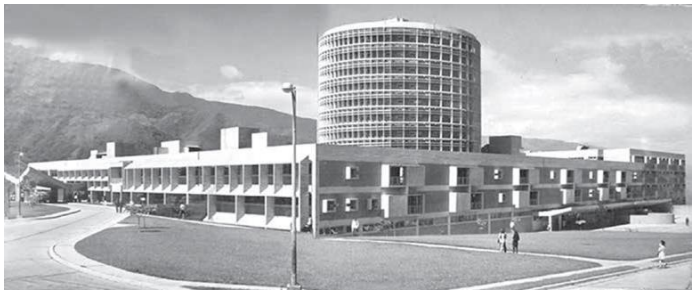


Figura 5. HULA. 1973.
Fuente: Fariña N. (2017)[10].

Asimismo, el HULA tenía bajo su control los ambulatorios Central (hoy El Llano), Venezuela y Belén, donde se implementó la medicina integral en horario matutino y vespertino. Se dividió la ciudad en áreas de influencia alrededor de esos ambulatorios y se instaló el sistema de referencias y contrarreferencias de estos o las medicaturas. Los pacientes tenían que acudir primero a estas instancias prestadoras de salud para poder acceder a las consultas o servicios en el complejo hospitalario. Lamentablemente, este programa no tuvo continuidad en el tiempo. Por todo lo antes expuesto, el hospital se convirtió en distrital, regional y de especialidades. Su área de influencia abarca los estados Táchira, Zulia (sur del Lago) Trujillo, Barinas, Portuguesa, Alto Apure, norte de Santander y, por supuesto, Mérida.

Autoridades del hospital universitario al inicio de sus actividades (1972-1973)

Director general, Dr. Raúl Arellano Moreno (Figura 6)[19]; Director adjunto de atención médica directa, Dr. Justo Miguel Bonomie; Director adjunto administrativo, Dr. José Emiliano Briceño; Director adjunto de atención médica y colaboración diagnóstica, Dr. Alfredo Gonzáles y Directora adjunta docente, Dra. Isabel María Delgado Saavedra. Además de contar con el personal necesario en todas las oficinas administrativas y departamentos: Secretarias de la Dirección, Jefe de Personal, Administrador, Contadora, Kardista, Bienes Nacionales, Depósitos, Servicios Generales, Mantenimiento, Secretarias MSAS[20], Secretarias ULA[21], Departamento de Personal, Departamento de Intendencia y Administración, Departamento de Servicios Generales.



Figura 6. Director general del HULA, Dr. Raúl Arellano Moreno. 1972.
Fuente: Fariña N. (2017)[10].

Jefes de departamento y servicios médico-quirúrgicos y especialistas al inicio de las actividades del hospital universitario (1973-2007)

Jefe del Departamento de Cirugía, Dr. Justo Miguel Bonomie; Departamento de Medicina Interna, Dr. Eloy Dávila Celis; Departamento de Ginecología y Obstetricia, Dr. Eulogio Angulo Gómez; Departamento de Pediatría, Dr. José R. Abzueta; todos con sus respectivos jefes de cada especialidad o servicios y los fundadores[10,19].

COMENTARIO FINAL

No obstante, los tropiezos y comentarios negativos, se inauguró el HULA, mejorando sustancialmente la calidad de los servicios por la AMJ implementada, el ingreso de nuevo personal, la dotación de equipos y material, la sectorización de la población, el convenio MSAS-ULA, entre otros aspectos de gran importancia. Por último, cabe mencionar que, a partir del 14 de agosto de 1995, el HULA pasó a llamarse Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), sobre el que el autor tiene mucho que relatar, esperamos contar con ello en una próxima reseña.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Asistencia Médica Individual y Seguridad Social. Informe de un Comité Mixto de Expertos OIT/OMS. Ginebra: OMS; 1971.
2. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.
3. Organización de Estados Americanos/Organización Panamericana de la Salud. Grupo de Estudio sobre Coordinación de la Atención Médica, 4-8 de agosto de 1969. Seguridad Social, México, D. F., noviembre-diciembre 1969.
4. Motezuma J. Primer ensayo de atención médica jerarquizada en un hospital venezolano. Temas de atención médica progresiva, pp. 77- 88. Caracas: Ediciones del Ministerio de Sanidad; 1983.
5. Trescientas sesenta y cuatro camas entraron en funcionamiento en su primera etapa. Últimas Noticias. 26 de diciembre de 1972: 39.

6. El personal del nuevo Hospital Universitario de Los Andes. Últimas Noticias. 28 de diciembre de 1972: 22.
7. Declaración conjunta de principios entre la Universidad de Los Andes y el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Archivo histórico de la ULA. Convenios Interinstitucionales. Mérida-Venezuela; 1972.
8. Sanidad y Universidad de Mérida firmaron convenio de colaboración. Últimas Noticias. 28 de diciembre de 1972: 22.
9. Inauguración del Hospital Universitario de Los Andes por el Presidente de la República doctor Rafael Caldera 4. El Universal. 23 de diciembre de 1972: cuerpo 2, 6.
10. Fariña N. El Hospital Universitario de Los Andes. Cuarenta y cinco años de historia. Mérida, Venezuela; 2017.
11. Cuestionado por los médicos fue inaugurado en Mérida el Hospital Universitario. El Nacional. 23 de diciembre de 1972: 5.
12. Rondón J. Datos técnicos del Hospital. Papeles de trabajo. Mérida, Venezuela; 2011.
13. Fariña N. Estructura del edificio. Papeles de trabajo. Mérida, Venezuela; 1999.
14. Rondón J. Nuevas ampliaciones. Papeles de trabajo. Mérida, Venezuela; 2012.
15. Universidad de Los Andes. Comisión organizadora. Distribución de camas. Mérida, Venezuela; 1970.
16. En dos meses estará funcionando a toda capacidad el Hospital Universitario. El Vigilante. 1 de febrero de 1973: 1.
17. La magnitud del nuevo hospital crea problemas para el manejo y funcionamiento del mismo. El Vigilante. (1973) 20 de enero de 1973: 3.
18. El Dr. Raúl Arellano, habla sobre los servicios de pediatría en el nuevo hospital. El Vigilante. 19 de enero de 1973: 6.
19. Fariña N. Papeles de trabajo. Mérida, Venezuela; 1999.
20. Universidad de Los Andes. Oficina de Personal (1973-1980). Mérida, Venezuela; 1980.
21. Universidad de Los Andes. Facultad de Medicina. Archivo (1973-1980). Mérida, Venezuela; 1980.

Esta versión digital de la revista ***Enfermería, Historia e Investigación (EHI)****, se realizó cumpliendo con los criterios y lineamientos establecidos para la edición electrónica en el* ***Volumen 11, Número 2 (2024)****, publicada en el repositorio institucional SaberULA. Universidad de Los Andes – Venezuela*

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