



Vol.9 Núm. 2
Julio - Diciembre 2025

Editorial

Cumplimiento Aplicación de la bioestadística en la salud pública: reflexiones sobre la enseñanza

Artículos de investigación

Cumplimiento del indicador trato digno por estudiantes de enfermería en la atención de pacientes.

Validación del instrumento "Satisfacción de la educación a distancia en estudiantes durante la pandemia COVID-19".

Estudio de caso

Estudio de caso de paciente sometida a colpectomía por cistocele con enfoque en el proceso de atención de enfermería.

Proceso enfermero en adulto mayor con fractura peritrocantérica bajo la teoría de síntomas desagradables.

Proceso de atención de enfermería en una adolescente con crisis convulsiva de inicio.

Artículo de revisión

Estrategias educativas y su impacto en la salud menstrual de niñas y adolescentes. Una revisión narrativa.



Reserva de derechos al uso exclusivo **04-2016-082915573100-203**. Facultad de Enfermería ubicada en el Campus de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Yucatán, C. 90 s/n x 59 y 59ª Contiguo al Hosp. O'Horán, Código Postal 97000. Tel. 924-22-16 Ext. 35106, Fax 928-52-50 Ext. 1028.



Volumen 9, Número 2

Julio - diciembre de 2025

Comité Editorial

MCE. Eloisa Beatriz del Socorro Puch Ku
MINE. Lucy Minelva Oxté Oxté
Dr. Antonio Yam Sosa
ISC. Glendy del Pilar Pérez Góngora
Universidad Autónoma de Yucatán, México

Consejo editorial

Dr. Milton Carlos Guevara Valtier
Universidad Autónoma de Nuevo León

Dr. Gloria de los Ángeles Uicab Pool
Universidad Autónoma de Yucatán

Dra. Carolina Elizabeth Medina
Escobedo
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dra. Elsa María Rodríguez Ángulo
Universidad Autónoma de Yucatán

Dra. Patricia I. del S. Gómez Aguilar
Universidad Autónoma de Yucatán

MSP. Ligia María Rosado Alcocer
Universidad Autónoma de Yucatán

Dr. Saul May Uitz
Universidad Autónoma de Yucatán

Dr. Martin Castro Guzmán
Universidad Autónoma de Yucatán

CONTENIDO

ARTÍCULOS	Página
EDITORIAL Aplicación de la bioestadística en la salud pública: reflexiones sobre la enseñanza Ligia María Rosado-Alcocer	1
ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN Cumplimiento del indicador trato digno por estudiantes de enfermería en la atención de pacientes Nayeli Castrejón-Colin Diana Krystal Flores-García Marisol Jiménez-Salinas <i>Universidad Autónoma de Querétaro. Facultad de Enfermería</i>	3
Validación del instrumento Satisfacción de la educación a distancia en estudiantes durante la pandemia COVID-19 Lizbeth Paulina Padrón-Aké <i>Universidad Autónoma de Yucatán. Facultad de Enfermería.</i> Reyna Beatriz Rendón-Osorio <i>Universidad Autónoma de Yucatán. Facultad de Química.</i> Lizbeth Josefina González-Herrera <i>Universidad Autónoma de Yucatán. Centro de Investigaciones Regionales.</i> Lucila Edith Polanco-Reyes <i>Universidad Autónoma de Yucatán. Centro de Investigaciones Regionales.</i> Rafael Hoyos-Pinzón <i>Universidad Autónoma de Yucatán. Facultad de Odontología.</i> Moisés Natanael de los Santos-Rodríguez <i>Universidad Autónoma de Yucatán. Facultad de Medicina.</i>	14
ESTUDIOS DE CASO Estudio de caso de persona sometida a colpectomía por cistocele con enfoque en el proceso de atención de enfermería María José García-Torres Ashanty Rivero-Cauich Nadely Patricia Ramírez-Ojeda Arlene Lilian Moguel-Palma <i>Universidad Autónoma de Yucatán. Facultad de Enfermería</i>	26

Proceso enfermero en un adulto mayor con fractura peritrocantérica bajo la teoría de síntomas desagradables Blanca Selene Muñoz-Zacarias Isaí Arturo Medina-Fernández María Magdalena Delabra Salinas <i>Universidad Autónoma de Coahuila. Facultad de Enfermería.</i> Martín Pantoja-Herrera <i>Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra</i> Josué Arturo Medina Fernández <i>Universidad Autónoma de Quintana Roo. División de Ciencias de la Salud</i>	41
Proceso de Atención de Enfermería en una Adolescente con Crisis convulsiva de inicio Ailed Hernández-Sánchez Daniela Miranda-Sarracino Yadira Mateo-Crisóstomo Griselda Hernández-Ramírez María del Carmen Osorio-Aquino Francisco Javier Velázquez-Magaña2 <i>Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. División Académica de Ciencias de la Salud</i>	56
ARTÍCULO DE REVISIÓN Estrategias educativas y su impacto en la salud menstrual de niñas y adolescentes. Una revisión narrativa. Claudia Patricia Motta-León Luisa Alejandra Aguilar-Bernal <i>Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Escuela de Enfermería.</i> Octavio Islas-Estrada <i>Universidad Autónoma de Nayarit. Unidad Académica de Medicina.</i>	75

EDITORIAL

Aplicación de la bioestadística en la salud pública: reflexiones sobre la enseñanza

Application of biostatistics in public health: reflections on teaching

Ligia María Rosado-Alcocer

Universidad Autónoma de Yucatán. Facultad de Enfermería. México.

En Europa, en el siglo XVI, la estadística inició con el propósito de determinar la carga de impuestos, así como para reclutar a personas para el ejército. La estadística de salud, comenzó con la Iglesia Católica que documentaba los nacimientos y la mortalidad. En esta época existieron personajes que contribuyeron con el desarrollo de la Estadística Sanitaria, entre los que destacaron Thomas Sydenham, John Graunt, William Petty y John Arbuthnot(1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la VII Reunión celebrada en Washington en 1949 establecieron el certificado médico de defunciones con tres apartados que debían llenarse con precisión: a. enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente, b. causas, antecedentes, estados morosos si existiere alguno que produjeron la causa anteriormente consignada, manteniéndose en último lugar la causa básica fundamentalmente y c. otros estados patológicos significativos.

La estadística aplicada al área de la salud, denominada bioestadística, se ha

impartido para la formación de profesionales de Enfermería, Medicina, Química, Odontología, en otras. Siendo probable que, esta asignatura no sea de constante aparición en las modificaciones de los planes de estudio a través del tiempo. Este cuerpo de conocimiento ha permeado no solo en la formación a nivel licenciatura, sino también en los posgrados, pero sobre todo en la salud pública. Siendo el propósito de esta última, mejorar la salud de la población, prevenir enfermedades y lesiones, así como promover estilos de vida; todo ello, a través de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) que son las capacidades de las autoridades de dicha área, en todos los niveles institucionales y junto con la sociedad civil, para fortalecer los sistemas y garantizar un ejercicio pleno del derecho a la salud actuando sobre los factores de riesgo y los determinantes sociales que tienen un efecto en la población(2)

Desde la observación y escucha activa en los escenarios de aprendizaje, los estudiantes de pregrado y posgrado mencionan que, al inicio de su formación no le proporcionan la importancia necesaria a la asignatura de bioestadística; pero, cuando

deciden formarse en el área de salud pública, comentan acerca de la relevancia de tener conocimientos básicos sobre bioestadística y epidemiología requeridas en la investigación en dicha área.

De igual manera, se ha analizado que, si el estudiante no lee de manera constante artículos científicos donde se aplique la bioestadística o que en sus actividades profesionales no tenga una aplicación de la misma, estas habilidades adquiridas se van desvaneciendo conforme pasa el tiempo. Y cuando llega el momento de administrar alguna institución de salud o algún programa prioritario, se dificulta evaluar la eficacia o impacto de las mismas para poder hacer intervenciones de salud pública de mejora continua.

Posiblemente, esta disminución de habilidades en el manejo de la bioestadística pudiera deberse al corto tiempo en el que se imparte la asignatura en los programas educativos, o también a las estrategias de enseñanza-aprendizaje. Sin embargo, en la actualidad recobró importancia al presentarse la pandemia del SARS-CoV-2 que retomó análisis estadísticos y epidemiológicos importantes para analizar la dinámica de la enfermedad, letalidad, tasa de contagio, mortalidad, entre otros.

En México, en los programas de estudio de Especialidad y Maestría en Salud Pública, la asignatura de bioestadística cuenta con los siguientes números de créditos (Figura 1 y 2); sin embargo, es

importante comentar que hay programas educativos que lo tienen como asignaturas optativas, y existen otras, que en la malla curricular no se observan.

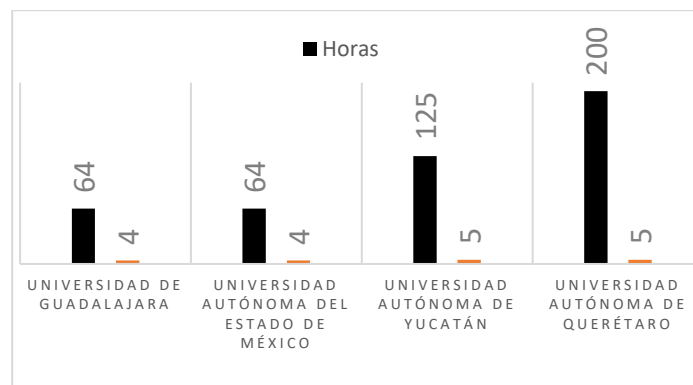


Figura 1. Número de horas y créditos de la asignatura de Bioestadística. Especialidad en Salud Pública por Universidad.

Fuente: Elaboración propia

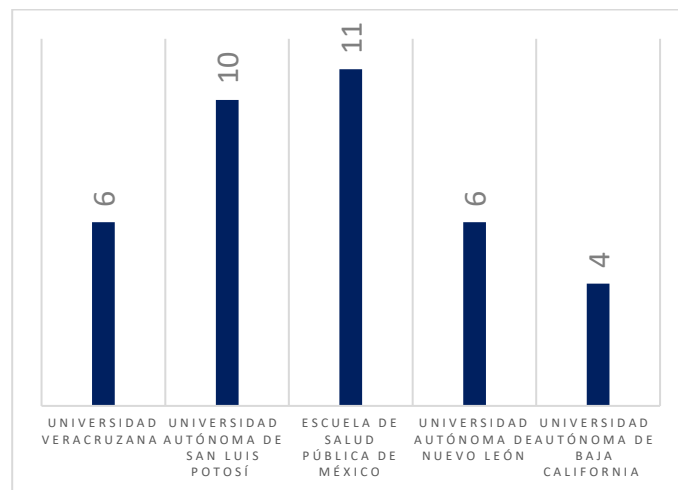


Figura 2. Número de Créditos de la asignatura de Bioestadística. Maestría en Salud Pública por Universidad

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con la Asociación de Escuelas y Programas de Salud Pública (ASPPH, por sus siglas en inglés), menciona que existen cinco áreas de competencia, las cuales son: 1. Bioestadística, 2. Ciencias de la Salud Ambiental, 3. Política y Gestión en Salud, 4. Epidemiología y 5. Ciencias Sociales y del Comportamiento. De igual manera, deben estar presentes siete áreas transversales: a. Comunicacionales, b. Diversidad y Cultura, c. Liderazgo, d. Profesionalismo y Ética, e. Planificación y Evaluación de Programas, f. Biología de la Salud Pública y g. Análisis de los Sistemas de Salud(3).

Para concluir, se deben reflexionar estas características al momento de crear o

modificar los programas educativos en las diversas universidades públicas y/o privadas, con la finalidad de mejorar las competencias del personal que ejerce la salud pública y, por ende, esta formación impactará en el bienestar de la población mexicana.

Referencias:

1. López-Moreno, Sergio, Francisco Garrido-Latorre, and Mauricio Hernández-Ávila. "Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica." *Salud Pública de México* 42 (2000): 133-143.
2. Organización Panamericana de la Salud. *Funciones esenciales de la salud pública*. Washington, D.C.: OPS, 2020
3. Asociación de Escuelas y Programas de Salud Pública. *Core Competencies for Public Health Professionals: Revised and Adopted by the Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice*: June 26, 2014

ARTÍCULO ORIGINAL

Cumplimiento del indicador trato digno por estudiantes de enfermería en la atención de pacientes

Compliance with the indicator of dignified treatment by students of nursing in patient care

Nayeli Castrejón-Colín¹, Diana Krystal Flores García¹, Marisol Jiménez Salinas¹

RESUMEN

Introducción. El trato digno es fundamental en la relación enfermera-paciente, este aspecto es crucial para la atención que reciben los pacientes durante su proceso de salud y enfermedad, **Objetivo.** Evaluar el nivel de cumplimiento del indicador trato digno por parte de los estudiantes de Enfermería a los pacientes en un hospital de segundo nivel de atención. **Método.** Estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. Los pacientes del Hospital General Regional fueron el universo y aquellos que recibían atención por parte de estudiantes de Enfermería formaron la población. Se utilizó el "Formato de concentración F2-TDE/02, trato digno por enfermería". **Resultados.** La población estuvo conformada por 80 pacientes, 52 son mujeres y 28 hombres de los servicios de urgencias, medicina interna y cirugía". De ellos 74 afirman haber obtenido una explicación sobre los cuidados que recibían, 77 afirman ser saludados de forma amable, 76 de los usuarios manifiesta que se interesan en asegurarles una estancia agradable en el hospital, 78 pacientes expresan que procuran ofrecerles intimidad y/o pudor, 75 de ellos asegura sentirse seguro con la atención brindada, 79 confirman ser tratados con respeto, 71 afirman haber obtenido enseñanza sobre los cuidados que deben realizar, 74 refieren que hay continuidad las 24 horas del día en los cuidados y finalmente 76 están satisfechos con el trato que se les brinda. **Conclusión.** El 95% de los pacientes indicó satisfacción con el trato que le brindan los estudiantes de Enfermería, lo que indica un alto nivel de cumplimiento del indicador trato digno.

Palabras clave: Indicador, Estudiantes de enfermería, Paciente

ABSTRACT

Introduction. Dignified treatment is fundamental in the nurse-patient relationship; this aspect is crucial for the care patients receive throughout their health and illness processes. **Objective.** Evaluate the level of compliance of the indicator dignified treatment by nursing students to patients in a second level hospital. **Method.** Quantitative, descriptive study and cross-sectional approach. The patients of the Regional General Hospital were the universe and those who received care from Nursing students they formed the population. The "F2-TDE/02 concentration format, dignified treatment by nursing" was used. **Results.** The population consisted of 80 patients, 52 women and 28 men from the emergency, internal medicine and surgery services. Of these, 74 claim to have received an explanation about the care they received, 77 claim to be greeted in a friendly manner, 76 of the users state that they are interested in ensuring their pleasant stay in the hospital, 78 patients express that they try to offer them privacy and/or modesty, 75 of them claim to feel safe with the care provided, 79 confirm that they are treated with respect, 71 claim to have received instruction on the care they should provide, 74 report that there is 24-hour continuity in care and finally 76 are satisfied with the treatment they receive. **Conclusion:** 95% of patients indicated satisfaction with the treatment provided by nursing students, indicating a high level of compliance with the dignified treatment indicator.

Keywords: Indicator, Nursing students, Patient

¹Universidad Autónoma de Querétaro. Facultad de Enfermería. Querétaro, México.

Recibido: 02 de agosto de 2024
Aceptado: 01 de abril de 2025
Publicado: 15 de julio de 2025

Correspondencia para la autora: Marisol Jiménez Salinas. Cerro el nabo 313 privada Juriquilla, Querétaro, México.
soj7613@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Según Hernández (¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.), a nivel mundial, la atención a la salud se considera como uno de los servicios con mayor demanda, el personal de enfermería tiene gran implicación en las instituciones ya que los servicios que ofrece tienen mayor cobertura en todos los niveles de atención, colocándolos como uno de los pilares de los recursos humanos que proporcionan sus servicios a toda la población.

Como dice Nava et al. (2) al evaluar la calidad de los servicios de salud, la satisfacción del usuario es un aspecto prominente para considerar, como parte sustantiva de la atención, además de ser una estrategia para valorar el resultado final del servicio de salud. Por ello, se puede decir que, aun siendo indicador de calidad, el trato digno, muestra el componente que humaniza la prestación del cuidado de enfermería, partiendo de considerar a enfermería como ciencia humana y arte que estudia el proceso salud-enfermedad a través de la íntima relación profesional, personal, científica, estética y ética.

El indicador “trato digno por enfermería” fue creado en el marco de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, esta cruzada surgió como respuesta a la problemática puesta de manifiesto en la “Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud 2000” en donde la población señaló que el nivel de calidad de los servicios de salud había empeorado con relación a los datos que se tenían en 1994, en

los que se mencionaba que cuatro de cada diez mexicanos se quejaron de la falta de amabilidad del personal médico y calificaron el nivel de calidad de los servicios de salud por abajo de los servicios de: agua y drenaje, teléfonos y transporte público (3) .

El Programa de Acción de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud concebía la calidad de los servicios de salud desde dos perspectivas: Servicios médicos efectivos y trato digno; cuyas características eran: Respeto a los derechos y características individuales de los usuarios, a partir de la identificación y evaluación periódica de sus necesidades y expectativas, sobre el servicio de salud que reciben, información completa, veraz, oportuna y entendida por el paciente o por quien es responsable de él o de ella, interés manifiesto en la persona y amabilidad, así mismo una atención médica efectiva. Como parte importante de esta Cruzada surge el “Programa de Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería” y establece la incorporación de una serie de indicadores, que permitieran identificar el grado de cumplimiento de los estándares de calidad de la atención proporcionada por el personal de enfermería, dentro de los cuales se incluía el indicador “Trato digno por enfermería” (3). Los sustentos para la implementación del indicador fueron el contenido del Código de Ética para los Enfermeros en México, publicado por la entonces Comisión Interinstitucional de Enfermería, hoy Comisión Permanente de Enfermería, en el

que se incluyen los deberes de los enfermeros en México, entre los que ocupa un lugar preponderante el capítulo de los deberes para la "persona" (3).

Como afirma López (4) de acuerdo con un estudio descriptivo realizado en un hospital de tercer nivel de atención en Nicaragua determinó la percepción de los pacientes en relación con el trato digno en la atención de enfermería con una muestra de 120 pacientes, la recopilación de la información fue a través de un instrumento internacional utilizado en México. El 85% conoce el significado de trato digno, al igual que los deberes y derechos de pacientes; el 36% percibió el trato digno por enfermería como "Muy Bueno", de los criterios evaluados el de mayor percepción fue de 99% "la enfermera le explica sobre los cuidados o actividades que le va a realizar y en 98% "la enfermera lo saluda en forma amable".

Por otro lado, en el trabajo realizado en la ciudad de México por Martínez, et al. (5), se evaluó la percepción de trato digno como indicador de calidad en el área de hospitalización en una institución de salud y se obtuvo que el 53% son féminas con una media de edad de 56 años; el 27% tienen el nivel académico de licenciatura y el 59% son casados (as). El trato digno percibido es muy bueno. El indicador del trato digno mayor percibido es cuando el personal de enfermería trata con respeto al paciente en el 86% de los casos, y en el que se presenta con éste en un 82%. Los indicadores con menos percepción son el uso adecuado del

lenguaje con un 50% y el proporcionar una estancia agradable en un 47%.

En los estudios anteriores se observan resultados diferentes, aunque la disparidad puede deberse a una variación en el nivel de conocimiento del trato digno, la divergencia en los resultados también puede deberse a que los medios utilizados para realizar la medición del trato digno y los parámetros asignados para determinar un trato digno "adecuado" son distintos. Lo anterior plantea la necesidad de realizar más investigaciones sobre el tema de forma regional, para medir el nivel de cumplimiento del indicador trato digno en la atención de pacientes por estudiantes de enfermería, debido a que otro punto importante es que se encontraron muy pocos estudios que hablaran específicamente del trato digno de los estudiantes, así mismo establecer una medición estandarizada y para el desarrollo de estrategias que busquen fomentar el trato digno en la atención, teniendo como finalidad primordial el bienestar del paciente.

La formación de recursos humanos en México, específicamente para Enfermería en el nivel superior, requiere la realización de estudios durante un periodo aproximado de tres a cuatro años más el año de la prestación del Servicio Social y a lo largo de este periodo el estudiantado realiza prácticas en ámbitos hospitalarios y comunitarios. Un estudiante de enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro durante sus prácticas hospitalarias, que se llevan a cabo en

hospitales de segundo y tercer nivel de atención, se basa en el conocimiento de la persona desde una perspectiva integral que la interrelaciona con su entorno sociocultural y ambiental (estructura del cuerpo humano, desarrollo psicológico, sociedad y apoyo social), es por esto que es necesario comprender la necesidad de involucrar a los estudiantes de enfermería en el logro de competencias para brindar un cuidado humanizado soportado por sólidos conocimientos teóricos que se incorporen con habilidad, empatía, vocación, paciencia y respeto por la dignidad de la persona.

A partir de la información presentada anteriormente, se establece el propósito de evaluar el nivel de cumplimiento del indicador trato digno por parte de los estudiantes de Enfermería a los pacientes en un hospital de segundo nivel de atención en el estado de Querétaro, con el planteamiento de la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de cumplimiento del indicador trato digno en la atención de pacientes por estudiantes de enfermería?

MATERIALES Y MÉTODO

Se eligió un enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo y la recolección de datos se realizó en un solo momento. En cuanto al universo de trabajo, este fue constituido por los pacientes del Hospital General Regional #2 y la población seleccionada la conformaron los pacientes atendidos por estudiantes de enfermería. El muestreo empleado fue el no probabilístico por conveniencia se seleccionó a 80 pacientes: mayores de 18 años que estuvieran hospitalizados en los servicios de urgencias, medicina interna, ginecología y cirugía general que tuvieran mínimo 24h de estancia hospitalaria, y que fueran atendidos por estudiantes de la Licenciatura de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro.

La información fue recolectada por medio del “Formato de concentración F2-TDE/02, trato digno por enfermería” el cual

de acuerdo al manual de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería se requiere una calificación mínima de 95% para asegurar un alto nivel de percepción de trato digno.

El instrumento fue aplicado por las investigadoras en el turno matutino, los pacientes excluidos fueron los que tenían menos de 24 h de estancia hospitalaria, se atendieron los aspectos bioéticos determinados de forma nacional e internacional para la investigación. Este estudio fue evaluado y autorizado por el Subcomité de Investigación y el Comité de Bioética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro con número de registro 566/FE-SI-28-09-23(LE) y en cumplimiento de las normas establecidas por la Ley General de Salud, los principios de

la Declaración de Helsinki y el Código de Nuremberg.

El instrumento que recabó la información fue propuesto por la Subsecretaría de innovación y calidad, a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, y de la Comisión Interinstitucional de Enfermería en el año 2002, durante el desarrollo del proyecto Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería, dicho instrumento fue elaborado por equipo de trabajo con representantes de enfermería de diferentes instituciones tanto públicas como privadas y está integrado por 11 preguntas dicotómicas de respuesta afirmativa o negativa que evalúan la percepción que tiene el paciente o familiar del trato y la atención proporcionada por el personal de enfermería durante su internamiento.

Previamente se informó a los pacientes el objetivo de la investigación, en que consiste su participación y la importancia de esta, posterior a su autorización se les pidió que firmaran el consentimiento informado para resguardar su confidencialidad y protección.

El protocolo fue sometido a las instancias correspondientes para su evaluación y aprobación, consecutivamente se procedió a realizar la solicitud para la realización de la prueba piloto de la recolección definitiva de los datos en la institución correspondiente. El instrumento utilizado cuenta con un coeficiente de Kuder-Richardson de 0.80 y se justifica con dicho coeficiente por ser el más adecuado al formato dicotómico de las respuestas del cuestionario (Brito-Ortiz et al., 2019). En relación del cuestionario del indicador trato digno en la presente prueba piloto se presentó un alfa de Cronbach de .94, presentando un alto nivel de cumplimiento de los criterios.

Con la información recolectada se construyó una base de datos y para el análisis de estos se empleó la estadística descriptiva por medio del programa IBM SPSS versión 26 con licencia para la misma universidad. El estudio consideró los aspectos éticos para la investigación establecidos en la ley nacional e internacional para investigación.

RESULTADOS

Se analizaron los datos de 80 pacientes atendidos por estudiantes de Enfermería en un hospital de segundo nivel de atención de enero a febrero del 2024. La edad media de los participantes es de 20 años $\pm$ con un rango de 18 a 25 años y la caracterización de la población en estudio se resume en la tabla 1: el sexo predominante fue el de mujeres con un porcentaje de 65%,

aproximadamente la mitad se encuentra casado (a), por otro lado 33 pacientes son empleados y 32 se dedican al hogar y sólo el 62.5% son originarios del estado de Querétaro, por último, la mayoría de la recolección de datos siendo un 32.5% se llevó a cabo en Cirugía General debido al alta de demanda de pacientes (ver tabla 1).

Tabla 1. Relación de variables sociodemográficas

		Frecuencia	Porcentaje
Edad	18-25	22	27.5
	26-35	18	22.5
	36-49	17	21.3
	>50	23	26.7
Sexo	Mujer	52	65
	Hombre	28	35
Estado civil	Soltero (a)	21	26.3
	Casado (a)	44	55
	Viudo (a)	6	7.5
	Unión libre	9	11.3
Ocupación	Empleado	33	41.3
	Desempleado	1	1.3
	Hogar	32	40
	Estudiante	7	8.8
	Jubilado	7	8.8
Entidad federativa de nacimiento	Querétaro	50	62.5
	Otro	30	37.5
Servicio	Urgencias	10	12.5
	Medicina Interna	24	30
	Ginecología	20	25
	Cirugía General	26	32.5

Fuente: Elaboración propia

Nota: Información recabada de los participantes. Relación de variables sociodemográficas (Castrejón, Flores, Jiménez, 2024).

Respecto al “Formato de concentración F2-TDE/02, trato digno por enfermería” de la Secretaría de Salud se realizó una base de datos de acuerdo con las 11 preguntas dicotómicas que conforman dicho instrumento.

El 92.5% de los pacientes afirman haber obtenido una explicación sobre los cuidados que recibían, el 96.3% afirma ser saludado de forma amable, el 90% afirma que se dirigen a él por su nombre, el 95% de los usuarios manifiesta que se interesan en asegurarles una estancia agradable en el

hospital, el 97.5% expresa que procuran ofrecerles intimidad y/o pudor, el 96.3% de los usuarios refiere que el personal de enfermería se presenta, el 93.8% asegura sentirse seguro con la atención brindada, el 98.8% expresa ser tratado con respeto, el 88.8% afirma haber obtenido enseñanza sobre los cuidados que debe realizar respecto a su padecimiento, el 92.5% refiere que hay continuidad las 24 horas del día en los cuidados y finalmente el 95% está satisfecho con el trato que se le brinda.

DISCUSIÓN

De acuerdo con Enríquez et. al., (6) el trato digno se refiere a la percepción que tiene el paciente o su familiar sobre cómo fueron tratados en la atención brindada y también se considera un derecho del paciente al recibir atención médica.

Según Corral et al. (7) los profesionales de enfermería establecen interacciones con los familiares y se consideran esenciales la comunicación, el contacto, la proximidad, la expresión emocional y el apoyo. Bajo la premisa anterior, Melita-Rodríguez (8) mencionó que el cuidado humanista es crucial en Enfermería, centrándose en actitudes y comportamientos como respeto, amabilidad, consideración, preocupación, seguridad, confianza y solidaridad.

Algunos de los aspectos más valorados por el paciente y los familiares del cuidado son la intimidad y privacidad de estos, puesto que es una cualidad única para cada persona, tiene un carácter subjetivo y se encuentra

influenciada por múltiples aspectos. Fernández y Ortega (9) menciona que cuando se trata de la profesión de Enfermería, al igual que otras profesiones de la salud, existe un respeto inherente por la privacidad de las personas, e incluso existe un juramento de Florence Nightingale que el personal de Enfermería realiza para defender el derecho a la privacidad.

En lo que respecta a este estudio realizado, se puede decir que el nivel de cumplimiento de los estudiantes de Enfermería con el indicador de trato digno en la atención al paciente es alto ya que el 95% manifestó estar satisfecho con el trato brindado por los estudiantes, puesto que desde su ingreso se presentan con ellos y los llaman por su nombre, les explican los cuidados que van a realizar, procuran que su estancia sea agradable, los tratan con respeto, brindan una continuidad en los cuidados y por ultimo los hacen sentirse seguros a la hora de atenderlos; esto se relaciona con el estudio

que se realizó en un hospital de tercer nivel de atención en Nicaragua donde se recopiló información mediante un instrumento internacional utilizado en México, donde el índice de percepción más alto fue del 99% “la enfermera le explica las actividades que va a realizar” y explicó que el 98% de las personas de enfermería “lo saludó amablemente”, cercanos al promedio con 97% “lo respetaron y le brindaron las condiciones necesarias para proteger su privacidad y/o pudor”. El 95% de los enfermeros se dirigían a los pacientes por su nombre, el criterio menos notorio con un 86% “Se presenta con usted” y un 78% manifestó que le enseña a él y a sus familiares cómo cuidarse respecto a su enfermedad, concluyendo que la percepción del paciente está directamente relacionada con el trato digno que recibe, es decir, siempre que el personal brinde una atención de alta calidad, que respete la dignidad y los derechos de los pacientes, estarán satisfechos con el servicio (10).

De manera similar, un estudio de 2018 de pacientes internados en los Servicios Médicos para Adultos de un hospital de alta complejidad encontró que el 86% de los usuarios sentían que siempre recibían atención humanizada, y la calidad de la atención brindada por los profesionales de Enfermería que los pacientes enfatizaban era consistente con la calidad de la categoría “cualidades del hacer”, es decir, el profesional de enfermería es capaz de identificar sus necesidades, estar disponible para ayudar cuando sea necesario y educarlos (11).

A diferencia, un estudio realizado en pacientes de un Hospital de la Región del Cusco mostró que el 43.8% de los pacientes sintieron que recibieron un nivel moderado de trato digno, el 26% un nivel alto y el 30.2% un nivel bajo, considerando que el nivel bajo y moderado son dominantes (12).

CONCLUSIONES

Los hallazgos científicos obtenidos permitirán a las instituciones de salud y educativas a generar estrategias que mejoren la prestación del cuidado otorgado por estudiantes y, en consecuencia, mejorar la práctica profesional de la Enfermería. Es indispensable escuchar y atender la voz de los pacientes para favorecer la recuperación y la pronta incorporación de estos a su vida

cotidiana, las acciones del estudiantado de Enfermería influyen de forma considerable en el trabajo multidisciplinario que se efectúa durante su hospitalización y este tipo de estudios permite obtener evidencia actualizada y de primera mano. En general, la satisfacción del paciente fue alta, lo que sugiere la importancia para las instituciones formadoras de recursos

humanos en salud, de realizar un análisis específico de la percepción sobre el actuar del estudiantado en la práctica de formación, donde hacen realidad de manera efectiva sus experiencias de atención con el paciente, utilizando conocimientos teóricos estratégicos y las habilidades que se consideran adquiridas; es así, como es posible comprender los aspectos más profundos Y a partir de los resultados reales, proponer estrategias para mejorar y monitorear el proceso de formación profesional .

Financiamiento

Los investigadores no recibieron financiamiento mientras realizaban este estudio.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Disponibilidad de datos

Todos los datos están incluidos en el contenido del artículo

REFERENCIAS

- Hernández, T. L. E., Díaz, O. A., Martínez, L. J. F., & Gaytán, H. D. Educación de Enfermería en el Cuidado Humanizado. Escola Anna Ney. 2018; 22 (1). Disponible en: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0275>
- Nava, L A., Salgado, C. M. A., y Torres, B. T. J. Nivel de satisfacción de trato digno que ofrecen las enfermeras a pacientes en hemodiálisis del Hospital Regional Vicente Guerrero [Tesis de especialidad, Universidad Autónoma de Guerrero]. 2019. Repositorio Institucional de Ciencia Abierta. Disponible en: <http://ri.uagro.mx/handle/uagro/2444>
- Negrete-Arredondo, M. Trato digno: Reto cotidiano, Revista CONAMED. 2009; 33-36. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2009/cons091g.pdf>
- López, M. Percepción que poseen los usuarios hospitalizados en relación al trato digno en la atención de enfermería del servicio semi privado Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños. 2017. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1007712>
- Martínez, S., Gómez, F., Lara, M. Percepción y cumplimiento del trato digno como indicador de calidad en la atención de enfermería en derechohabientes de una institución de salud. Horizonte sanitario. 2015; 14 (3). Disponible en: <https://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/810/926#:~:text=Trato%20digno%20de%20enfermer%C3%ADa%20son,%20su%20estado%20de%20salud>
- Enríquez-Sánchez, L. B., Gallegos. L. G., Reza. C. N., Villa. A. M. Trato digno hospitalario. Análisis de la situación actual en un hospital de segundo nivel. 2020. Disponible en: <https://salud.groo.gob.mx/revista/index.php/component/content/article?id=131#:~:text=El%20trato%20digno%20se%20refiere,pacientes%20al%20recibir%20atenci%C3%B3n%20m%C3%A9dica>
- Corral, Flores, A., Palacios, Leyva, F., Herrera, Flores, D., & Ochoa, Estrada, M. A. Profesional de enfermería y comunicación efectiva con el paciente: reflexión. Revista Sanitaria de Investigación. 2022. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/profesional-de-enfermeria-y-comunicacion-efectiva-con-el-paciente-reflexion/#google_vignette
- Melita-Rodríguez, A. B., Jara-Concha, P., & Valencia-Contreras, M. A. Indicadores de cuidado humanizado de enfermería en atención intrahospitalaria. Índex de

- Enfermería. 2022; 31(4), 294-298. Disponible en:
<https://dx.doi.org/10.58807/indexenferm20225167>
9. Fernández, Martín, G., Ortega, López, A. Bicentenario de una enfermera pionera: Florence Nightingale. Enfermería Docente. 2020; (112), 2-3. Disponible en:
<http://ciberindex.com/c/ed/11202ed>
10. López, M. Percepción que poseen los usuarios hospitalizados en relación al trato digno en la atención de enfermería del servicio semi privado Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños. 2017. Disponible en:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1007712>
11. Monje V., P., Miranda C., P., Oyarzún G., J., Seguel P., F., & Flores G., E. Percepción de cuidado humanizado de enfermería desde la perspectiva de usuarios hospitalizados, Ciencia y Enfermería. 2018; 24(5), 1-10. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532018000100205>
12. Chávez, W., Aleyda, D. Calidad de atención en enfermería y trato digno a los pacientes de un Hospital de la Región del Cusco, (Tesis de posgrado, Universidad César Vallejo. Repositorio digital institucional de la Universidad César Vallejo. 2022. Disponible en:
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/97460>

ARTÍCULO ORIGINAL

Validación del instrumento Satisfacción de la educación a distancia en estudiantes durante la pandemia COVID-19

Validation of the instrument Satisfaction with distance education in students during the COVID-19 pandemic

Lizbeth Paulina Padrón-Aké¹, Reyna Beatriz Rendón-Osorio², Lizbeth Josefina González-Herrera³, Lucila Edith Polanco-Reyes³, Rafael Hoyos-Pinzón⁴, Moisés Natanael de los Santos-Rodríguez⁵

RESUMEN

Introducción. En 2020, la propagación del coronavirus (COVID-19), propició la suspensión de las actividades escolares presenciales en todos los niveles educativos debido a la emergencia sanitaria. La educación virtual es un método de enseñanza que utiliza las Tecnologías de la Información y la Comunicación para proporcionar ambientes educativos de forma remota y eliminar barreras de distancia y tiempo, donde docentes y estudiantes interactúan en un espacio diferente al presencial. Para evaluar la calidad de la educación virtual, se requiere identificar un conjunto de determinantes, entre ellos la satisfacción de los estudiantes.

Objetivo. Validar el instrumento: Satisfacción de la educación a distancia en estudiantes durante la pandemia COVID-19. **Materiales y Métodos.** La investigación tiene un enfoque cuantitativo, transversal, descriptivo, correlacional. Participaron cinco secretarios académicos y ocho coordinadores de las licenciaturas del Campus de Ciencias de la Salud para realizar la validez de contenido y 323 estudiantes de los programas educativos que se imparten en él, que pasaron de forma disruptiva de la presencialidad a la educación en línea, a quienes se les aplicó un instrumento para evaluar la satisfacción en tres dimensiones.

Resultados. El instrumento fue validado por un juicio de expertos y mediante un pilotaje se obtuvo el alfa de Cronbach en 0.956, con un valor de p de 0.0001 lo establece un buen nivel de consistencia interna. **Conclusiones.** Se determinó la validación de contenido y la consistencia interna del instrumento, se recomienda realizar otros análisis como el Análisis Factorial Exploratorio o el Análisis Factorial Confirmatorio.

Palabras clave: Validez del test, Satisfacción, Educación a distancia, Estudiantes.

ABSTRACT

Introduction. In 2020, the spread of the coronavirus (COVID-19) led to the suspension of in-person school activities at all educational levels due to the health emergency. Virtual education is a teaching method that uses Information and Communication Technologies to provide educational environments remotely and eliminate barriers of distance and time, where teachers and students interact in a space other than in person. To evaluate the quality of virtual education, it is necessary to identify a set of determinants, including student satisfaction. **Objective.** Validate the instrument: Satisfaction with distance education in students during the COVID-19 pandemic. **Materials and methods.** The research has a quantitative, transversal, descriptive, and correlational approach. Five academic secretaries and eight coordinators of the Health Sciences Campus degrees participated to carry out the content validity and 323 students of the educational programs taught at the Health Sciences Campus, who disruptively went from face-to-face to online education. To whom an instrument was applied to evaluate satisfaction in three dimensions. **Results.** The instrument was validated by expert judgment and through pilot testing, Cronbach's alpha was obtained at 0.956, with a p value of 0.0001, which establishes a good level of internal consistency. **Conclusions.** Content validation and internal consistency of the instrument were determined, it is recommended to perform additional analyses such as Exploratory Factor Analysis or Confirmatory Factor Analysis.

Keywords: Validity of test, Satisfaction, Online learning, Students.

¹Universidad Autónoma de Yucatán. Facultad de Enfermería. Yucatán, México.

²Universidad Autónoma de Yucatán. Facultad de Química. Yucatán, México.

³Universidad Autónoma de Yucatán. Centro de Investigaciones Regionales. Yucatán, México.

⁴Universidad Autónoma de Yucatán. Facultad de Odontología. Yucatán, México.

⁵Universidad Autónoma de Yucatán. Facultad de Medicina. Yucatán, México.

Recibido: 08 de noviembre de 2024

Aceptado: 27 de febrero de 2025

Publicado: 15 de julio de 2025

Correspondencia para la autora: Dra. Reyna Beatriz Rendón-Osorio. Calle 43 S/N x 96 Paseo de las Fuentes y 40 Col.
Inalámbrica. C.P. 97069. Mérida, Yucatán, México. reyna.rendon@correo.uady.mx

INTRODUCCIÓN

La dispersión del COVID-19 predispuso en 2020 la suspensión de las actividades escolares presenciales en todos los niveles educativos, en respuesta las agencias internacionales educativas promovieron que los gobiernos establezcan acciones para favorecer el aprendizaje a pesar de la suspensión de las actividades presenciales, en el caso de la educación superior el Instituto Internacional para la Educación Superior en América Latina y el Caribe (IESALC), propuso establecer un plan de contingencia para implementar mecanismos de formación y apoyo en línea para docentes y estudiantes; en México, la Secretaría de Educación Pública (SEP) impulsó una estrategia educativa digital basada en tres acciones; la tercera se relaciona con la implementación y seguimiento de los programas a través de una plataforma o por otros medios digitales, razón por la cual se implementó o fortaleció el uso de las diversas tecnologías digitales para realizar en forma remota o a distancia el proceso educativo.(1)

La educación virtual se consideró como una opción que se adaptó por el aislamiento decretado, permitió continuar con el proceso formativo en casa, debido a las medidas de aislamiento establecidas para evitar el contagio (2), evaluar la calidad de la educación virtual, implica contar con un conjunto de determinantes, la revisión de la literatura evidencia que existen diversos modelos para lograr este objetivo.

En una investigación realizada en 2018, que abarco entre los años 1998 a 2016 se

identificaron 25 modelos elaborados por investigadores, universidades, organizaciones de certificación y acreditación, instituciones oficiales en todo el mundo los cuales son propuestos a instituciones de educación superior para evaluar la calidad de la educación virtual impartida por los mismos, el análisis incluyó modelos, entre los que se encuentran los cuatro niveles de Kirkpatrick, el sistémico de Vann Slyke, los cinco niveles de evaluación de Marshall y Shriver, entre otros.(3)

El análisis de los 25 modelos proporciona una visión acerca de las dimensiones relevantes o consideradas con frecuencia como esenciales para evaluar la calidad de la educación virtual, clasificándolas en seis apartados: 1. Contexto institucional (análisis de necesidades formativas, infraestructura, recursos humanos, situación financiera). 2. Estudiantes (características de los destinatarios, factores que influyen en la satisfacción de los estudiantes). 3. Docentes (perfil del docente en línea, factores que influyen en su satisfacción, desarrollo profesional). 4. Infraestructura tecnológica (desde el punto de vista pedagógico y tecnológico) (4). 5. Aspectos pedagógicos (objetivos formativos, materiales y recursos didácticos, actividades de aprendizaje, evaluación de aprendizaje, estrategias de enseñanza, tutoría). 6. Ciclo de vida de un curso/programa virtual (diseño, desarrollo y evaluación/ resultados).(3)

En 2022 se realizó una revisión sistemática de 50 estudios internacionales,

para responder la pregunta ¿Qué elementos definen la satisfacción estudiantil en la educación virtual desde la óptica universitaria?, donde se identificaron dimensiones relacionadas con el rol del estudiante y del profesor, el curso virtual, la conectividad, la tecnología y la gestión institucional; concluyen que la satisfacción estudiantil en la educación virtual se refiere más a los diversos tipos de medición de la satisfacción que a un factor común que las agrupe.(5)

La satisfacción es el estado placentero que tienen los individuos al sentir cubiertas sus expectativas; en el estudiantado se refiere al bienestar al cubrir sus expectativas y necesidades académicas.(4)

Una revisión sistemática relacionada con la satisfacción estudiantil de artículos publicados entre 2015 a 2021, cuyas conclusiones destacan: durante 2019 se publicaron más investigaciones relacionadas con el tema, los países latinoamericanos cuentan con el mayor número de publicaciones, la metodología utilizada tiene carácter mixto, a través de cuestionarios los estudiantes de pregrado son los más estudiados, por lo que la satisfacción estudiantil es un concepto integral que engloba aspectos académicos, de infraestructura y relaciones sociales, lo que hace necesario evaluar todos los parámetros para obtener un valor objetivo en el proceso

de evaluación de la calidad y gestión educativa.(6)

En 2021 una investigación para determinar la relación entre la enseñanza virtual y el nivel de satisfacción de estudiantes de la licenciatura en Farmacia en una Universidad Nacional del Cusco concluye que existe relación positiva entre la enseñanza virtual y el nivel de satisfacción estudiantil.(4)

Por otra parte, el Modelo de los cuatro niveles de Kirkpatrick se utilizó en Estados Unidos en 1994 con el fin de evaluar el impacto de una determinada acción formativa a través de cuatro niveles relacionados con ámbitos bien diferenciados: afectivo, cognitivo, comportamental y organizativo para lo cual considera las siguientes dimensiones: 1. Reacción de los participantes frente a los diferentes elementos que ha conformado la acción formativa, 2. Aprendizaje conseguido, 3. Transferencia alcanzada y 4. Impacto en función del efecto en los resultados económicos.(3)

La validación de un instrumento de investigación implica una serie de pasos para verificar que mide la variable que se desea medir, lo cual constituye un aspecto fundamental por lo que el propósito de esta investigación fue validar el instrumento “Satisfacción de la educación a distancia en estudiantes durante la pandemia COVID-19”

MATERIALES Y MÉTODO

La investigación tiene un enfoque cuantitativo, transversal, descriptivo y de correlación.(7) Evaluar la satisfacción del estudiante es fundamental cuando se mide la calidad educativa, para la construcción del instrumento se procedió a la revisión de estudios previos relacionados con la satisfacción en el proceso enseñanza aprendizaje en modalidad virtual en el área

de la salud o afines (enfermería, medicina, nutrición, rehabilitación, química, farmacia); para el propósito de la investigación se define la satisfacción como el sentimiento de agrado que obtiene el estudiantado respecto a tres dimensiones: Proceso Enseñanza-Aprendizaje (PEA), Infraestructura (I) y Competencias Digitales (CD) las cuales se describen en la siguiente tabla:

Tabla 1. Definición de las dimensiones para evaluar la Satisfacción de la educación a distancia en estudiantes durante la pandemia COVID-19

Dimensión	Descripción	Ítems y formato de respuesta
Proceso enseñanza aprendizaje (PEA)	Se refiere a la interacción entre los estudiantes y docentes, involucra la implementación de estrategias pedagógicas mediante indicadores relacionados con el cumplimiento de objetivos, contenidos, metodología, recursos y evaluación, con el fin de propiciar un aprendizaje.	22 reactivos que se responden por medio de una escala de Likert con cuatro opciones de respuesta: 1. Insatisfecho, 2. Poco satisfecho, 3. Satisfecho y 4. Muy satisfecho.
Infraestructura (I)	Se refiere a la capacidad tecnológica indispensables para que los estudiantes participen en el curso al que están inscritos, valorada a través de los indicadores relacionados con los	7 reactivos que se responden por medio de una escala de Likert con cuatro opciones de respuesta: 1. Insatisfecho, 2. Poco satisfecho, 3.

requisitos de hardware, Satisfecho y 4. muy accesibilidad, disponibilidad satisfecho. y navegabilidad de la tecnología y los contenidos usados en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Competencias Digitales (CD)	Se refiere al conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes y estrategias que se requieren para el uso de los medios digitales y de las Tecnologías de Información y Comunicación.	14 reactivos que se responden por medio de una escala de Likert con cuatro opciones de respuesta: 1. insatisfecho, 2. poco satisfecho, 3. Satisfecho y 4. muy satisfecho.
-----------------------------	--	---

Fuente: Elaboración propia.

El diseño del instrumento incluyó cinco secciones: I. Datos sociodemográficos, con 15 preguntas; II. Proceso Enseñanza Aprendizaje con 23 preguntas; III. Infraestructura con 8 preguntas; IV. Competencias Digitales con 14 preguntas y V. Impacto con 9 preguntas; se establece una escala de Likert con cuatro opciones de respuesta para las secciones II, III y IV; 1. insatisfecho, 2. poco satisfecho, 3. Satisfecho y 4. muy satisfecho, para la sección V se establecieron cuatro alternativas de respuesta: 1. nunca, 2. Alguna vez, 3. Casi siempre y 4. Siempre, respectivamente.

Para determinar la satisfacción general de acuerdo al número de preguntas y la puntuación establecida en las opciones de respuesta se determina, 45 como puntuación mínima y 180 como máxima; se

establecen cuatro categorías de acuerdo con los siguientes rangos: insatisfecho, entre 1 y 45 puntos; poco satisfecho entre 46 y 90; satisfecho, entre 91 y 135 y muy satisfecho, entre 136 y 180; por dimensión corresponde a Proceso Enseñanza Aprendizaje: insatisfecho, entre 1 y 23 puntos; poco satisfecho, entre 24 y 46; satisfecho, entre 47 y 69 y muy satisfecho, entre 70 y 92; Infraestructura: insatisfecho, entre 1 y 8 puntos; poco satisfecho, entre 9 y 16; satisfecho, entre 17 y 24 y muy satisfecho, entre 25 y 32; Competencias digitales: insatisfecho, entre 1 y 14 puntos; poco satisfecho, entre 15 y 28; satisfecho, entre 29 y 42 y muy satisfecho, entre 43 y 56.

Participaron estudiantes de los programas educativos que se imparten en el Campus de Ciencias de la Salud (CCS), que

pasaron de forma disruptiva de la presencialidad a la educación en línea, se excluyeron a los estudiantes que pasaron de educación en línea a la presencialidad, que no pertenezcan al CCS y se eliminaron a los que al menos no respondieron una pregunta, el instrumento fue autoaplicado, sin control de tiempo. La selección de los participantes se realizó mediante un muestreo no probabilístico deliberado entre la población que cumplió con los criterios de inclusión y aceptaron participar en el estudio mediante un consentimiento informado.

Previo a la recolección de la información el proyecto fue revisado y aprobado por un comité de la Facultad de Química de la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY) se solicitó autorización a los directores de las dependencias para invitar a los Secretarios Académicos y Coordinadores de los programas a participar en la validación de contenido, una vez definida la estructura final del instrumento se realizó la conversión del instrumento a un formulario mediante Microsoft Forms®, la aplicación se realizó vía correo electrónico institucional a toda la población estudiantil de las dependencias del CCS participantes, en fechas y horarios

que no comprometieran las actividades académicas de los estudiantes, previa solicitud del consentimiento informado, el formulario se mantuvo abierto por un periodo de 6 semanas (mayo-junio de 2022), el tiempo promedio de respuesta fue de 10 minutos.

Para determinar la consistencia interna se consideraron las recomendaciones sugeridas por George y Mallery (2003), se utilizó el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0 para Windows, para realizar el cálculo del alfa de Cronbach.(7)

La investigación se clasifica sin riesgo para los participantes porque se aplicó un instrumento que indaga acerca de la satisfacción en el Proceso Enseñanza-Aprendizaje (PEA), Infraestructura (I) y Competencias Digitales (CD), sin realizar intervenciones o modificaciones intencionadas de variables fisiológicas, además se consideraron las normativas nacionales e internacionales como la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares(8) y el informe de Belmont(9).

RESULTADOS

Descripción de la población

Se encuestaron 323 estudiantes que cursaban el séptimo semestre de licenciatura al momento de la encuesta; 35.29% (114) hombres y 64.70% (209) mujeres, con edades entre 20 y 34 años;

23.52% (76) se encontraban matriculados en la licenciatura de Químico Farmacéutico Biólogo, 19.50% (63), Médico Cirujano, 19.50% (63), Cirujano Dentista, 18.26% (59), Licenciado en Enfermería, 10.21% (33), Licenciado en

Nutrición, y 8.97% (29), Licenciado en Trabajo Social.

El 73.06% (236) habita en la ciudad de Mérida, 1.23% (4) en comisarías de Mérida, 21.98% (71) en municipios o comisarias del interior del estado, 1.54% (5) en municipios de otros estados y 2.16% (7) no especificaron; durante la pandemia el 40.55% (131) no enfermaron por COVID-19 y 59.44% (192) sí; de los cuales 7.12% (23) fueron asintomáticos; 47.36% (153) presentaron un cuadro leve y 4.95% (16) severo; el 17.64% (57) respondieron que durante la pandemia ninguno de sus familiares enfermó por COVID-19 y el 82.35% (266), sí; el 2.78% (9) fue asintomático; 58.82% (190) leve; 13.31% (43) severo y 7.43% (24) requirió hospitalización.

Validez de contenido

Participaron en el juicio de expertos cinco secretarios académicos y ocho coordinadores de las licenciaturas del CCS, los cuales evaluaron cada una de las preguntas con los siguientes criterios: claridad de la redacción, coherencia interna, sesgo (induce a la respuesta), redacción de acuerdo con la población considerada en el estudio, respuesta orientada a la aceptación social, y la conservación o eliminación de la(s) pregunta(s); las aportaciones realizadas definieron la estructura final del instrumento, el cual se conformó de la siguiente manera: I. Datos sociodemográficos, con 15 preguntas; II. Proceso Enseñanza Aprendizaje, con 22 preguntas, se eliminó una y cambio la

redacción de cuatro; III. Infraestructura con 7 preguntas, se eliminó una y se cambió la redacción de una; IV. Competencias Digitales con 14 preguntas, V. Impacto con 9 preguntas, en estas dos últimas secciones no se realizaron modificaciones.

En concordancia con las modificaciones realizadas se recalcularon los valores de acuerdo al número de preguntas y la puntuación establecida en las opciones de respuesta, la cual se conformó de la siguiente manera: para la satisfacción general, 43 puntos como puntuación mínima y 172 como máxima; se establecen cuatro categorías de acuerdo con los siguientes rangos: insatisfecho, entre 1 y 43 puntos; poco satisfecho entre 44 y 86; satisfecho, entre 87 y 129 y muy satisfecho, entre 130 y 172; para la dimensión Proceso Enseñanza Aprendizaje: insatisfecho, entre 1 y 22 puntos; poco satisfecho, entre 23 y 44; satisfecho, entre 45 y 66 y muy satisfecho, entre 67 y 88; Infraestructura: insatisfecho, entre 1 y 7 puntos; poco satisfecho, entre 8 y 14; satisfecho, entre 15 y 21 y muy satisfecho, entre 21 y 28; Competencias digitales, permaneció sin modificaciones.

Consistencia interna

Para estimar la fiabilidad del instrumento se utilizó el alfa de Cronbach a fin de determinar la consistencia interna de las preguntas y cómo se comportan entre ellas; el instrumento obtuvo un valor de 0.956, con un intervalo de confianza de 95% los valores se

encuentran entre 0.949 a 0.963 con un valor p de 0.0001; se analizó cada una de las dimensiones cuyos resultados se describen a continuación: Proceso de enseñanza-aprendizaje obtuvo un valor de 0.935, con un intervalo de confianza de 95% los valores se encuentran entre 0.917 a 0.940 con un valor p de 0.0001; Instalaciones e infraestructura tecnológicas propias, obtuvo un valor de 0.850, con un intervalo de confianza de 95% los valores se encuentran entre

0.797 a 0.855 con un valor p de 0.0001 y Competencias Digitales obtuvo un valor de 0.917, con un intervalo de confianza de 95% los valores se encuentran entre 0.876 a 0.911 con un valor p de 0.0001, los resultados obtenidos establecen un buen nivel de consistencia interna, la dimensión Proceso de enseñanza-aprendizaje obtuvo mayor puntuación e Instalaciones e infraestructura tecnológicas propias la menor.

DISCUSIÓN

El propósito de la investigación fue validar el instrumento “Satisfacción de la educación a distancia en estudiantes durante la pandemia COVID-19” para lograrlo se realizó un juicio de expertos para obtener la validez de contenido, de acuerdo con los resultados se realizaron modificaciones a la primera versión del instrumento, para posteriormente aplicarla a 323 estudiantes que cursaban el séptimo semestre de licenciatura al momento de la encuesta.

La metodología utilizada por los investigadores para diseñar el instrumento fue la revisión de estudios previos relacionados con la satisfacción en el proceso enseñanza aprendizaje en modalidad virtual en el área de la salud o afines, cuyo resultado fue la definición de tres dimensiones: Proceso de Enseñanza Aprendizaje, Infraestructura y Competencias Digitales; esta metodología es semejante a la utilizada por Peralta Mazariego et al. (2020) quienes realizaron una extensa revisión de literatura

para identificar las dimensiones e ítems para evaluar la satisfacción estudiantil con los servicios académicos que se ofrecen en una universidad pública del estado de Tabasco, México(10).

Los criterios establecidos por los investigadores para seleccionar a los participantes como expertos (secretarios académicos y coordinadores de licenciaturas) en la validación del instrumento, fue la experiencia que poseen tanto en el ámbito docente como en el conocimiento de la implementación de los programas educativos que se ofrecen en el CCS, por lo que la opinión emitida fue notable para la validación de contenido, lo que coincide con lo mencionado por Dorantes et al. (2016), quienes señalan que un juicio de expertos, es una opinión informada de personas con experiencia en el tema, que son reconocidas por otros como cualificados en la temática, y pueden dar

información, evidencia, juicios y valoraciones.(11)

Para la evaluación del instrumento “Satisfacción de la educación a distancia en estudiantes durante la pandemia COVID-19”, se incluyeron seis criterios: claridad de la redacción, coherencia interna, sesgo (induce a la respuesta), redacción de acuerdo con la población considerada en el estudio, respuesta orientada a la aceptación social, y la conservación o eliminación de la(s) pregunta(s), lo que permitió establecer el formato final del instrumento; criterios parecidos utilizaron Dorantes et al. (11), para validar un instrumento de medición del síndrome de Burnout en la docencia donde incluyeron las cuatro categorías: suficiencia, claridad, coherencia y relevancia, con cuatro opciones de respuesta: no cumple con el criterio, bajo nivel, moderado nivel y alto nivel. Por su parte Galicia et al. (2017), señalan que la investigación en el ámbito educativo constituye un reto cuando se pretende desarrollar de manera apropiada.(12)

Participaron en la aplicación del instrumento 323 estudiantes lo que coincide con Roco et al. (2021) quienes señalan que cuando se desea estimar la fiabilidad de un instrumento, se suelen utilizar diferentes pruebas, entre ellas el alfa de Cronbach y recomienda que el tamaño muestral debe considerar entre 200 y 300 participantes.(13)

Se obtuvo alfa de Cronbach en 0.956, con un p valor de 0.0001, lo que indica que las preguntas planteadas evalúan la satisfacción del estudiante en las tres dimensiones establecidas: Proceso enseñanza aprendizaje, infraestructura y competencias digitales; el resultado obtenido sugiere una alta correlación entre los ítems ya que un Coeficiente alfa >0.90 a 0.95 es excelente (14).

El resultado obtenido en el alfa de Cronbach en la investigación (0.956) difiere un poco al obtenido (0.83) en un instrumento que determinó el nivel de satisfacción de los estudiantes con las instalaciones y servicios a su disposición para la realización de sus actividades, en una universidad pública del estado de Tabasco, México¹⁰ y semejante a (0.91) obtenido en un instrumento para medir la satisfacción de los estudiantes de Ciencias de la Salud con su formación práctica, en todas sus dimensiones y ámbitos, tanto clínicos como de simulación.(15)

Obtener un valor de alfa de Cronbach alto no significa que la medida del constructo es unidimensional, por lo que es recomendable para comprobar que la escala o instrumento es unidimensional realizar otros análisis como por ejemplo el Análisis Factorial Exploratorio (EFA) o el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) y comprobar la dimensionalidad del conjunto.

CONCLUSIONES

El objetivo de la investigación fue validar el instrumento “Satisfacción de la educación a distancia en estudiantes durante la pandemia COVID-19”

Se determinó la validación de contenido y la consistencia interna mediante el alfa de Cronbach.

La validez de contenido se realizó mediante un juicio de expertos conformado por cinco secretarios académicos y ocho coordinadores de las licenciaturas del CCS, quienes analizaron las preguntas a la luz de

seis criterios previamente definidos, las observaciones realizadas determinaron y definieron la estructura final del instrumento.

El Instrumento fue aplicado a 323 estudiantes de las diversas licenciaturas del CCS, que obtuvo un alfa de Cronbach de 0.956 con un p valor de 0.0001, lo que indica que las preguntas planteadas evalúan la satisfacción del estudiante en las tres dimensiones establecidas: Proceso enseñanza aprendizaje, infraestructura y competencias digitales.

REFERENCIAS

1. Acosta Ochoa A. La educación superior ante el COVID-19. Un nuevo reto y viejos resabios. Reporte CESOP COVID-19: la humanidad a prueba. Número 132 Edición especial, mayo 2020.
2. Gutiérrez Ochoa SM, Díaz Torres CH La educación virtual en tiempos de pandemia. Revista Gestión y Desarrollo Libre, 6(11), (131-149). (Enero-Junio de 2021) disponible en <http://biblos.unilibrecucuta.edu.co/ojs/index.php/gestion/article/view/523/645>
3. Marciniak R, Gairín Sallán J. Dimensiones de evaluación de calidad de educación virtual: revisión de modelos referentes. RIED: Revista Iberoamericana de Educación a Distancia 2018; 21 (1): 217-238 disponible en <https://www.redalyc.org/journal/3314/331455825012/331455825012.pdf>
4. Sancho Huanca CL. Enseñanza Virtual y Nivel de Satisfacción en Estudiantes de Farmacia en una Universidad Nacional del Cusco, 2021. Tesis para obtener el grado académico de Maestra en Docencia Universitaria. Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo. Perú
5. Díaz R, Rivera Muñoz JL, Encalada Díaz IA, Romaní Miranda, UI. La satisfacción estudiantil en la educación virtual. Una revisión sistemática internacional. Chakiñan: Revista de Ciencias Sociales y Humanidades 2022; (16): 177-193 disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8630369>
6. Mireles Vázquez MG, García García JA. Satisfacción estudiantil en universitarios: una revisión sistemática de la literatura. Rev. Educación [Internet]. 30 de junio de 2022 [citado 8 de noviembre de 2023];46(2):610-26. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/educacion/articloe/view/47621>
7. Frías Navarro D. Apuntes de consistencia interna de las puntuaciones de un instrumento de medida. (Julio 2021) Universidad de Valencia. España. Recuperado de <https://www.uv.es/friasnav/AlfaCronbach.pdf>.
8. Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares. Recuperado de <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPDPPP.pdf>

9. Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. Recuperado de https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10._INTL_Informe_Belmont.pdf
10. Peralta Mazariego ER, Surdez Pérez EG, García Rodríguez JF. Validación de modelo de medición de satisfacción estudiantil universitaria con los servicios académicos recibidos. *Revista Investigación Operacional* 2020; 41 (3): 472-481. Recuperado de <https://rev-inv-ope.pantheonsorbonne.fr/sites/default/files/inline-files/41320-16.pdf>
11. Dorantes Nova JA, Hernández Mosqueda JS, Tobón Tobón S. Juicio de expertos para la validación de un instrumento de medición del síndrome de Burnout en la docencia. *Ra Ximhai* [Internet]. 2016; 12 (6): 327-346. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46148194023>
12. Galicia Alarcón LA, Balderrama Trapaga JA, Edel Navarro R. Validez de contenido por juicio de expertos: propuesta de una herramienta virtual. *Apert.* 2017; 9 (2): 42-53. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-61802017000300042&lng=es&nrm=iso
13. Roco Videla A, Hernández Orellana M, Silva González O. ¿Cuál es el tamaño muestral adecuado para validar un cuestionario?. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2021; 38 (4): 877-878. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112021000400877&lng=es. Epub 20-Sep-2021. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.03633>.
14. Frías-Navarro D. Apuntes de estimación de la fiabilidad de consistencia interna de los ítems de un instrumento de medida. Universidad de Valencia, España 2022. Disponible en: <https://www.uv.es/friasnav/AlfaCronbach.pdf>
15. Montejano Lozoya R, Gea Caballero V, Miguel Montoya I, Juárez Vela R, Sanjuán Quiles A, Ferrer Ferrandiz E. Validation of a questionnaire designed to measure nursing student satisfaction with practical training. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2019;27:e3206. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3102.3206>

ESTUDIO DE CASO

Estudio de caso de persona sometida a colpectomía por cistocele con enfoque en el proceso de atención de enfermería

Case study of a person undergoing colpectomy for cystocele with focus on the Nursing Care Process

María José García-Torres¹, Ashanty Rivero-Cauich¹, Nadely Patricia Ramírez-Ojeda¹, Arlene Lilian Moguel-Palma¹

RESUMEN

Introducción: El prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele) involucra la protrusión de la uretra y/o vejiga urinaria a través de la pared vaginal anterior. **Objetivo:** Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en el período perioperatorio en una persona sometida a colpectomía secundaria a prolapso de órganos pélvicos con base en las Taxonomías NANDA-I, NOC, NIC. **Metodología:** Estudio de caso observacional, descriptivo y retrospectivo con enfoque en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en una mujer sometida a una cirugía de colpectomía reconstructiva por cistocele escala Baden IV de aproximadamente 4 años de evolución, en un hospital público de segundo nivel de atención en Mérida, Yucatán, México. **Resultados:** Durante el período perioperatorio, con el uso de las taxonomías enfermeras NANDA-I, NOC y NIC, fue la satisfacción de las necesidades fisiológicas, emocionales, psicológicas y espirituales, de una manera holística, logrando ofrecer a la persona cuidados de calidad, realizando intervenciones basadas en estas necesidades y en una metodología de trabajo guiada por la ciencia y la evidencia. **Discusión:** La literatura existente respecto a la colpectomía es limitada, lo que resalta la importancia de la documentación y divulgación de estos casos. **Conclusiones:** El procedimiento quirúrgico fue efectivo en el tratamiento del prolapso de órgano pélvico. Las intervenciones de la enfermera quirúrgica en el perioperatorio deben ser oportunas y eficaces ya que juega un papel importante en el manejo integral para lograr la recuperación exitosa de los pacientes quirúrgicos.

Palabras clave: Prolapso de órgano pélvico; Trastornos del suelo pélvico; Cistocele; Enfermería Perioperatoria; Proceso de enfermería.

ABSTRACT

Introduction: Prolapse of the anterior vaginal wall (cystocele) involves the protrusion of the urethra and/or urinary bladder through the anterior vaginal wall. **Objective:** Explain the case of a patient undergoing reconstructive colpectomy focused on the Nursing Care Process, during the perioperative period. **Materials and method:** Observational, descriptive and retrospective case study with a focus on the Nursing Care Process in a woman undergoing reconstructive colpectomy surgery for Baden IV cystocele of approximately 4 years of evolution, in a second level of care public hospital in Mérida, Yucatán, Mexico. **Results:** During the perioperative period, with the use of the NANDA-I, NOC and NIC nursing taxonomies, it is possible to satisfy the physiological, emotional, psychological and spiritual needs, in a holistic way, managing to offer the patient quality care, performing interventions based on these needs and on a work methodology guided by science and evidence. **Discussion:** The existing literature regarding colpectomy is limited, which highlights the importance of documentation and dissemination of these cases. **Conclusions:** The surgical procedure is effective in the treatment of pelvic organ prolapse. The interventions of the surgical nurse in the perioperative period must be timely and effective since it plays an important role in the comprehensive management to achieve the successful recovery of surgical patients.

Keywords: Pelvic organ prolapse; Pelvic floor disorders; Cystocele; Perioperative Nursing; Nursing Process.

¹Universidad Autónoma de Yucatán. Facultad de Enfermería. Yucatán, México.

Recibido: 28 de junio de 2024
Aceptado: 27 de septiembre de 2024
Publicado: 15 de julio de 2025

Correspondencia para la autora: María José García Torres. Calle 90 S/N x 59 y 59 A. Centro. C.P. 97000. Mérida, Yucatán, México. majoxgarcia@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El Prolapso de Órganos Pélvicos (POP) es definido como la pérdida de soporte de los compartimientos de la vagina, que hace que sobresalgan órganos pélvicos (vejiga, recto, intestino delgado, sigmoides, colon, útero o cuello uterino) en o por fuera de la vagina. (1) Este desplazamiento es consecuencia del fallo de las estructuras de soporte que conforman el Suelo Pélvico (SP), pudiendo alcanzar diferentes grados. (2,3)

De manera específica, el prolapso de la pared vaginal anterior, también conocido como cistocele, involucra la protrusión de la uretra y/o vejiga urinaria a través de la pared vaginal anterior. (1,2,3)

El único síntoma específico para el cistocele es la sensación de cuerpo extraño a nivel vaginal, siendo independiente a la gravedad del prolapso. En estadios iniciales suele ser asintomático, siendo un hallazgo casual en la exploración ginecológica. (2,3)

Otros síntomas asociados son: distensión, pesadez pélvica, lumbalgia, disfunción sexual, urgencia miccional, aumento de la frecuencia miccional diurna (polaquiuria), nocturia, sensación de dificultad miccional y de vaciado incompleto, incontinencia urinaria de urgencia y/o de esfuerzo. (1,2,3)

Existen diversos factores de riesgo relacionados con las disfunciones del SP y el POP: la raza (hispanas con el riesgo más alto), variaciones anatómicas (desinervación, debilidad del SP, patologías del tejido conectivo y colágeno), cirugía pélvica radical, radioterapia, embarazo y parto vaginal, obesidad (IMC por encima de 25), déficit

estrogénico (menopausia), tos crónica, ejercicio físico intenso, envejecimiento, entre otras; siendo los factores de riesgo mayormente asociados al POP la paridad y el antecedente de histerectomía vaginal. (1,2,3)

La escala de Baden es una de las clasificaciones más utilizadas en la práctica clínica habitual, divide el prolapso en cuatro grados y toma como punto de referencia el himen, siendo el Grado IV el prolapso total del compartimento. (2)

La cirugía está indicada cuando el POP es sintomático y afecta la calidad de vida, suele corresponder a un estadio II o superior, con presencia de bulto en genitales externos. La técnica quirúrgica reconstructiva tiene la misión de conseguir el mejor resultado anatómico y funcional, siendo la vía de abordaje vaginal, abdominal abierta o laparoscópica. (1, 2)

El POP es común en mujeres entre los 20 y 60 años, con una incidencia cercana al 30%. El riesgo a lo largo de la vida de que una mujer sea operada por POP es de 11%, y aproximadamente un tercio requiere reintervención quirúrgica. Por otro lado, la prevalencia de la incontinencia urinaria parece aumentar gradualmente durante la vida adulta joven, tiene un pico amplio a la mediana edad y aumenta de manera constante en las personas de edad avanzada. (3,4)

En cuanto a la incidencia nacional de colpoplastías y colpectomías realizadas, en el Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes” hasta el tercer

trimestre del 2023, se tiene registro de 105 colpoplastías versus una colpectomía, del total de 1,833 cirugías ginecológicas mayores. (5)

El objetivo del presente estudio es explicar el caso de una persona sometida a colpectomía secundaria a prolapso de órganos pélvicos enfocado, en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), durante el período perioperatorio.

Los profesionales enfermeros se enfrentan a situaciones clínicas donde la interpretación de los datos del paciente es compleja, diversa y es dirigida por el propio contexto de la asistencia. (6)

Para proporcionar cuidados integrales individualizados, el Proceso de Atención Enfermería (PAE) es el método sistemático, organizado, basado en reglas y principios científicos, centrados en la identificación de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales a partir de las cuales, se desarrolla un plan de cuidados. (6,7)

Además de proporcionar una base sólida fundamentada en la evidencia científica, unificar la terminología empleada por profesionales y proporcionar un ordenamiento lógico de las actividades que realiza el personal de enfermería, el PAE eleva la calidad de la atención de enfermería y de los cuidados que se proporcionan. (6,7)

Los diagnósticos desarrollados por NANDA Internacional (NANDA-I), describen las necesidades reales y potenciales (existe el riesgo de desarrollo), así como las necesidades de promoción de la salud. Los elementos de un diagnóstico NANDA-I

enfocado en el problema son la etiqueta, la definición del diagnóstico, las características definitorias (signos y síntomas) y los factores relacionados (causales o asociados). Los elementos de un diagnóstico de riesgo, según establecen las directrices de NANDA-I, son la etiqueta, la definición y los factores de riesgo asociados. Los elementos de un diagnóstico de promoción de la salud son la etiqueta, la definición y las características definitorias. Una excepción es la disposición para mejorar la resiliencia, que también incluye los factores relacionados. (7)

La Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), es una clasificación estandarizada y exhaustiva de los resultados de la persona que puede utilizarse para evaluar los resultados de las intervenciones de enfermería y que fue publicada por primera vez en 1997. Los resultados del paciente sirven como criterio para valorar el nivel de éxito de una intervención de enfermería. (7)

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), está centrada en las intervenciones de enfermería, es decir, en la conducta enfermera y las acciones de los profesionales que ayudan al paciente a progresar hacia la consecución de un resultado deseado, a diferencia del diagnóstico de enfermería y los resultados, en los que la atención se concentra en el paciente. Esta clasificación fue publicada por primera vez en 1992. (7)

La implementación conjunta de los lenguajes estandarizados reconocidos por la American Nurses Association (ANA), ha aumentado la capacidad práctica y la eficacia

en el tratamiento de los datos de enfermería. Estos vínculos favorecen el pensamiento crítico y las habilidades de razonamiento que necesitan los profesionales enfermeros para atender a los pacientes, pero no sólo proporciona un lenguaje común para su posterior utilización en la práctica clínica

disminuyendo así la variabilidad, sino que también aumenta la capacidad de investigación de la enfermería, mejora la organización del trabajo y nos ayuda a gestionar mejor los cuidados, proporcionando mayor calidad a los mismos. (6)

MATERIALES Y MÉTODO

Estudio de caso observacional, descriptivo y retrospectivo en una persona del servicio de ginecología en un hospital de segundo nivel de atención en la Ciudad de Mérida, Yucatán, México. Dicha persona fue sometida a una cirugía de colpectomía con diagnóstico de cistocele y durante el período perioperatorio (preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio), se le brindaron cuidados de enfermería integrales con base en el PAE y el uso de las taxonomías enfermeras NANDA-I, NOC y NIC.

VALORACIÓN

La valoración prequirúrgica se realizó con base en los dominios de la taxonomía NANDA Internacional. Diagnósticos de enfermería: Definiciones y clasificación 2024 – 2026, 13ª edición. Esta se utilizó para la elaboración de los diagnósticos de enfermería durante el perioperatorio. (8)

La Clasificación de Resultados de Enfermería (Nursing Outcomes Classification – NOC 2024) 7ª ed. y Clasificación de intervenciones en enfermería (Nursing Interventions Classification – NIC 2024) 8ª edición, fueron empleadas durante la etapa de planeación y ejecución. (9,10)

Los datos se obtuvieron mediante el uso de fuentes primarias y secundarias, a través de un interrogatorio dirigido a la persona durante el preoperatorio y postoperatorio, así como de manera indirecta a través de los documentos contenidos en el expediente clínico y entrevista dirigida al equipo médico que dio atención al caso de la persona.

De acuerdo con lo establecido en el Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, art. 17, párrafo I, el presente estudio se clasifica como una “Investigación sin riesgo” al emplear técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no realizar ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de la persona que participó en el estudio. (11)

Se obtiene el consentimiento verbal de la persona para utilizar los datos que deriven de su caso durante el perioperatorio para realizar una publicación con fines académicos, en donde cualquier dato de identificación personal permanecerá confidencial, a lo cual accede. Se informa a la paciente que la información recabada será

utilizada únicamente para la elaboración del presente estudio, pudiendo retirar este consentimiento en cualquier momento.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Persona mujer de 56 años es referida desde la consulta externa al servicio de ginecología y obstetricia para iniciar manejo quirúrgico del diagnóstico de prolapso de cúpula vaginal.

Padecimiento actual: cistocele de aproximadamente 4 años de evolución, con sensación de cuerpo extraño en vagina con protrusión de la misma. La lesión evoluciona y aumenta de tamaño, lo que dificulta la micción voluntaria, haciendo énfasis en la pérdida involuntaria de orina durante el esfuerzo, actividad física y el estornudo, por lo que acude a consulta.

A la valoración preoperatoria por servicio de medicina interna con fecha 11-11-2023 se reporta:

Riesgo quirúrgico: Sociedad Americana de Anestesiología ASA I (Paciente sano, sin enfermedad orgánica, bioquímica o psiquiátrica), Riesgo cardiovascular Goldman I (riesgo bajo $\leq 1\%$ para evento cardiovascular en los 30 días posteriores al evento quirúrgico) y Caprini 4 puntos (riesgo intermedio de trombosis 0.7%).

Con los siguientes antecedentes de importancia:

Datos demográficos: Originaria y residente de la ciudad de Mérida, Yucatán. Estado civil: viuda. Escolaridad: primaria incompleta. Ocupación: ama de casa. Religión: católica. Casa propia de materiales perdurables,

cuenta con los servicios de luz, recolección de basura y agua potable.

Antecedentes heredofamiliares: madre diabética e hipertensa.

Antecedentes personales patológicos: niega crónico degenerativos, alergias, toxicomanías y traumáticos. Cuenta con esquema de vacunación completo.

Antecedentes gineco obstétricos: menarca a los 13 años, ciclos irregulares, inicio de vida sexual activa a los 19 años, 1 pareja sexual, niega enfermedades de transmisión sexual. Citología cervical: un año negativo a malignidad referido por la paciente (no se cuenta con estudio). Gesta 2, parto 1, cesárea 1, abortos 0.

Gesta 1: hace 37 años, parto eutócico de término, peso 3500gr.

Gesta 2: hace 35 años, parto quirúrgico por vía abdominopélvica, peso 3200gr.

Histerectomía hace 17 años por sangrados uterinos anormales secundarios a miomatosis uterina.

Antecedentes quirúrgicos: cesárea hace 35 años, histerectomía hace 17 años por miomatosis uterina. Transfusionales negados.

Laboratorios: con fecha de 09-10-2023: hemoglobina 12,9 g/dL, hematocrito 41,7%, plaquetas $381 \times 10^3 \text{ mm}^3$, leucocitos $8,68 \times 10^3 \text{ mm}^3$, glucosa 89 mg/dL, tiempo de protombina 11,2 seg, tiempo parcial de tromboplastina 30,4 seg. Hemotipo O positivo.

Electrocardiograma: ritmo sinusal, frecuencia cardíaca 71 latido por minuto, onda PR: 148ms, eje QRS 4, sin datos de isquemia, lesión o bloqueo.

Teleradiografía de tórax: silueta cardíaca con cardiomegalia I, refuerzo de la trama parahiliar, sin calcificación aórtica.

Examen general de orina con parámetros dentro de la normalidad.

Diagnóstico médico: prolapso de cúpula vaginal secundario a histerectomía/obesidad grado I

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PERÍODO PRE OPERATORIO

Se recibe a la persona en el área de cuidados prequirúrgicos, en donde se realiza la transferencia del cuidado. El personal de enfermería del piso de ginecología hace la presentación de la persona y se entrega el expediente clínico y ficha de identificación.

Se realiza la presentación con la persona y se corrobora que los datos del expediente, tarjeta de cabecera, brazalete de identificación y etiqueta quirúrgica en brazo izquierdo coincidan con la identidad que ella nos proporciona, tomando especial atención al nombre completo, fecha de nacimiento y número de seguridad social, cumpliendo con la normatividad vigente “Acciones esenciales para la seguridad del paciente”. (12)

Se cuantifican signos vitales obteniendo una presión arterial de 130/87 mmHg. frecuencia cardíaca de 82 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, temperatura corporal de 36.2° centígrados y una saturación de oxígeno de 96%.

Se procede a dar una lectura al expediente, se busca las primeras valoraciones hasta el establecimiento del

diagnóstico médico, la hoja de programación quirúrgica, los laboratorios más recientes, la valoración preoperatoria por el servicio de medicina interna, así como el consentimiento informado de procedimientos quirúrgicos y para la transfusión de hemoderivados los cuales, se encontraron de manera ordenada y con fechas vigentes dentro del rango establecido por la normatividad. (12)

Se realiza la valoración de enfermería la cual comienza con un interrogatorio orientado al procedimiento quirúrgico al cual será sometida. Se indaga sobre antecedentes heredofamiliares, antecedentes personales patológicos y gineco obstétricos, existiendo congruencia entre lo plasmado en el expediente clínico y lo expresado verbalmente por la persona.

Se cuestionan procedimientos anestésicos previos, grupo sanguíneo, ayuno, alergias a medicamentos, alimentos y/o sustancias. La persona refiere los procedimientos anestésicos de su cesárea previa e histerectomía. Refiere estar en ayuno desde hace 12 horas. Niega alergias.

Se interroga a la persona por una alteración en su función sexual secundaria al POP percibe, la cual niega explicando que es viuda. Se realiza una exploración física general en la cual se observa la adecuada vestimenta y adecuada coloración e hidratación de tegumentos.

Durante la valoración de enfermería se detectan alteraciones en los siguientes dominios:

Dominio 3. Eliminación intercambio. Se pide autorización para valorar la presencia y

características actuales del prolapso fuera del canal vaginal a lo cual accede, sin encontrar alteraciones en la mucosa. Por último, se interroga a la persona sobre las molestias actuales de la incontinencia mixta, confirmado tenesmo vesical y escapes de orina involuntarios al realizar esfuerzos o ciertas acciones como reír y estornudar.

Dominio 9. Afrontamiento / Tolerancia al estrés. La persona expresa ansiedad y temor ante la intervención quirúrgica, haciendo hincapié en el listado de riesgos y posibles complicaciones plasmadas en el consentimiento informado. La expresión verbal de ansiedad y temor se acompañan de manifestaciones en el lenguaje no verbal como expresión de angustia, inseguridad, contacto visual reducido y voz temblorosa, así como los problemas que expresa para conciliar el sueño y lograr un descanso óptimo ocasionado por la ansiedad al procedimiento quirúrgico.

PERÍODO TRANS OPERATORIO

Ingresa persona a sala quirúrgica lunes 4 de diciembre de 2023 a las 16:08 h, recibido por el personal de enfermería, a quien se hace entrega del expediente clínico y papelería para revisión e identificación correcta de la persona. Se coloca en posición decúbito supino en la mesa operatoria. La enfermera circulante verifica la viabilidad, integridad e higiene del catéter periférico corto #18 instalado en vena mediana del codo del brazo izquierdo. El equipo de anestesiología realiza monitoreo no invasivo de las constantes vitales PANI, ECG y PO2 e inicia bloqueo mixto en L3-L2 (bloqueo

subaracnoideo y bloqueo peridural) y sedación, empleando bupivacaína hiperbárica 12.5 mg (SA), lidocaína con epinefrina 100mg (PD), midazolam 2 mg Intravenoso y fentanilo 50 mcg Intravenoso. Inicia apoyo ventilatorio con oxígeno suplementaria en puntas nasales 3 L/min y se administra como base solución Hartmann de 1000 ml.

Entre las actividades realizadas por el especialista en enfermería quirúrgica en esta etapa se encuentran:

- Verificación de la existencia del instrumental quirúrgico y material consumible que se requieren durante el procedimiento, así como de su integridad y esterilidad.
- Corroborar el funcionamiento adecuado del equipo electromédico
- Realizar lavado de manos quirúrgico, vestido y calzado de guantes con técnica cerrada.
- Realizar vestido y calzado de guantes del equipo quirúrgico.
- Delimitación y cierre del circuito estéril.
- Realizar time out, corroborando paciente correcto, sitio quirúrgico y procedimiento correcto.
- Conteo de material textil e instrumental para garantizar cirugía segura.

Dando posición de litotomía a la persona se realiza antisepsia abdominopélvica, perivulvar e intravaginal, se delimita el área operatoria e inicia cirugía a las 16:30 h. Se describen los pasos críticos de la cirugía y el proceso de instrumentación

por parte del especialista en enfermería quirúrgica:

- Separación de los labios mayores con sutura seda 1 con aguja T-10 roma de ½ círculo.
- Instalación de sonda Foley 16Fr y vaciamiento de la vejiga.
- Identificación tracción del cérvix para exponer el orificio cervical externo con pinzas Allis.
- Inicia colpectomía con incisión en forma longitudinal media del cistocelo con Mango de Bisturí Bard-Parker #4 armado con hoja de bisturí #23.
- Profundización de la incisión.
- Se procede al llenado vesical con 100cc de fórmula láctea estéril como colorante. La literatura menciona que debe usarse azul de metileno u otro colorante bacteriológico, sin embargo, no se contaba con dicho insumo.
- El epitelio vaginal se disecciona completamente de la capa muscular vaginal subyacente de manera digital.
- Hemostasia de los vasos sangrantes con electrodo monopolar.
- Identificación de los ligamentos vesicouterino y exposición de los uréteres con pinzas Allis.
- Continúa disección digital separando la fascia pubovesicocervical a ambos lados de la línea media, hasta que las ramas inferiores del pubis aparecieran libres de tejido areolar.
- Se liga la cúpula vaginal a músculo íleo cóxigeo con sutura de ácido poliglicólico (Vicryl) 1 con aguja T-10 roma ½ círculo.
- Se liga la cúpula vaginal al remanente del ligamento cardinal con sutura de ácido

poliglicólico (Vicryl) 1 con aguja T-10 roma ½ círculo.

- Disección de la piel vaginal excedente con Mango de Bisturí Bard-Parker #4 armado con hoja de bisturí #23 y electrodo monopolar.
- Se realiza cuenta de material textil y punzocortantes: 12 compresas, 60 gasas con trama, 1 hoja de bisturí #23, 6 agujas. Cuenta completa. Se notifica el equipo quirúrgico.
- Termina colpectomía e inicia la reconstrucción vaginal con sutura de ácido poliglicólico (Vicryl) 1 con aguja T-10 roma ½ círculo.
- Revisión de suturas y comprobación de la hemostasia.
- Colocación de punto de seguridad en la vagina reconstruida.
- Aseo de la región intravaginal y perivulvar.
- Colocación de tapón vaginal elaborado con 3 gasas sin trama impregnadas con cloranfenicol ungüento 3,5 mg.
- Colocación de sondaje vesical 16Fr y bolsa recolectora de orina.

Durante el procedimiento se administran medicamentos coadyuvantes: paracetamol 1gr Intravenoso y ondasetrón 8mg Intravenoso y un total de 1500cc de sol. Hartmann. Se cuantifica sangrado de 1,100cc y diuresis de 220cc.

Al término de la cirugía a las 19:15 h, se coloca a la persona en posición decúbito supino y se dan los cuidados post anestésicos hasta su traslado al área de recuperación bajo efectos residuales de la anestesia a las 19:45 h.

El Dominio 11. Seguridad / Protección, es el dominio de la NANDA-I que resulta principalmente afectado durante el transoperatorio, debido a que la persona se encuentra totalmente dependiente de los cuidados de enfermería para la prevención de lesiones posturales perioperatorias, hemorragia e infección del sitio quirúrgico.

PERÍODO POST OPERATORIO

La valoración de enfermería se realiza durante el periodo post operatorio inmediato de la persona en el área de recuperación. Escala de Ramsay 3 (dormida con respuesta a órdenes). Requiere apoyo de oxígeno suplementario por puntas nasales sin compromiso respiratorio o hemodinámico aparente.

Se observa palidez de tegumentos, con catéter periférico permeable, herida quirúrgica con datos de sangrado mínimo. Se encuentran datos de hematuria en sondaje vesical. Se realiza monitorización de signos vitales obteniendo las siguientes cifras: T/A 125/78 mmHg, SPO2 98%, Fc 80 lpm, Fr 16 rpm. Se encuentra con manejo analgésico y

antibiótico. Se encuentra en vigilancia de hematuria y sangrado transvaginal. Valoración del dolor con escala EVA reportando 8/10.

A las 24 horas de la intervención quirúrgica se encuentra a la persona orientada, con deambulacion asistida, ligera palidez de tegumentos, con catéter periférico permeable, sin datos de infección, uresis clara sin datos de hematuria macroscópica, refiere datos de sangrado transvaginal leve, así como canalización de gases. Se realiza monitorización de signos vitales resultando las siguientes cifras: T/A 128/78 mmHg, EVA 6/10 a la movilización, SPO2 96%, Fc 78 lpm, Fr 16 rpm. Continúa con manejo antibiótico y analgésico.

Durante el post operatorio, continúa la afectación del Dominio 11. Seguridad / Protección, al presentarse riesgo de hemorragia postoperatoria y riesgo de infección del sitio quirúrgico. También existe afectación del Dominio 12. Comodidad física, como lo demuestra la valoración del dolor con el uso de la escala EVA.

DIAGNÓSTICO, PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN

PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE EL PERIOPERATORIO

Con los datos significativos obtenidos durante las valoraciones realizadas en el proceso perioperatorio, se establece la

la jerarquización de los dominios afectados para desarrollar el Plan de Cuidados, la cual se plasma en la figura 1.

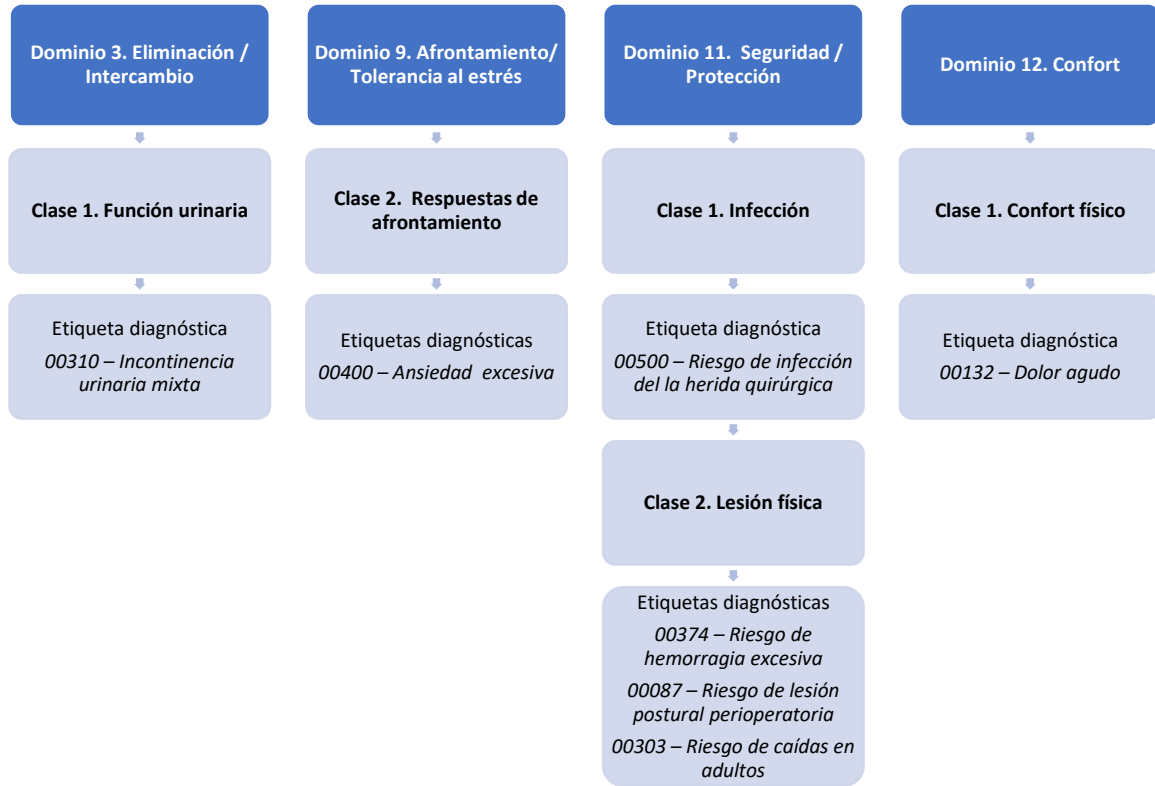


Figura 1. Dominios afectados según la NANDA-I

Fuente: Elaboración propia con base en Herdman T. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2024-2026. 13ª Ed. Editorial Elsevier. España: 2025.

De esta forma, es posible diseñar los Planes de Cuidados de Enfermería (tabla 1,2,3) orientados a la satisfacción de las necesidades de la persona de una manera

holística, al considerar los aspectos fisiológicos, psicológicos, sociales y emocionales que resultaron afectados por el procedimiento quirúrgico al cual se somete.

Tabla 1. Plan de cuidados de enfermería preoperatorio

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADO	INTERVENCIONES
00310 - Incontinencia urinaria mixta r/c prolapso de órganos pélvicos evidenciado por vaciado incompleto de la vejiga, pérdida de orina al toser, estornudar, con el esfuerzo físico y urgencia urinaria.	0502 Continencia urinaria	- 0610 Cuidados de la incontinencia urinaria - 0640 Micción estimulada
00400 - Ansiedad excesiva r/c situación desconocida evidenciado por expresión de angustia, inseguridad, insomnio, contacto y voz temblorosa.	1211 Nivel de ansiedad	- 5820 Disminución de la ansiedad - 5270 Apoyo emocional - 4920 Escucha activa - 5230 Mejora del afrontamiento - 5340 Presencia

Fuente: Herdman T. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermero: Definiciones y clasificación 2024-2026. 13ª Ed. Editorial Elsevier. España: 2025
Moorhead S, Swanson E., Johnson M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de resultados en salud. 7ª ed. España: Elsevier Mosby; 2024.
Wagner CM, Howard B., Clarke M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 8ª ed. España: Elsevier; 2024.

Tabla 2. Plan de cuidados de enfermería transoperatorio

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADO	INTERVENCIONES
00087 - Riesgo de lesión postural perioperatoria r/c procedimiento quirúrgico $\geq$ 3 horas.	1902 Control del riesgo	- 3540 Prevención de las lesiones por presión - 0842 Cambio de posición: Intraoperatorio
00374 - Riesgo de hemorragia excesiva r/c régimen terapéutico	0413 Severidad de la pérdida de sangre	- 4010 Prevención de hemorragias - 4120 Manejo de líquidos - 2900 Asistencia quirúrgica
00500 - Riesgo de infección de la herida quirúrgica r/c procedimiento invasivo (cirugía)	1902 Control del riesgo	- 6545 Control de infecciones: intraoperatorio - 2910 Manejo de la instrumentación quirúrgica

Fuente: Herdman T. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermero: Definiciones y clasificación 2024-2026. 13ª Ed. Editorial Elsevier. España: 2025
Moorhead S, Swanson E., Johnson M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de resultados en salud. 7ª ed. España: Elsevier Mosby; 2024.
Wagner CM, Howard B., Clarke M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 8ª ed. España: Elsevier; 2024.

Tabla 3. Plan de cuidados de enfermería posoperatorio

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADO	INTERVENCIONES
00132 - Dolor agudo r/c lesiones por agentes físicos evidenciado por EVA 8/10 y expresión facial del dolor.	2102 Nivel del dolor	- 2300 Administración de medicación - 0840 Cambio de posición - 6480 Manejo ambiental
00303 - Riesgo de caídas en adultos r/c disminución de la fuerza de las extremidades inferiores y personas en el postoperatorio temprano	1939 Control del riesgo: caídas	- 0740 Cuidados del paciente encamado - 6610 Identificación de riesgos - 6490 Prevención de caídas

00500 - Riesgo de infección de la herida quirúrgica r/c persona expuesta al incremento de patógenos en el ambiente.	2305 Recuperación quirúrgica: postoperatorio inmediato	- 6540 Control de infecciones - 3660 Cuidados de las heridas - 3590 Vigilancia de la piel
---	--	---

Fuente: Herdman T. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermero: Definiciones y clasificación 2024-2026. 13ª Ed. Editorial Elsevier. España: 2025
Moorhead S, Swanson E., Johnson M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de resultados en salud. 7ª ed. España: Elsevier Mosby; 2024.
Wagner CM, Howard B., Clarke M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 8ª ed. España: Elsevier; 2024.

EVALUACIÓN

Durante el período perioperatorio, con el uso de las taxonomías enfermeras NANDA, NOC y NIC, es posible la satisfacción de las necesidades fisiológicas, emocionales, psicológicas y espirituales, de una manera holística, logrando ofrecer a la persona cuidados de calidad, realizando intervenciones basadas en estas necesidades y en una metodología de trabajo guiada por la ciencia y la evidencia.

Las intervenciones enfermeras durante la fase preoperatoria fueron oportunas. Se logró contribuir al bienestar emocional de la persona al validar la ansiedad y el temor expresados de manera verbal, a través de la escucha activa, con actividades como: mostrar un lenguaje no verbal de seguridad mientras se escuchan las inquietudes de la persona, evitar interrumpir a la paciente mientras explica sus temores, parafrasear de manera resumida las inquietudes expresadas y haciendo preguntas. Posteriormente, se explican todas las acciones esenciales de seguridad que se llevarían a cabo durante su procedimiento quirúrgico, lo que disminuye los niveles de ansiedad de la

persona.

En cuanto al temor que expresa sobre las posibles complicaciones que se enlistan en el consentimiento informado de procedimiento quirúrgico, se explica a la persona que se trata de riesgos potenciales, por lo que no siempre se presentan durante el trans y postoperatorio, y que se hace de su conocimiento de manera que se pueda tener un mejor seguimiento de signos y síntomas de importancia en el post operatorio. De esta forma, la persona comprendió que se trataba de información que la ayudaría a tomar un rol activo en el mantenimiento de su salud en el proceso de recuperación, donde la vigilancia de signos y síntomas es de vital importancia en post operatorio y hasta la visita de control.

En cuanto a los cuidados transoperatorios, se presta especial atención al riesgo de lesión postural perioperatoria, ayudando a colocar de manera adecuada a la persona en la cama quirúrgica, vigilando el correcto acomodo de las prominencias óseas y la adecuada mecánica corporal de la persona. Se

realizan las intervenciones para la prevención de las infecciones del sitio quirúrgico, como una vigilancia de la correcta antisepsia y asepsia del sitio quirúrgico, la adecuada higiene de manos, vestido de mesa y equipo quirúrgico, respetando en todo momento la técnica estéril, así como durante toda la intervención quirúrgica. El procedimiento quirúrgico que se efectuó fue congruente con la bibliografía, por lo que se tenía preparado el instrumental, los materiales consumibles, textiles y las suturas correspondientes, lo que ayudó a disminuir el tiempo quirúrgico y el riesgo de hemorragia. Las intervenciones implementadas para disminuir el riesgo de sangrado fueron satisfactorias, ya que se llevó un conteo de los textiles utilizados en todo momento y se notificó al equipo de anestesiología el sangrado aproximado durante todo el transoperatorio; de igual forma, se llevaba el control de toda solución intravenosa que se proporcionaba para administrar a la paciente durante el procedimiento, datos que también se notificaban a los médicos anestesiólogos.

Durante el postoperatorio inmediato, la atención de enfermería se dirige a la monitorizaron constante de los signos vitales y se toman datos del funcionamiento fisiológico de la persona al llegar a la sala de recuperación, a los 15 minutos, a los 30 minutos y a los 45

minutos posteriores a la última cuantificación de signos vitales. Las necesidades básicas de respiración y circulación se encuentran satisfechas, sin reportarse eventualidades en este rubro, requiriendo únicamente apoyo de oxígeno suplementario por puntas nasales.

Se realiza nuevamente la valoración por parte de enfermería, con un interrogatorio dirigido a la persona cuando se recupera de la sedoanalgesia, período en el cual, las medidas de seguridad como vigilancia, informar a la paciente sobre las medidas de seguridad, mantener el confort y mantener los barandales de la camilla en alto, se refuerzan para evitar caídas en el paciente adulto.

La persona reporta dolor, con una 6/10 en la escala EVA. Se inicia manejo terapéutico con analgesia postoperatoria, disminuyendo el dolor de manera efectiva a una puntuación de 2/10 en la misma escala.

Los signos y síntomas de la incontinencia urinaria mejoraron de manera inmediata posterior a la intervención, ya que se repara el prolapso en canal vaginal y se reconstruye esta cavidad, por lo que la persona refiere sentirse satisfecha con los resultados inmediatos de la cirugía. Se requiere el uso de sondaje vesical durante las 24 horas siguientes en el post operatorio.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Para la patología de POP los datos estadísticos de mayor relevancia encontrados para la elaboración de este estudio de caso provienen de los Estados Unidos, en donde se estima que 200.000 cirugías por año son realizadas por el diagnóstico de POP. Entre un 7,5-14% de las histerectomías realizadas tiene como causa el POP. El estudio Women's Health Initiative (WHI) describe que un 41% de mujeres no histerectomizadas y el 38% de las mujeres histerectomizadas tenían algún tipo de prolapso. Sin embargo, en México y otros países, la literatura y datos estadísticos existentes respecto a la colpectomía es limitada por el bajo número de cirugías al año reportadas y el bajo número de incidencias registradas.^{5, 13}

Esta falta de información actual disponible contrasta con la naturaleza científica de la Enfermería, pues para realizar cuidados especializados en pacientes sometidos a cirugía ginecológica es consecuencia directa de conocer los aspectos más relevantes de las patologías de más alta incidencia por especialidad médico-quirúrgica, lo que nos permite ampliar el juicio clínico enfocado al cuidado.

Así, resalta la importancia de la documentación y divulgación de estos casos, de manera que se cuente con más datos respaldados por el rigor metodológico para la generación de pautas, directrices y recomendaciones que puedan guiar el cuidado enfermero de aquellas mujeres que,

a lo largo de la vida, pudieran ser operadas por POP. (3,4)

Con base en los hallazgos de este estudio, podemos concluir que aplicar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en el período perioperatorio en una paciente sometida a colpectomía secundaria a prolapso de órganos pélvicos con base a la Taxonomía NANDA, NIC y NOC, dirige las intervenciones de la enfermera quirúrgica para ser oportunas y eficaces, al jugar un papel importante en el manejo integral y holístico en la recuperación exitosa de los pacientes quirúrgicos.

En cuanto a la percepción de la satisfacción quirúrgica la persona se encontró satisfecha desde el punto de vista del prolapso. Independientemente del tiempo transcurrido desde la cirugía, y si bien no existe una validación clínica en la población nacional debido a la baja incidencia de esta metodología, la percepción subjetiva del resultado es el parámetro clínico más importante en este tipo de cirugía. (5, 14)

Este estudio, confirma que el profesional en Enfermería con conocimientos especializados en el área quirúrgica es un miembro esencial del equipo quirúrgico, ya que sus responsabilidades y actividades repercuten en los pacientes, pero también en las actividades de otros miembros del equipo (13), siendo un recurso humano de vital importancia para lograr una atención

holística de calidad a las necesidades durante el acto quirúrgico.

REFERENCIAS

1. Hurt J. Ginecología y obstetricia de bolsillo. 2da ed. Philadelphia EE. UU. Wolters Kluwer. 2020.
2. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Prolapso de los órganos pélvicos. Prog Obstet Ginecol. [Internet]. 2020; 63(1):54-59. [consultado 2024 Mar 25] Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n1/11_Prolapso_de_los_organos_pelvicos_2019.pdf DOI: 10.20960/j.pog.00262
3. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Prolapso de la Pared Vaginal Anterior (Cistocele) e Incontinencia Urinaria de Esfuerzo [Internet] México. 2010; [consultado 2024 Mar 25] Disponible en: <https://imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/263GRR.pdf>
4. Vega R. et al. Manejo de prolapso de órganos pélvicos con colposacropexia laparoscópica: reporte de caso. Rev Mex Urol. [Internet] 2015; 75(4):236-239 [consultado 2024 Mar 16] Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-mexicana-urologia-302-pdf-S2007408515000464> DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.uromx.2015.02.002>
5. Gobierno de México. Tablas de cirugías realizadas en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes [Internet] Ciudad de México. 2017; [consultado 2024 May 05]. Disponible en: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/cirugias-practicadas>
6. Editorial Elsevier [Internet]. España: Elsevier; 2022. [consultado 2024 Jun 10] Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/nanda-i-nic-noc-vinculos-y-uso-en-la-practica-clinica>
7. Solarte A, Tovar S, Vásquez A. Cuidado de Enfermería según Virginia Henderson en gestantes atendidas durante el parto hospital Turbo, Antioquia. [Tesis del Programa en Enfermería] Fundación Universitaria Del Área Andina. Facultad De Ciencias de la Salud. Antioquía, Colombia. 2023. Disponible en: <https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/5897/Trabajo%20de%20grado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Herdman H. Kamitsuru S. Takáo C. NANDA Internacional. Diagnósticos de enfermería: Definiciones y clasificación 2024 - 2026. 13ª Ed. Editorial Elsevier; 2025
9. Moorhead S, Swanson E., Johnson M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de resultados en salud. 7ª ed. España: Elsevier Mosby; 2024.
10. Wagner CM, Howard B., Clarke M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 8ª ed. España: Elsevier; 2024.
11. Cámara de diputados del H. congreso de la unión. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. [Internet] México. 2014. [consultado 2023 Mar 17] Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
12. Secretaría de Salud. Consejo de Salubridad General Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. [Internet] México; 2023. [consultado 2023 Mar 19] Disponible en: http://csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelo_de_seguridad/acciones_ModeloCSG/AESPCSG-DGCE16junio2023.pdf
13. Ciku M. The importance of the perioperative nurse. Community Eye Health. 2020 [Internet] December 2020. [consultado 2024 Jun 22] 33(110):44-45. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8115701/>
14. De Petris V. Laiz R. Castro L. Francisco. Técnicas obliterativas en el tratamiento quirúrgico del prolapso genital femenino. Experiencia en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2017 [consultado 2023 Mar 19] 82(5):480-490. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pId=S071775262017000500480&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262017000500480>.

ESTUDIO DE CASO

Proceso enfermero en un adulto mayor con fractura peritrocantérica bajo la teoría de síntomas desagradables

Nursing process in an older adult with peri-trochanteric fracture in light of the theory of unpleasant symptoms

Blanca Selene Muñoz-Zacarias¹, Isai Arturo Medina-Fernández¹, María Magdalena Delabra Salinas¹, Martín Pantoja-Herrera², Josué Arturo Medina Fernández³

RESUMEN

Introducción. La fractura de cadera se considera la complicación más grave en términos de morbilidad y carga económica en la población de edad avanzada. Además, este tipo de fractura incrementa la probabilidad de sufrir efectos adversos significativos durante la hospitalización, lo que con frecuencia resulta en estancias hospitalarias prolongadas y un mayor riesgo de mortalidad.

Objetivo. Elaborar un plan de cuidados de enfermería dirigido a una persona adulta mayor con fractura peritrocantérica, enfocado en el cuidado integral para favorecer su rehabilitación y mejorar su calidad de vida.

Metodología. Se llevó a cabo un proceso de atención de enfermería en el área de reconstrucción articular de un hospital de tercer nivel en la Ciudad de México, México. Para ello, se utilizó una valoración basada en la Teoría de los Síntomas Desagradables de Elizabeth Lenz y una evaluación geriátrica integral, obteniendo información del expediente clínico electrónico. El proceso de enfermería se aplicó a los tres diagnósticos prioritarios según las taxonomías NANDA, NOC, NIC. **Resultados.** La integración de una valoración geriátrica integral junto con un modelo de enfermería centrado en el paciente garantiza un enfoque holístico y completo tanto para la persona mayor como para su familia.

Conclusiones. En el transcurso de la hospitalización la paciente tuvo una recuperación lenta pero progresiva, gracias a las intervenciones precisas del equipo multidisciplinario se brindó el abordaje adecuado y puede llevar su rehabilitación en casa.

Palabras clave: Adulto mayor, Fracturas de cadera, Proceso de enfermería

ABSTRACT

Introduction. Hip fracture is considered the most serious complication in terms of morbidity and mortality and economic burden in the elderly population. In addition, this type of fracture increases the likelihood of significant adverse effects during hospitalization, often resulting in prolonged hospital stays and increased risk of mortality. **Objective.** To develop a comprehensive nursing care plan for an older adult with a peritrochanteric fracture, focused on comprehensive care to promote rehabilitation and improve quality of life.

Methodology. A nursing care process was carried out in the joint reconstruction area of a tertiary hospital in Mexico City, Mexico. For this purpose, an assessment based on Elizabeth Lenz's unpleasant symptom theory and a comprehensive geriatric evaluation was used, obtaining information from the electronic clinical record. The nursing process was applied to the three priority diagnoses according to the NANDA, NIC and NOC taxonomies. **Results.** The integration of a comprehensive geriatric assessment together with a patient-centered nursing model ensures a holistic and comprehensive approach for both the elderly person and his or her family. **Conclusions.** During hospitalization, the patient had a slow but progressive recovery, thanks to the precise interventions of the multidisciplinary team the appropriate approach was provided, and she can carry her rehabilitation at home.

Keywords: Elderly, Hip fractures, Nursing process

¹Universidad Autónoma de Coahuila. Facultad de Enfermería. Yucatán, México.

²Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra. Ciudad de México, México

³Universidad Autónoma de Quintana Roo. División de Ciencias de la Salud. Quintana Roo, México

Recibido: 25 de noviembre de 2024

Aceptado: 1 de abril de 2025

Publicado: 15 de julio de 2025

Correspondencia para el autor: Isai Arturo Medina Fernández. Calzada Francisco I. Madero 1237. Zona Centro. C.P. 25000. Saltillo, Coahuila, México. isai-medina@uadec.edu.mx

INTRODUCCIÓN

La enfermería se caracteriza por brindar cuidados basados en conocimientos y técnicas especializadas, lo que ha permitido desarrollar un método de trabajo propio: el Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Este proceso está compuesto por una serie de procedimientos lógicos, dinámicos y sistemáticos, orientados a ofrecer cuidados sustentados en evidencias científicas. Los profesionales de enfermería, a través del PAE, enfocan su labor en el cuidado humano, realizan diagnósticos, planifican, ejecutan y evalúan sus acciones, con énfasis en la integralidad, totalidad y seguridad del cuidado (1). Como profesionales de enfermería la misión es desarrollar estudios de caso que enriquezcan la práctica clínica, a su vez utilizarlos como herramientas que ayuden a comprender mejor los fenómenos de salud y a los pacientes en sus contextos, abordando problemas en situaciones reales (2).

Este artículo tiene como objetivo elaborar un plan de cuidados de enfermería dirigido a una persona adulta mayor con fractura pertrocanterica, enfocado en el cuidado integral para favorecer su rehabilitación y mejorar su calidad de vida.

La Valoración Geriátrica Integral es un enfoque innovador en enfermería, que permite una evaluación completa de la persona mayor. Esta evaluación combina modelos de cuidado y herramientas especializadas como las escalas de valoración geriátrica. Esta metodología favorece una atención centrada en el

paciente, orientada a preservar su capacidad funcional y a detectar de manera temprana los síndromes geriátricos. Lo que contribuye a mejorar la calidad de vida del adulto mayor y a promover un envejecimiento saludable.

El envejecimiento es un proceso que conlleva alteraciones en los sistemas musculoesquelético, nervioso central y sensoriales (como el visual, vestibular y propioceptivo), lo que incrementa el riesgo de caídas. Las caídas son muy comunes y se han convertido en un grave problema de salud pública debido a los significativos costos económicos y funcionales que implican para las personas mayores y sus familias (3).

Para el 2021, aproximadamente un tercio de los adultos mayores a nivel mundial sufrió al menos una caída al año. La frecuencia de caídas aumenta con la edad y son detonantes de sentimientos y emociones negativas en quienes las padecen. Las caídas generan miedo, reducen la confianza, limitan actividades diarias y afectan la calidad de vida. Las tasas de caídas varían según el entorno, la edad y las condiciones de vida; sin embargo, son la segunda causa global de muerte en adultos mayores por lesiones accidentales (4).

El presente estudio de caso fue realizado en el área de Orto geriátrica en un hospital de tercer nivel de atención en la Ciudad de México. Se centró en una paciente femenina de 86 años con diagnóstico de fractura peri trocanterica de cadera, fractura metafisaria distal del radio y cubito derecho,

y de fragilidad capilar importante. Previo al incidente de caída era una adulta mayor independiente y funcional a pesar de las restricciones con las que enfrentaba relacionado con problemas de movilidad y el uso de aditamentos, la independencia previa al incidente fungió como factor de elección debido a que magnificaba el impacto en el bienestar del paciente tanto físico como psicológico, por último, la inquietud e interés de los familiares por brindar un cuidado adecuado al egresar del hospital.

La optimización del cuidado se logra mediante el (PAE), es fundamental la aplicación de modelos de enfermería, así como teorías de rango medio en la práctica clínica para realizar una valoración exhaustiva y precisa del paciente. Este proceso facilita el diagnóstico, la planificación e implementación de cuidados personalizados y la evaluación continua,

aplicando las taxonomías NANDA, NOC y NIC (5).

El presente estudio de caso tomó como referencia la teoría de rango medio “De los síntomas desagradables” desarrollada por Elizabeth Lenz donde su concepto principal es el síntoma, la experiencia de este o varios puede preceder y dar lugar a otro, experimentar un conjunto de estos puede llevar a una percepción mayor de la experiencia sintomática. El síntoma se conceptualiza en cuatro dimensiones relacionadas entre sí: intensidad, tiempo, angustia y calidad. Así mismo, refiere que la experiencia del síntoma se modifica por el origen de sus factores los cuales pueden ser fisiológicos, psicológicos y situacionales, que dan lugar a la consecuencia siendo este el resultado o efecto del síntoma sobre la capacidad del individuo, las cuales pueden ser cognitivas, motoras y de comportamiento social (6).

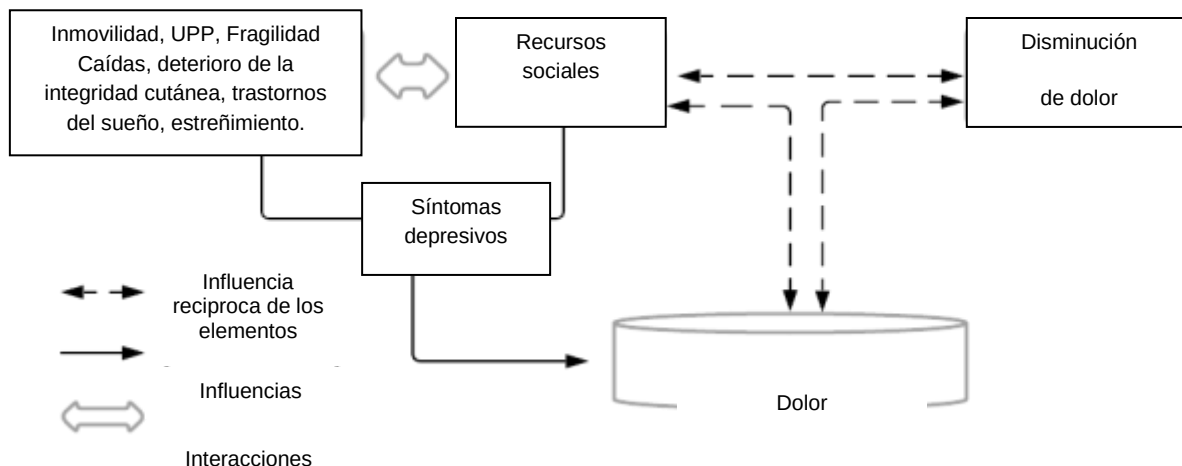


Figura 1. Modelo de la teoría de los síntomas desagradables aplicado al PAE. (7)

La aplicación de este modelo permitió identificar los factores que influyen en la

experiencia del síntoma, con el objetivo de fomentar la salud, prevenir complicaciones y

promover el autocuidado y la independencia del paciente para una recuperación más efectiva. El estudio de caso y sus intervenciones se enfocaron en preservar la integridad de la piel, prevenir problemas asociados a la inmovilidad, controlar el dolor y mejorar la función física, favoreciendo así el bienestar general y la adaptación a las limitaciones.

Objetivo general

Elaborar un plan de cuidados de enfermería dirigido a una persona adulta mayor con fractura peritrocantérica, enfocado en el cuidado integral para favorecer su rehabilitación y mejorar su calidad de vida.

Elaborar un plan de cuidados de enfermería a una persona adulta mayor con fractura de peritrocantérica, centrado en la persona, para favorecer su rehabilitación e independencia en las actividades de la vida diaria según sus capacidades.

Objetivos específicos

Abordar las disminuciones en la capacidad intrínseca y promover la optimización de la capacidad funcional.

Realizar una valoración de enfermería con un enfoque innovador conjuntando la valoración geriátrica integral con el uso de una teoría de rango medio de enfermería de los síntomas desagradables.

MATERIALES Y MÉTODO

Estudio de caso clínico en una paciente que ingresó a la unidad de urgencias traumatológicas donde realizaron valoración clínica y radiográfica para determinar fractura peri trocantérica de cadera derecha como diagnóstico principal, diagnósticos añadidos fractura metafisaria distal del radio derecho, así como fractura metafisaria distal de cubito derecho.

La atención a la paciente se llevó a cabo de acuerdo con las etapas del PAE. En la valoración, la información recopilada fue obtenida de la aplicación de escalas de valoración geriátrica las cuales se relacionaron con los factores influenciadores de la teoría de los síntomas desagradables, en conjunto con la valoración física y la revisión de la historia clínica, esto permitió

obtener una evaluación integral del paciente.

VALORACIÓN

En cuanto a la valoración geriátrica incluyó una ficha con datos sociodemográficos, la Escala Visual Análoga (EVA), Escala de Braden, evaluación sensorial, un cuestionario sobre la red de apoyo social, una lista de medicamentos y productos alternativos, una descripción del problema de salud actual, El ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire), Montreal Cognitive Assessment (MoCA), la Mini Evaluación Nutricional (MNA), la evaluación de la agudeza visual, una prueba de audición, el Patient Health Questionnaire (PHQ-9) para

evaluaron los síntomas depresivos así como el Older Americans Resources and Services (OARS) que permitió evaluar los recursos sociales. Así mismo la escala de Lawton y Brody fue aplicada para medir actividades instrumentales de la vida diaria y escala de Barthel para las actividades básicas de la vida diaria.

Después de la valoración, se identificaron los datos clínicos objetivos y subjetivos significativo. Esto permite reconocer los factores influenciadores alterados y avanzar a la etapa diagnóstica utilizando la taxonomía NANDA 2024-2026, donde se desarrollaron los diagnósticos enfermeros prioritarios enfocados en la persona mayor y su familia, cumpliendo con criterios específicos, medibles, alcanzables, factibles, relevantes, razonables y asegurando que se logre durante su estancia de 14 días en el área de orto geriatria.

Para la fase de planificación se desarrolló un plan de cuidados individualizado de los tres diagnósticos prioritarios para mejorar las respuestas del paciente y su familia, centrándose en las necesidades más relevantes. En la cuarta etapa, se ejecutó el plan de cuidados de enfermería, donde las actividades se llevaron a cabo con el fin de alcanzar objetivos razonables que mantuvieran un estado de salud favorable, utilizando las taxonomías NOC y NIC. Finalmente, se evaluó el cumplimiento de los objetivos establecidos para las intervenciones, analizando la respuesta del paciente y su evolución, lo que permitió tomar decisiones en la revaloración y continuar con el ciclo del PAE.

El uso de escalas geriátricas y el modelo de enfermería se conjuntó para el cumplimiento de la valoración la cual se elaboró entorno a los factores influenciadores del síntoma, psicológicos, fisiológicos y situacionales (ver tabla 1).

FACTORES PSICOLÓGICOS

El segundo día de hospitalización ya ubicada en la unidad de Orto Geriatria se llevó a cabo una entrevista semiestructurada en la que la paciente expresó diversos sentimientos respecto a su situación actual. Manifestó preocupación y ansiedad tanto por su estado de salud como por sus cuidadores principales y la organización de sus cuidados. Asimismo, comentó sentir temor ante la intervención quirúrgica, aunque su mayor inquietud radicaba en el proceso de rehabilitación y la posibilidad de recuperar su independencia tras lo sucedido.

El estado de ánimo fue evaluado utilizando la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (8) en su versión reducida, se obtuvo una puntuación de 9, lo que indica la presencia de depresión leve según los criterios establecidos por la escala. Esto sugiere que la persona evaluada presenta síntomas depresivos que, aunque no alcanzan un nivel de gravedad moderada o severa, podrían influir en su bienestar emocional y calidad de vida. Se recomienda considerar una evaluación más profunda para determinar la necesidad de intervención o seguimiento psicológico.

FACTORES FISIOLÓGICOS

Al ingreso, se colocó una sonda vesical #14 Fr para derivación urinaria. Al momento de la valoración, presentaba un volumen de 350 ml de orina, de color amarillo ámbar y sin sedimentos macroscópicos. Se evaluaron antecedentes de incontinencia urinaria mediante el cuestionario ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire) (9). Se obtuvo una puntuación de 0, lo que indica la ausencia de síntomas asociados a este síndrome. Este resultado sugiere que la persona evaluada no presentó problemas de control urinario que afectaron su calidad de vida, permitiendo descartar la presencia de incontinencia urinaria en este caso.

En cuanto a la función intestinal, la paciente presentó ausencia de evacuaciones durante cuatro días. Aunque refería necesidad de defecar, no logró realizar evacuaciones de manera espontánea.

La valoración del dolor fue realizada mediante la Escala Analógica Visual (EVA), indicó un nivel de 7 sobre 10, lo que sugiere un dolor de intensidad moderada a severa. Además, se reportó que este solo disminuía tras la administración de medicamentos, lo que resalta la importancia del manejo farmacológico en su control.

Por otro lado, el estado cognitivo fue evaluado mediante la prueba Montreal Cognitive Assessment (MoCA®)(10), en la que se obtuvo una puntuación de 28. Este resultado se encuentra dentro del rango normal, permitiendo descartar la presencia de deterioro cognitivo en la persona evaluada.

La evaluación nutricional, realizada mediante el Mini-Nutritional Assessment – Short Form® (MNA-SF)(11), arrojó un puntaje de 8, lo que indica un riesgo significativo de desnutrición. Además, la paciente reportó una pérdida de cuatro kilogramos en los últimos tres meses, lo que refuerza la presencia de factores de riesgo nutricional, esto a pesar de mantener una alimentación equilibrada, incluyendo todos los grupos de alimentos en la medida de lo posible, mencionó que en los últimos meses ha experimentado saciedad rápida al iniciar la ingesta, lo que podría estar contribuyendo a su estado nutricional actual. Estos hallazgos subrayan la necesidad de un seguimiento nutricional para prevenir el desarrollo de desnutrición

Debido a su estado de inmovilidad, se omitió la aplicación de pruebas de movilidad y rendimiento físico, como el SPPB y el "Get Up and Go". Antes de su ingreso hospitalario, realizaba caminatas cortas cerca de su hogar; sin embargo, actualmente permanece en cama y recibe intervención del equipo de terapia física para prevenir la atrofia muscular.

En cuanto a la calidad del sueño, la paciente refirió sentirse intranquila durante su estancia hospitalaria. En comparación con su patrón previo al incidente, su descanso se ha visto interrumpido por factores ambientales y preocupaciones sobre su estado de salud. Además, ha experimentado alteraciones en su ciclo de sueño, requiriendo siestas durante el día para compensar la falta de descanso nocturno.

Tras su egreso de la UCI y posterior a la intervención quirúrgica, debido a la sintomatología presentada, se aplicó la escala CAM(12) para la detección de delirium, confirmándose el diagnóstico.

FACTORES SITUACIONALES

Debido a su procedimiento quirúrgico y estado de salud actual, la paciente requerirá apoyo en sus hábitos de higiene personal, como el baño y el vestido. Antes de su ingreso hospitalario, era autónoma en sus actividades diarias, tenía su esquema de vacunación completo y asistía regularmente a sus citas médicas. Se encargaba de la administración de sus medicamentos, tomándolos en horarios estrictos, y mantenía hábitos de higiene personal con aseo de una a dos veces al día. Aunque algunos medicamentos eran preparados por sus cuidadores, ella elegía una alimentación saludable y acudía regularmente al dentista. También realizaba caminatas ocasionales para mantenerse activa.

Sin embargo, reconoce que carece de conocimientos sobre autocuidado en alimentación, rehabilitación y su enfermedad, pero está dispuesta a aprender para optimizar su recuperación.

Para evaluar su red de apoyo, se aplicó un cuestionario sobre soporte social, a través del cual se recopilaron datos generales sobre sus cuidadores y la dinámica familiar. Además, se utilizó el instrumento Older Americans Resources and Services (OARS), cuyos resultados indicaron un deterioro leve en los recursos sociales, evidenciando algunas relaciones de baja calidad, insatisfactorias y escasas.

Durante su estancia hospitalaria, la paciente estuvo bajo el cuidado de su hija y su nieta mayor, quien vive con ella algunos días de la semana. No obstante, refirió dificultades en la organización del cuidado en el hospital debido a las responsabilidades de cada una. Sus dos hijas menores no residen en la ciudad, por lo que únicamente pueden brindar apoyo económico, sin posibilidad de participar en su cuidado directo.

Tabla 1. Valoración de enfermería

FACTORES RELACIONADOS	ESCALA DE VALORACIÓN APLICADA	SÍNDROME GERIÁTRICO
PSICOLOGICOS	Yesavage versión corta	Síntomas depresivos
	Escala de Braden	Lesiones por presión
	Entrevista semiestructurada	Estreñimiento
FISIOLOGICOS	Escala CAM	Delirium
	FRAIL scale	Inmovilidad Fragilidad Caídas
	Escala visual análoga	Dolor
	Entrevista semiestructurada	Trastornos del sueño
SITUACIONALES	Mini-Nutritional Assessment – Short Form ®	Malnutricion
	Older American and Resourse Socials (OARS)	Probable sobrecarga del cuidador
	Cuestionario de red de soporte social	

Fuente: Elaboración propia

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 86 años que ingresó a la unidad de urgencias traumatológicas de un hospital de tercer nivel en la Ciudad de México el 18 de junio de 2024. Refirió haber iniciado su padecimiento el día anterior, cuando, mientras deambulaba en su domicilio, tropezó y cayó desde su plano de sustentación, sufriendo una contusión directa en la muñeca y cadera derechas. Esa noche se encontraba sola en su hogar, por lo que permaneció en el suelo hasta la

mañana siguiente, cuando su familiar la encontró tras llegar a la vivienda. Su nieta mayor, quien es su cuidadora principal, reside con ella de lunes a viernes, aunque se ausenta durante su jornada laboral y en ocasiones cuando pernocta en casa de su madre.

Durante la exploración física realizada en la unidad de Orto Geriátría, se detectaron tegumentos con ligera palidez y mucosas orales semihidratadas. Se observó equimosis y edema en la extremidad pélvica afectada, así como un hematoma en

el omóplato derecho y una lesión dérmica en la cara externa del maléolo de la extremidad derecha. La movilidad y sensibilidad estaban conservadas, sin signos de alarma; sin embargo, se identificaron datos de compromiso neurovascular distal. Las micciones presentaban características normales, pero se reportó ausencia de evacuaciones en las últimas 72 horas.

La vía periférica instalada en urgencias presentó disfuncionalidad, a pesar de varios intentos, no se logró su recanalización debido a una marcada fragilidad capilar. Como resultado, se solicitó una interconsulta con la clínica de catéteres para la colocación de un catéter venoso central. Mientras se resolvía esta situación, la paciente permaneció sin soluciones parenterales. Finalmente, el catéter fue colocado al segundo día de hospitalización, permitiendo retomar la administración de soluciones y medicamentos por vía intravenosa.

El viernes 20 de junio, se llevó a cabo una cirugía de cadera derecha. Tras el procedimiento, la paciente fue trasladada a la unidad de cuidados intensivos (UCI) como parte del protocolo, aunque su estancia se prolongó a tres días debido a niveles bajos de plaquetas, que se encontraban en 110,000 y habían sido detectados antes de la cirugía. Durante su permanencia en la UCI, recibió la transfusión de dos paquetes globulares. Aunque se observó un aumento en los niveles de plaquetas, estos aún no eran suficientes para su traslado a la unidad de

Orto Geriatria, por lo que, en total, se le administraron cuatro paquetes antes de que fuera posible su traslado.

Al egresar de la UCI, la paciente presentó signos de delirium, por lo que se realizó el abordaje pertinente. Cinco días después de la primera cirugía, se efectuó una segunda intervención quirúrgica en la muñeca derecha, sin complicaciones relevantes. Tras una evolución favorable en ambos procedimientos, con niveles de dolor bajos y una recuperación óptima de las plaquetas, la paciente fue dada de alta a su domicilio por mejoría, luego de 14 días de estancia hospitalaria.

DIAGNÓSTICO, PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN

A partir de la valoración realizada, se identificaron tres diagnósticos prioritarios según la taxonomía NANDA, los cuales fueron jerarquizados considerando la gravedad de la condición clínica, el impacto de la hospitalización y el procedimiento quirúrgico, así como sus efectos en la reducción de la capacidad intrínseca y el bienestar tanto de la adulta mayor.

Esta priorización permitió enfocar la atención en los aspectos más críticos, garantizando una intervención adecuada para optimizar la recuperación de la paciente durante su estancia hospitalaria diseñando intervenciones para asegurar una transición segura al egreso hospitalario (ver tabla 2).

Tabla 2. Diagnósticos enfermeros prioritarios.

DIAGNÓSTICO	FACTORES RELACIONADOS	EVIDENCIADO POR
Deterioro de la integridad cutánea (00046)	Índice de masa corporal por debajo del rango normal para la edad y el sexo.	Dolor agudo Color de piel alterado Piel perforante de materias extrañas Turgencia alterada
Confusión aguda (00128)	Movilidad física deteriorada Ciclo de sueño-vigilia alterado Dolor	Percepción errónea Manifestaciones neuroconductuales Disfunción cognitiva
Dolor agudo (00132)	Conducta de protección Conducta defensiva Conducta expresiva (llantos, suspiros, irritabilidad, agitación, estado de alerta, gemidos):	El paciente comunica la intensidad del dolor utilizando una escala de valoración del dolor. El paciente comunica las características específicas del dolor utilizando un instrumento de valoración del dolor.

Fuente: Elaboración propia

A partir de los diagnósticos prioritarios identificados, se elaboró un plan de cuidados en el que se especifican los resultados deseados y las intervenciones implementadas, siguiendo la taxonomía de los resultados esperados (NOC) y las intervenciones de enfermería (NIC).

Etiqueta Diagnóstica:	Plan de cuidados de enfermería (PLACE)		
	Dominio: Salud perdida		Clase: sintomatología
	Clasificación de resultados de enfermería (NOC): Dolor: respuesta psicológica adversa (1306)		
Dominio: Confort Clase: Confort físico El dolor agudo (00132) relacionado con respuestas como protección evidenciado por irritabilidad, agitación, llanto y gemidos.	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
	210110-Estado de ánimo alterado 210112-Trastorno del sueño 210111-Impaciencia 210113-Movilidad física alterada	1-Grave 2-Sustancial 3-Moderado 4-Leve 5-Ninguno	2 - 3 1 - 3 3 - 3 1 - 3 Total: 7 Aumentar a: 13
Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)			
Dominio: Fisiológico básico	Clase: Fomento comodidad física	Dominio: Conductual	Clase: Ayuda al afrontamiento
Intervención independiente: Manejo del dolor (1400) Actividades: Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor. Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias. Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas antes, después y, si fuera posible, durante las actividades dolorosas; antes de que se produzca el dolor o de que aumente, y junto con las otras medidas de alivio del dolor.		Intervención independiente: Mejorar el afrontamiento (5230) Actividades: Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. Valorar y comentar las respuestas alternativas a la situación. Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador. Proporcionar un ambiente de aceptación. Proporcionar al paciente opciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados. Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.	

Fuente; Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (Eds.). (2024). *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2024-2026* (13.ª ed.). Elsevier. Moorhead, S., Swanson, E., & Johnson, M. (2024). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud* (7ª ed.). Elsevier España. Wagner, C. M., & Butcher, H. K. (Eds.). (2024). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)* (8.ª ed.). Elsevier.

Etiqueta Diagnóstica:	Plan de cuidados de enfermería (PLACE)		
	Dominio: Salud fisiológica	Clase: Neurocognitiva	
	Clasificación de resultados de enfermería (NOC): Nivel de delirio-0916		
Dominio: Percepción/Cognición. Clase: Cognición. Confusión aguda (00128), relacionado con la movilidad física deteriorada y la alteración del ciclo sueño-vigilia evidenciado por la presencia de dolor, percepción errónea, manifestaciones neuroconductuales y disfunción cognitiva.	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
	091601-Desorientación temporal. 091617-Trastorno del patrón sueño-vigilia. 091612-Verbalizaciones sin sentido. 091613- Alteración del nivel de conciencia.	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderadamente 4. Leve 5. ninguno	2 - 5 1 - 3 3 - 4 3 - 4 Total: 11 Aumentar a: 16

Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)			
Dominio: Fisiológico complejo.	Clase: Control de riesgos.	Dominio: Fisiológico complejo.	Clase: Control neurológico.
Intervención independiente: Manejo del delirio (6440) Actividades: Poner en marcha terapias para reducir o eliminar los factores causantes del delirio. Mantener un ambiente bien iluminado que reduzca los contrastes marcados y las sombras. Informar al paciente sobre persona, tiempo y lugar, si es necesario. Proporcionar un ambiente físico y una rutina diaria constantes. Estimular la memoria, reorientar y promover una conducta adecuada.		Intervención independiente: Monitorización neurológica (2620) Actividades: Vigilar el nivel de consciencia. Comprobar el nivel de orientación. Vigilar las características del habla: fluencia, presencia de afasias o dificultad para encontrar palabras. Comprobar la respuesta a los estímulos: verbal, táctil y lesivos. Consultar con compañeros para confirmar datos. Identificar patrones nuevos en los datos. Aumentar la frecuencia de la monitorización neurológica.	

Fuente: Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (Eds.). (2024). *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2024-2026* (13.ª ed.). Elsevier. Moorhead, S., Swanson, E., & Johnson, M. (2024). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud* (7ª ed.). Elsevier España. Wagner, C. M., & Butcher, H. K. (Eds.). (2024). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)* (8.ª ed.). Elsevier.

Etiqueta Diagnóstica:	Plan de cuidados de enfermería (PLACE)		
	Dominio: Salud fisiológica	Clase: Integridad tisular	
	Clasificación de resultados de enfermería (NOC) Integridad tisular: piel y membranas mucosas. (1101)		
Dominio: Seguridad/Protección Clase: Lesión física Integridad de la piel deteriorada (00046) relacionado con un índice de masa corporal por debajo del rango normal para la edad y el sexo, evidenciada por alteraciones en el color de la piel, la presencia de perforaciones causadas por materiales extraños y una turgencia cutánea disminuida.	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
	110102-Sensibilidad 110111-Perfusión tisular	1.Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3.Moderadamente comprometido. 4.Levemente comprometido. 5. No comprometido.	3 - 3 4 - 4 2 - 1 1 - 1
	110115-Lesiones cutáneas 110122- Palidez	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderadamente 4. Leve 5. ninguno	Mantener a: 10

Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)			
Dominio: Fisiológico complejo	Clase: Control de la piel/heridas	Dominio: Fisiológico complejo	Clase: Control de la piel/heridas
Cuidado de las heridas (3660)		Vigilancia de la piel (3590)	
Actividades: Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje. Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. Cambiar de posición al paciente como mínimo cada 2 horas. Enseñar al paciente o a los familiares los procedimientos de cuidado de la herida, así como los signos y síntomas de infección.		Actividades: Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas. Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades. Valorar el estado de la zona de incisión. Observar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad en la piel y las mucosas. Observar zonas de presión y fricción.	

Fuente: Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (Eds.). (2024). *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2024-2026* (13.ª ed.). Elsevier. Moorhead, S., Swanson, E., & Johnson, M. (2024). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud* (7ª ed.). Elsevier España. Wagner, C. M., & Butcher, H. K. (Eds.). (2024). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)* (8.ª ed.). Elsevier.

EVALUACION

Uno de los diagnósticos priorizados fue "Integridad de la piel deteriorada". Gracias a estas intervenciones, se evitaron posibles lesiones por inmovilidad y los sitios quirúrgicos se mantuvieron en óptimas condiciones. El segundo diagnóstico, "Confusión aguda", se detectó tras la primera intervención quirúrgica y durante la

estancia en la UCI; se observó un aumento en la puntuación, especialmente en la desorientación temporal, el trastorno del patrón sueño-vigilia y las verbalizaciones sin sentido. Por último, las actividades realizadas para el tercer diagnóstico tuvieron un impacto significativo en la percepción del dolor del paciente, gracias a la implementación de estrategias no farmacológicas.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La integración de una valoración geriátrica integral junto con un modelo de enfermería centrado en el paciente garantiza un enfoque holístico y completo tanto para la persona mayor como para su familia. Este enfoque permite abordar todas las dimensiones de la salud del paciente: física, emocional, social y funcional. Al combinar la experiencia clínica en geriatría con la atención especializada en enfermería, se crea un ambiente de cuidado que considera las particularidades de cada individuo.

El desarrollo de un plan de atención en enfermería personalizado es clave para optimizar la recuperación del paciente. Este plan no solo se ajusta a las necesidades inmediatas del paciente, sino que también está diseñado para acompañarlo en su proceso de recuperación gradual, asegurando que se avance de manera

adecuada en cada fase del tratamiento. De este modo, se favorece la mejora continua de su salud, buscando siempre el bienestar integral, tanto a nivel físico como emocional, lo que impacta positivamente en su calidad de vida. Además, este enfoque tiene un impacto significativo en la familia, brindándoles el apoyo necesario y ayudándoles a comprender mejor el proceso de recuperación, promoviendo una red de apoyo más sólida y efectiva.

En resumen, la conjunción de la valoración geriátrica integral con un plan de atención en enfermería adaptado a las características y necesidades del paciente no solo optimiza la recuperación, sino que también asegura que el paciente alcance un estado de bienestar general, promoviendo una vida más saludable y satisfactoria en sus etapas más avanzadas.

REFERENCIAS

1. Miranda-Limachi KE, Rodríguez-Núñez Y, Cajachagua-Castro M, Miranda-Limachi KE, Rodríguez-Núñez Y, Cajachagua-Castro M. Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso. *Enfermería Univ.* 2019;16(4):374–89.
2. T. Heater Herdman, Shigemi Kamitsuru CTL, editor. *NANDA* 2024 - 2026. 13th ed. Barcelona, España: Elsevier; 2024.
3. Concha-Cisternas Y, Vargas-Vitoria R, Celis-Morales C. Cambios morfofisiológicos y riesgo de caídas en el adulto mayor: una revisión de la literatura. *Salud Uninorte* [Internet]. 2020;36(2):450–70. Available from: <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/13284/214421445271>
4. Fernández Olivé M, Zaldívar Suárez N, Saborit Oliva Y, Arturo González Carrazana Y, Elías Postigo O, Collejo Rosabal Y. Efectividad de un programa de ejercicios físicos para la prevención de caídas en el adulto mayor. *Rev Cuba Med Física y Rehabil.* 2021;13(1):34–47.
5. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM E. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6°. Madrid: Elsevier; 2014.
6. Lenz, E. R. P. The middle-range theory of unpleasant symptoms: an update. *ANS. Advances in nursing science*; 1997. 14–27 p.
7. Delgado1 LCCIMORFGC, Néstor Humberto Obregón Sánchez, Reyes BJL, Pedro Enrique Trujillo Hernández. Análisis y evaluación de la teoría en enfermería de síntomas desagradables de Elizabeth Lenz Analysis and evaluation of the nursing theory of unpleasant symptoms by. *index Enferm* [Internet]. 2024;33(4):1–5. Available from: <https://ciberindex.com/index.php/ie/article/view/e14839/e14839?id=107380&user=Blancamunoz23&nivel=1&md=581a0faf0d0f7a3f24061ac2a347748d>
8. Gómez-Angulo C, Campo-Arias A. Geriatric depression scale (GDS-15 and GDS-5): A study of the internal consistency and factor structure | Escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS-15 y GDS-5): Estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Univ Psychol.* 2011;10(3):735–43.
9. Jensen LCG, Boie S, Axelsen S. International consultation on incontinence questionnaire – Urinary incontinence short form ICIQ-UI SF: Validation of its use in a Danish speaking population of municipal employees. *PLoS One.* 2022;17(4 April):1–9.
10. Aiello EN, Gramegna C, Esposito A, Gazzaniga V, Zago S, Difonzo T, et al. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA): updated norms and psychometric insights into adaptive testing from healthy individuals in Northern Italy. *Aging Clin Exp Res* [Internet]. 2022;34(2):375–82. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40520-021-01943-7>
11. Özkaya İ. Nutritional status of the free-living elderly. *Cent Eur J Public Health.* 2021;29(1):68–75.
12. Alcoba Pérez T, Ciria Poza S, Carracedo Catalán C, García Fernández A, Marcos Vidal JM. Valoración de la concordancia entre la escala CAM-ICU y la nursing delirium screening scale en el postoperatorio de cirugía cardíaca en una unidad de críticos. *Enfermería Intensiva.* 2014 Jul 1;25(3):100–6.

ESTUDIO DE CASO

Proceso de Atención de Enfermería en una adolescente con crisis convulsiva de inicio

Nursing Process in an Adolescent with Onset Seizure

Ailed Hernández-Sánchez¹, Daniela Miranda-Sarracino¹, Yadira Mateo-Crisóstomo¹, Griselda Hernández-Ramírez¹,
María del Carmen Osorio-Aquino², Francisco Javier Velázquez-Magaña²

RESUMEN

Introducción: Las crisis convulsivas se producen debido a una descarga eléctrica excesiva en el cerebro en un grupo de neuronas, que pueden originarse en diversas áreas del cerebro, las crisis convulsivas pueden variar desde episodios breves de ausencia o contracciones musculares, a estas crisis convulsivas prolongadas se le conoce como estatus epiléptico. **Objetivo:** desarrollar un proceso de atención de enfermería basándose en el Modelo de Adaptación de Callista Roy para promover la adaptación de una adolescente con crisis convulsiva de inicio. **Material y método:** El diseño de investigación es de tipo descriptivo, cuasi experimental sin grupo control, de corte transversal, la redacción de los diagnósticos se realizó con la taxonomía NANDA, los planes de cuidados con NOC y NIC. **Resultados:** Se obtuvo mejora en la necesidad de nutrición, se logró que la paciente pueda ingerir la mayor parte de su dieta prescrita y por lo tanto obtuviera la debida energía e hidratación, en el modo auto concepto yo físico, con ayuda de las intervenciones realizadas durante la atención, se observó a la paciente tranquila, segura y sin miedo. **Conclusiones:** El proceso de atención de enfermería, guiado por el modelo de Roy, es una herramienta fundamental ya que permitió evaluar holísticamente a la persona, identificar los diagnósticos enfermeros de manera correcta y planear intervenciones oportunas de acuerdo con estímulos presentes, ofreciendo así cuidados individualizados, que mejoran el nivel de adaptación.

Palabras clave: Proceso de enfermería, Adaptación, Crisis Convulsiva Generalizada, Convulsión Tónico-Clónica, Adolescente.

ABSTRACT

Introduction: Seizures occur due to an excessive electrical discharge in the brain in a group of neurons, which can originate in various areas of the brain, seizures can vary from brief episodes of absence or muscle contractions, these prolonged seizures are known as status epilepticus. **Objective:** to develop a nursing care process based on the Callista Roy Adaptation Model to promote the adaptation of an adolescent with seizure onset. **Material and method:** The research design is descriptive, quasi-experimental without a control group, cross-sectional, the writing of the diagnoses was done with the NANDA taxonomy, the care plans with NOC and NIC. **Results:** An improvement in the need for nutrition was obtained, the patient was able to ingest most of her prescribed diet and therefore obtain the proper energy and hydration, in the physical self-concept mode, with the help of the interventions carried out during the care, the patient was observed calm, safe and without fear. **Conclusions:** The nursing care process, guided by Roy's model, is a fundamental tool since it allows for a holistic evaluation of the individual, the correct identification of nursing diagnoses, and the planning of timely interventions based on the stimuli present, thus offering individualized care that improves the level of adaptation. **Keywords:** Nursing process, Adaptation, Generalized Seizure Crisis, Tonic-Clonic Seizures, Adolescent.

¹Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. División Académica de Ciencias de la Salud. Tabasco, México.

Recibido: 13 de enero de 2025
Aceptado: 03 de abril de 2025
Publicado: 15 de julio de 2025

Correspondencia para la autora: Yadira Mateo-Crisóstomo. Av. Coronel Gregorio Méndez Magaña. Núm. 2838-A Col. Tamulte de las Barrancas. C.P. 86150. Villahermosa, Tabasco, México. yadiracrisostomo@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Las crisis convulsivas son manifestaciones clínicas que resultan de una descarga eléctrica excesiva y sincrónica en un grupo de neuronas corticales, y pueden originarse en diversas regiones del cerebro, dependiendo del tipo y causa subyacente del evento (1). Su presentación clínica es variable e incluye desde episodios breves como ausencias y mioclonías, hasta convulsiones tónico-clónicas generalizadas de mayor duración (2). Es importante señalar que no todas las crisis convulsivas indican un diagnóstico de epilepsia. Se estima que entre el 5 % y el 10 % de la población general experimentará al menos una convulsión no provocada a lo largo de su vida, sin que esto implique necesariamente epilepsia, la cual afecta aproximadamente al 2 %-3 % de la población mundial (3,4).

En México, un estudio epidemiológico llevado a cabo en el estado de Hidalgo mediante encuestas domiciliarias reportó una prevalencia de 38.2 por cada 1 000 habitantes con antecedentes de crisis convulsivas, y de 25.4 por cada 1 000 habitantes con epilepsia clínicamente diagnosticada (5). Por su parte, una revisión sistemática sobre la prevalencia de epilepsia en América Latina, que incluyó datos de estudios realizados entre 1970 y 2020, reveló un rango de prevalencia entre 3.9 y 41 por cada 1 000 habitantes, tanto en zonas urbanas como rurales, y destacó la escasez de estudios confiables sobre incidencia (6). A nivel global, se ha estimado que la incidencia anual de crisis no provocadas varía entre 23

y 61 casos por cada 100 000 personas, mientras que la incidencia de crisis sintomáticas se sitúa entre 29 y 39 por cada 100 000 personas por año (3).

En este contexto, la aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy adquiere una importancia estratégica, ya que conceptualiza al ser humano como un sistema biológico, psicológico y social en constante interacción con su entorno, cuya salud depende de su capacidad adaptativa frente a los estímulos internos y externos (7).

Este enfoque permite al profesional de enfermería identificar factores desencadenantes, anticipar complicaciones y planear intervenciones personalizadas que promuevan respuestas adaptativas efectivas. Además, el modelo fortalece la práctica clínica, la formación profesional y el desarrollo investigativo dentro del campo de la enfermería (8,9).

Las intervenciones diseñadas se enfocaron en facilitar la adaptación fisiológica y psicológica de la paciente mediante la identificación oportuna y el manejo eficaz de estímulos negativos. A través de una atención interdisciplinaria y un seguimiento continuo durante la hospitalización, se buscó no solo prevenir complicaciones, sino también optimizar el bienestar integral mediante cuidados oportunos, humanizados y centrados en la persona.

En cuanto a su clasificación, existen dos tipos: las crisis convulsivas focales, que consisten en una descarga eléctrica excesiva

que se produce en un área del cerebro; en estas crisis convulsivas, las personas pueden no perder el conocimiento. Por otra parte, están las convulsiones generalizadas, que son aquellas que provocan una actividad eléctrica en ambos hemisferios del cerebro, en donde las personas sí suelen perder el conocimiento (10).

Objetivo general

Desarrollar un proceso de atención de enfermería basado en el Modelo de Adaptación de Callista Roy para promover la adaptación de una adolescente con crisis convulsiva de inicio.

MATERIALES Y MÉTODO

El diseño de investigación corresponde a un estudio descriptivo, cuasi experimental sin grupo control y de corte transversal, realizado en una paciente femenina de 14 años, atendida en el área de soporte ventilatorio de un hospital de alta especialidad del estado de Tabasco. La paciente fue ingresada en el mes de mayo de 2024 con diagnóstico médico de crisis convulsiva de tipo generalizada tónico-clónica, presentada por primera vez.

Los hallazgos del estudio fueron obtenidos mediante un abordaje directo con la paciente, a través de una entrevista y exploración física. Asimismo, se recabó información proporcionada por su madre, quien la acompañaba durante su estancia hospitalaria. También se consideraron

estudios de gabinete, como tomografía axial computarizada (TAC) simple de cráneo y pulmonar, electroencefalograma (EEG), punción lumbar, y diversos exámenes de laboratorio, incluyendo biometría hemática (BH), química sanguínea (QS), pruebas de función hepática (PFH), tiempos de coagulación (TP y TPT), amilasa, lipasa, dímero D, fibrinógeno, creatina fosfoquinasa (CK), fracción MB de creatina fosfoquinasa (CK-MB), troponina, procalcitonina, proteína C reactiva (PCR), análisis citoquímico y citológico de líquido cefalorraquídeo (LCR), prueba de embarazo, examen general de orina, gasometría arterial y gasometría venosa central, además de la revisión de datos clínicos en el expediente médico.

VALORACIÓN

Paciente femenina de 14 años de edad, sin antecedentes patológicos ni enfermedades crónicas; alergias a medicamentos y alimentos negadas, al igual que procedimientos quirúrgicos, transfusionales y traumáticos. La paciente inició su padecimiento al encontrarse en un parque con fines recreativos; presentó malestar general, el cual comenzó con mareo, pérdida del equilibrio y, finalmente, síncope. Posteriormente, presentó crisis convulsivas tónico-clónicas de inicio, sin recuperación del estado de alerta por más de una hora. Fue atendida por personal del Sistema Estatal de Urgencias; sin embargo, presentó un episodio de desaturación y abundantes secreciones, motivo por el cual se decidió su traslado a una unidad hospitalaria.

Variables clínicas:

Tensión arterial (TA): 121/66 mmHg; frecuencia cardiaca (FC): 68 latidos por minuto (lpm); frecuencia respiratoria (FR): 18 respiraciones por minuto (rpm); temperatura (Temp): 36 °C; saturación de oxígeno (SatO₂): 98%; peso: 42 kilogramos (kg); talla: 152 centímetros (cm); índice de masa corporal (IMC): 18.2 kilogramos por metro cuadrado (kg/m²).

Estudios de gabinete:

- Analítica sanguínea: Hemoglobina (Hb): 8.8 gramos por decilitro (g/dL); eritrocitos (RBC, por sus siglas en

inglés *red blood cells*): 3.21 millones por microlitro (x10⁶/μL); hematocrito (Hto): 27.8%; leucocitos (WBC, por sus siglas en inglés *white blood cells*): 12.43 mil por microlitro (x10³/μL); neutrófilos (Neu): 83.80 mil por microlitro (x10³/μL); linfocitos (Linf): 6 mil por microlitro (x10³/μL); plaquetas (PLT): 193 mil por microlitro (x10³/μL).

- TAC simple de cráneo: Sin evidencia de hipodensidades o hiperdensidades a nivel infratentorial o supratentorial que justifiquen lesión.
- TAC simple pulmonar: Presencia de zona de infiltrado bronco-alveolar basal izquierdo, compatible con neumonía; sin alteraciones en el resto de las estructuras.
- EEG: Estado encefalopático con ritmo lento de fondo.

A continuación, se presenta el Proceso de Atención de Enfermería bajo el enfoque del Modelo de Adaptación de Roy:

Paso 1: Valoración de Conductas

Callista Roy señala que se debe fomentar la salud en cada uno de los cuatro modos de adaptación, tratando de mantener las respuestas adaptativas y controlando las respuestas ineficaces. Esto permite la identificación de problemas de adaptación y la implementación de atención de enfermería que la promueva (11).

En este estudio de caso, se encontró al Modo Fisiológico en un nivel de adaptación compensatorio. Por lo tanto, a continuación, se describen las conductas observadas en las necesidades de nutrición, actividad-reposo y protección, así como en uno de los procesos complejos, la función neurológica. Asimismo, se encontró el Modo de autoconcepto, en específico, el yo físico, en un nivel de adaptación compensatorio.

Necesidad de nutrición.

La paciente presentó pérdida del apetito, por lo que su ingesta nutricional era insuficiente. La madre indicó que su hija perdió peso desde que ingresó al hospital, ya que previamente a la hospitalización pesaba 50 kg y durante su hospitalización llegó a pesar 42 kg, con una talla de 152 cm; IMC: 18.2 kg/m². Con estos datos, se determinó que la paciente se encontraba en la categoría de bajo peso.

Necesidad de actividad y reposo.

En cuanto a las actividades de autocuidado, la paciente necesitaba ayuda parcial para las actividades de higiene como el baño en regadera, alimentación y vestimenta, debido a que tenía instalado un dispositivo invasivo, específicamente un catéter venoso central, para la administración de medicamentos, lo cual le impedía realizar sus actividades. Además, por su patología, se observó una disminución de la fuerza muscular en extremidades, la cual se evaluó utilizando la escala de Daniels. Se encontraron los siguientes resultados:

miembros superiores izquierdo y derecho, músculos flexores de la muñeca y extensores de dedos con una puntuación de 3/5; miembros inferiores izquierdo y derecho, fuerza muscular de 4/5. Esto se manifestaba en debilidad para caminar y realizar sus actividades de autocuidado, como vestirse, alimentarse e ir al baño, además de presentar mareos constantes.

Necesidad de protección.

Se presenta el caso de una paciente que desarrolló un cuadro neurológico agudo con complicaciones respiratorias, lo cual requirió manejo hospitalario en unidad de cuidados intensivos. A continuación, se describe la evolución clínica organizada de forma cronológica para facilitar su análisis.

04/05/2024. La paciente inició su sintomatología mientras se encontraba en un parque con fines recreativos. Comenzó con malestar general, seguido de mareo, pérdida del equilibrio y, finalmente, un episodio de desmayo. Posteriormente, presentó crisis convulsivas tónico-clónicas de inicio, sin recuperación del estado de alerta por más de una hora. Fue atendida por personal del Sistema Estatal de Urgencias, quienes, ante un episodio de desaturación acompañado de abundantes secreciones, decidieron su traslado a una unidad hospitalaria. Durante ese lapso, la paciente presentó secreciones traqueobronquiales en cantidad significativa, que le provocaron obstrucción de la vía aérea. A su llegada al hospital, se determinó su ingreso inmediato a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para

manejo con soporte ventilatorio y protección de la vía aérea.

Durante su estancia en la UCI, se instauró ventilación mecánica invasiva (VMI) con parámetros de volúmenes protectores durante cuatro días. En ese periodo, se identificaron complicaciones pulmonares, entre ellas neumonía por broncoaspiración.

07/05/2024. Al completarse los cuatro días bajo VMI y observarse mejoría clínica, se realizaron pruebas para el retiro de la ventilación, logrando una extubación exitosa. Posteriormente, se trasladó a la unidad de soporte ventilatorio, donde continuó bajo tratamiento médico con antibacterianos del grupo de los betalactámicos (ceftriaxona) y lincosámicos (clindamicina), así como terapia antiepiléptica con fenitoína.

Los estudios de laboratorio, particularmente la biometría hemática, mostraron una disminución de la hemoglobina (8.8 g/dL), eritrocitos ($3.21 \times 10^6/\mu\text{L}$) y hematocrito (27.8%), lo cual indica la presencia de anemia grado 1 de tipo normocítica normocrómica, según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Procesos complejos: Función neurológica.

04/05/2024. Paciente femenina que se encontraba en un parque de diversiones con fines recreativos cuando inició con un episodio súbito de mareo, seguido de pérdida del equilibrio y síncope. Durante el evento, fue contenida por un familiar, lo que evitó traumatismo por caída libre. No se

reportaron lesiones físicas aparentes posteriores al evento. El episodio fue seguido por crisis convulsivas tónico-clónicas de inicio, sin recuperación del estado de alerta por más de una hora, lo cual motivó su traslado a una unidad médica para valoración neurológica. Durante ese lapso, presentó abundantes secreciones traqueobronquiales que le generaron obstrucción de la vía aérea. Por lo tanto, tras su llegada a la unidad hospitalaria, se decidió de inmediato su ingreso a la UCI para manejo con soporte ventilatorio y protección de la vía aérea.

Posterior a los estudios electrofisiológicos y los estudios de laboratorio y gabinete, el diagnóstico médico final fue golpe de calor por exposición a altas temperaturas.

Al recuperar la conciencia, la paciente refirió amnesia del evento, manifestando que no recordaba lo ocurrido inmediatamente antes ni durante el episodio de pérdida del estado de alerta. La madre de la paciente proporcionó antecedentes relevantes, negando la presencia de enfermedades neurodegenerativas previas, así como antecedentes familiares de trastornos neurológicos, epilepsia u otras patologías del sistema nervioso central.

Modo autoconcepto.

Durante su estancia hospitalaria, la paciente se mostró visiblemente ansiosa, lo cual fue atribuido a su preocupación por el motivo de ingreso y el entorno hospitalario. Se observaron signos de tensión emocional,

consistentes con un estado de ansiedad reactiva, sin que se identificaran antecedentes psiquiátricos previos.

Paso 2: Valoración de Estímulos

Con base en el Modelo de Adaptación de Roy, los estímulos identificados en la experiencia de la paciente se categorizaron en focales, contextuales y residuales, y se relacionaron con los modos de adaptación, el proceso de afrontamiento y los subsistemas involucrados (regulador y relacionador) (ver tabla 1).

Tabla 1. Estímulos categorizados por modos de adaptación según el Modelo de Roy

	Estímulos focales, contextuales y residuales	Proceso de Afrontamiento Subsistema regulador/relacionador
1. Modo fisiológico físico		
Nutrición	Focal: Ingesta nutricional insuficiente Contextual: Pérdida del apetito	Regulador Una nutrición adecuada juega un papel fundamental en el fortalecimiento del sistema inmunológico, lo cual es esencial para prevenir infecciones. Además, mantener una dieta balanceada contribuye a la prevención de enfermedades no transmisibles. Asimismo, una alimentación saludable y adecuada es crucial para el desarrollo cognitivo, y puede ayudar a prevenir trastornos como la anemia, que está vinculada a deficiencias de hierro y otros nutrientes esenciales para el cuerpo (12).
Necesidad de Protección	Focal: Anemia Contextual: Defensas secundarias inadecuadas	Regulador La anemia es una alteración frecuente, sobre todo en mujeres adolescentes y en edad reproductiva, que se caracteriza por una baja concentración de hemoglobina y una disminución de glóbulos rojos, lo que limita el transporte adecuado de oxígeno a los tejidos. Esta condición puede estar relacionada con una respuesta inmune deteriorada, producto de defensas secundarias inadecuadas (13).
Procesos complejos: Función neurológica	Focal: La paciente refirió amnesia del evento Contextual: Crisis convulsiva de inicio	Regulador La crisis convulsiva de primera vez con amnesia del evento debe ser considerada como una manifestación clínica potencialmente grave, que amerita una evaluación médica urgente y completa. Su adecuado abordaje permite no solo el diagnóstico oportuno de enfermedades neurológicas, sino también la prevención de recurrencias y complicaciones. La amnesia del evento, aunque común en el contexto postictal, también obliga a un diagnóstico diferencial con episodios sincopales, psicógenos o metabólicos, por lo que se requiere un enfoque clínico meticuloso y multidisciplinario (14).
2. Modo autoconcepto/identidad de grupo		

Yo físico	Focal: Paciente preocupada y con estrés Contextual: Estancia hospitalaria y evento convulsivo inesperado.	Relacionador El estrés es una reacción común en personas hospitalizadas, ya que la experiencia de enfermedad y hospitalización suele representar una situación inesperada y desafiante. Esta condición exige una adaptación emocional y física a un entorno ajeno, lo cual puede generar sensación de incertidumbre y pérdida de control. Factores como la etapa vital y la duración de la estancia hospitalaria pueden influir en cómo cada persona percibe y afronta estas exigencias. Por ello, es fundamental considerar el estrés como un componente relevante en el abordaje integral del paciente, especialmente en contextos hospitalarios (14).
------------------	--	--

Fuente: Modelo de Adaptación de Roy (MAR)

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente femenina, sin antecedentes patológicos personales, ni enfermedades crónicas. Niega alergias a medicamentos o alimentos, así como antecedentes de procedimientos quirúrgicos, transfusionales o traumáticos. El padecimiento inicia mientras se encontraba en un parque con fines recreativos. Refiere malestar general que comenzó con mareo, pérdida del equilibrio y posterior síncope. Posteriormente, presentó crisis convulsivas tónico-clónicas, sin recuperación del estado de alerta por más de una hora.

Fue atendida por personal del Sistema Estatal de Urgencias; durante la valoración presentó un episodio de desaturación y abundantes secreciones,

por lo cual se decidió su traslado a una unidad hospitalaria. Durante el trayecto, se observó presencia de secreciones traqueobronquiales en cantidad significativa, ocasionando obstrucción de la vía aérea. A su arribo a la unidad hospitalaria, se determinó su ingreso inmediato a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para manejo con soporte ventilatorio y protección de la vía aérea.

Previo al evento convulsivo, la paciente no presenta recuerdo del episodio ocurrido. Según refiere la madre, no existen antecedentes personales patológicos relacionados con la situación actual, ni antecedentes de hospitalizaciones previas.

DIAGNÓSTICO, PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN

El diagnóstico de enfermería se define como un juicio clínico de una respuesta humana o a la susceptibilidad de un individuo a una condición de salud (15).

Con base en la valoración de las conductas y estímulos observados en una persona que presentó una crisis convulsiva por primera vez, y utilizando la taxonomía diagnóstica de la NANDA, se presentan a continuación los cuatro diagnósticos de enfermería priorizados.

Confusión aguda R/C crisis convulsiva de inicio M/P amnesia del evento.

Respuesta inmune deteriorada R/C defensas secundarias inadecuadas M/P nivel bajo de hemoglobina (8.8 g/dL), eritrocitos ($3.21 \cdot 10^6/\mu\text{L}$), hematocrito (27.8%).

Ingesta nutricional inadecuada R/C apetito inadecuado M/P ingesta de alimentos inferior a la cantidad diaria recomendada, bajo peso para la edad y el género.

Ansiedad excesiva R/C estancia hospitalaria y evento convulsivo inesperado M/P expresa preocupación y estrés.

Una intervención se define como cualquier tratamiento, realizado por una enfermera basándose en el juicio y el conocimiento clínico para mejorar los resultados del paciente (16). Las intervenciones utilizadas para el estudio de caso se basarán en la propuesta de la taxonomía NIC.

El profesional de enfermería debe evaluar continuamente la efectividad de la intervención y el logro de los resultados establecidos entre evaluaciones y diagnósticos de enfermería. Por lo tanto, la evaluación debe realizarse en cada etapa del proceso de atención y después de la implementación del plan de atención (16).

A continuación, se presentan los resultados obtenidos tras llevar a cabo las intervenciones, los cuales se comparan de acuerdo con la puntuación inicial de la valoración y la puntuación máxima a alcanzar.

En el modo fisiológico, procesos complejos: función neurológica (Tabla 2), relacionado con la confusión aguda, que tuvo una mayor incidencia posterior a la crisis convulsiva, se destacó la importancia de emplear intervenciones basadas en la monitorización neurológica de la paciente durante su estancia hospitalaria, evaluando los siguientes indicadores: conciencia, comunicación apropiada a la situación, tamaño y reactividad pupilar, presión arterial, frecuencia respiratoria, frecuencia del pulso radial y orientación cognitiva, los cuales se encontraron dentro de los parámetros normales, tanto antes como después de las intervenciones.

Los indicadores NOC (17) relacionados con el estado respiratorio y la temperatura se mantuvieron sustancialmente comprometidos

debido a que la paciente requirió intubación orotraqueal y soporte con ventilación mecánica invasiva, lo cual,

por definición, presentó un compromiso significativo en su función respiratoria espontánea y temperatura.

Tabla 2. Plan de cuidados de enfermería para el diagnóstico: Confusión aguda

Diagnóstico: (00128) Confusión aguda R/C crisis convulsiva de inicio M/P amnesia del evento					
Meta: Monitorizar de manera continua el estado neurológico de la paciente durante un periodo de 24 horas, con el propósito de detectar oportunamente alteraciones y prevenir o minimizar posibles complicaciones neurológicas.					
Intervención NIC	Fundamentación	Evaluación NOC			
(2620) Monitorización neurológica Actividades: 1.Monitorizar el nivel de consciencia. 2.Monitorizar el nivel de orientación. 3.Analizar la memoria reciente, el nivel de atención, la memoria pasada, el estado de ánimo, el afecto y las conductas. 4.Monitorizar el tamaño, la forma, la simetría y la reactividad de la pupila. 5.Monitorizar los signos vitales (p. ej., temperatura, presión arterial, pulso, respiraciones). 6.Monitorizar las características del habla (p. ej., fluidez, presencia de afasias o dificultad para encontrar palabras).	El monitoreo neurológico resulta fundamental en pacientes que han presentado una crisis convulsiva, ya que permite identificar de manera detallada los eventos que ocurren antes, durante y después del episodio. Esta evaluación contempla el estado de consciencia, así como manifestaciones motoras, sensoriales, psíquicas y autonómicas. Asimismo, se recomienda una exploración orientada a detectar signos de hipertensión intracraneal, irritación meníngea o déficit neurológico focal, ya que estos pueden reflejar complicaciones o urgencias neurológicas asociadas (18).	Resultado esperado: (0909) Función neurológica Dominio: 2 Salud Fisiológica Clase: J Neurocognitiva			
		Indicadores	Escala de medición	Calificación	
		-(090901) Conciencia	Gravemente comprometido: 1	5	5
		-(090907) Comunicación apropiada a la situación	Sustancialmente comprometido: 2	5	5
		-(090908) Tamaño pupilar	Moderadamente comprometido: 3	5	5
		-(090909) Reactividad pupilar	Levemente comprometido: 4	5	5
		-(090917) Presión arterial	No comprometido: 5	5	5
		-(090919) Frecuencia respiratoria			
-(090922) Frecuencia del pulso radial					
-(090923) Orientación cognitiva					
		Puntuación Diana previa intervención 40	Puntuación Diana post intervención 40		
		Nivel de adaptación previa intervención: Integrado____ Compensatorio <u>X</u> Comprometido____	Nivel de adaptación post intervención: Integrado____ Compensatorio <u>X</u> Comprometido____		

Fuente: NANDA, NOC y NIC

En cuanto a la evaluación de los indicadores relacionados con la detección de infecciones actuales, se identificó una infección activa en la paciente, evidenciada por el recuento

disminuido de hemoglobina (8.8 g/dL), eritrocitos ($3.21 \times 10^6/\mu\text{L}$) y hematocrito (27.8%). La puntuación Diana obtenida posterior a las intervenciones fue de 18 puntos (Tabla 3).

Tabla 3. Plan de cuidados de enfermería para el diagnóstico: Respuesta inmune deteriorada

Diagnóstico: (00361) Respuesta inmune deteriorada R/C Defensas secundarias inadecuadas M/P nivel bajo de hemoglobina, eritrocitos y hematocrito.			
Meta: Minimizar el riesgo de contagio y transmisión de agentes infecciosos mediante la aplicación de cuidados de enfermería orientados a garantizar una protección eficaz contra infecciones, durante las primeras 24 horas de la estancia hospitalaria de la paciente.			
Intervención NIC	Fundamentación	Evaluación NOC	
(6540) Control de infecciones Actividades: 1. Instruir a las personas sobre las técnicas adecuadas para lavarse las manos y para limpiarse las manos al entrar y salir de las habitaciones. 2. Lavarse las manos o utilizar desinfectante antimicrobiano antes y después de cada actividad asistencial. 3. Mantener un entorno y una manipulación asépticos de todas las vías intravenosas y al cambiar todos los tubos y frascos de soluciones intravenosas. 4. Administrar terapia antibiótica o agentes inmunizantes, según corresponda. 5. Instruir a la persona y familiares sobre los signos y síntomas de infección y cuando comunicarlos al profesional sanitario.	El control de las infecciones intrahospitalarias es fundamental para reducir la morbilidad, evitar la propagación de agentes infecciosos, se aplican medidas como precauciones estándar como el lavado de manos y el uso correcto de equipos de protección personal. El cumplimiento adecuado de estas medidas protege tanto al personal de salud como a los pacientes, y contribuye a limitar la diseminación de agentes infecciosos dentro del hospital (19).	Resultado esperado: (0702) Estado inmune Dominio: 2 Salud Fisiológica Clase: H Respuesta inmune	
		Indicadores	Escala de medición
		-(070204) Función respiratoria	Gravemente comprometido: 1
		-(070207) Temperatura corporal	Sustancialmente comprometido: 2
		-(070208) Integridad de la piel	Moderadamente comprometido: 3
		-(070221) Detección de infecciones	Levemente comprometido: 4
		-(070214) Recuento leucocitario absoluto	No comprometido: 5
		Puntuación Diana previa intervención 12	Puntuación Diana post intervención 18
		Nivel de adaptación previa intervención: Integrado ____ Compensatorio <u>X</u> Comprometido ____	Nivel de adaptación post intervención: Integrado ____ Compensatorio <u>X</u> Comprometido ____

Fuente: NANDA, NOC y NIC

En la necesidad de nutrición (Tabla 4), en cuanto a los indicadores NOC, la ingesta de nutrientes, alimentos y líquidos mostró mejora debido a que se proporcionó ayuda con la alimentación, logrando que la paciente pueda ingerir la mayor parte de su dieta prescrita y, por lo tanto, obtuviera la debida energía e hidratación. En cuanto

al indicador de relación peso/talla, no pudo ser evaluado adecuadamente, ya que se consideró que la evaluación de este indicador deberá realizarse en una etapa posterior del seguimiento clínico. Por lo tanto, en base a la puntuación Diana, sí hubo una mejoría de 21 puntos.

Tabla 4. Plan de cuidados de enfermería para el diagnóstico: Ingesta nutricional inadecuada

Diagnóstico: (00343) Ingesta nutricional inadecuada R/C apetito inadecuado M/P ingesta de alimentos inferior a la cantidad diaria recomendada, bajo peso para la edad y el género. Meta: Proporcionar enseñanza y ayuda a la paciente con el autocuidado de la alimentación para que pueda alimentarse de manera adecuada durante el periodo de 24 horas.				
Intervención NIC	Fundamentación	Evaluación NOC		
(1050) Alimentación Actividades: 1. Identificar la dieta prescrita. 2. Fomentar una ingesta nutricional adecuada. 3. Crear un ambiente placentero durante la comida, retirando el equipo y los suministros innecesarios. 4. Colocar en una posición cómoda para comer. 5. Disponer los alimentos en la bandeja como prefiera (p. ej., cortar carne o abrir paquetes).	El pensamiento crítico en el proceso de enfermería resulta fundamental para una evaluación integral del estado nutricional del paciente. En situaciones de ingesta nutricional insuficiente, es esencial identificar los factores que dificultan la alimentación, como la disminución del apetito, y aplicar intervenciones que favorezcan una ingesta adecuada y equilibrada. Además, crear un entorno propicio para la alimentación, considerar las preferencias alimentarias del paciente y fomentar la educación nutricional, contribuye al autocuidado y mejora los resultados relacionados con el estado nutricional, tales como la relación peso/talla, la ingesta calórica y la hidratación (20).	Resultado esperado: (1004) Estado nutricional Dominio: 2 Salud fisiológica Clase: K Digestión y nutrición		
		Indicadores	Escala de medición	Calificación
		-(100401) Ingesta de nutrientes	Desviación grave del rango normal: 1	3 4
		-(100402) Ingesta de alimentos	Desviación sustancial del rango normal: 2	3 4
		-(100408) Ingesta de líquidos	Desviación moderada del rango normal: 3	3 4
		-(100403) Energía	Desviación leve del rango normal: 4	3 4
		-(100405) Relación peso/talla	Sin desviación leve del rango normal: 5	3 4
		-(100411) Hidratación		
		Puntuación Diana previa intervención	Puntuación Diana previa intervención	
		16	21	
		Nivel de adaptación previa intervención:	Nivel de adaptación post intervención:	
		Integrado ____	Integrado ____	
		Compensatorio <u>X</u>	Compensatorio <u>X</u>	
		Comprometido ____	Comprometido ____	

Fuente: NANDA, NOC y NIC

En el modo autoconcepto, yo físico (Tabla 5), con base a las intervenciones de enfermería que se llevaron a cabo durante el tiempo de hospitalización, estas se realizaron siempre con respeto y empatía, creando un ambiente agradable y logrando ganar la confianza de la paciente. Además, al realizar cualquier procedimiento, se le explicaban las posibles sensaciones que podría experimentar y se le permitió, en todo momento, el acompañamiento de

su familiar.

Con la ayuda de estas intervenciones, durante el tiempo de hospitalización, se observó a la paciente más tranquila, segura y con una reducción de su miedo, logrando una mejoría en cuanto a los indicadores de la NOC (disminución en los niveles de nerviosismo, preocupación excesiva, tensión facial y ansiedad verbalizada). La puntuación Diana mejoró a 16 puntos.

Tabla 5. Plan de cuidados de enfermería para el diagnóstico: Ansiedad excesiva

Diagnóstico: (00400) Ansiedad excesiva R/C estancia hospitalaria y evento convulsivo inesperado M/P expresa preocupación y estrés.					
Meta: Brindar apoyo emocional a la paciente para disminuir su preocupación y estrés derivados de la prolongada estancia hospitalaria, durante un periodo de 24 horas.					
Intervención NIC	Fundamentación	Evaluación NOC			
(5820) Disminución de la ansiedad Actividades: 1. Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante los procedimientos. 2. Animar a la familia a permanecer con la persona, cuando corresponda. 3. Crear un ambiente que facilite la confianza. 4. Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. 5. Instruir a la paciente sobre el uso de técnicas de relajación (p. ej., visualización guiada, música, masaje, aromaterapia, arteterapia, yoga y taichí).	La ansiedad también se presenta con frecuencia en procesos de hospitalización, ya que enfrentarse a una enfermedad puede desencadenar temores relacionados con el diagnóstico, el tratamiento o el pronóstico. Aunque no siempre se manifiesta con intensidad clínica, su presencia puede afectar el bienestar emocional de los pacientes. Aspectos como el sexo, la edad y la red de apoyo influyen en la vulnerabilidad individual frente a esta respuesta emocional. Por ello, resulta necesario identificar tempranamente signos de ansiedad para prevenir su impacto en el proceso de recuperación y promover una atención centrada en el cuidado integral (20).	Resultado esperado: (1211) Nivel de ansiedad Dominio: 3 Salud psicosocial Clase: M Bienestar psicosocial			
		Indicadores	Escala de medición	Calificación	
		-(121133) Nerviosismo	Grave: 1	2	4
		-(121134) Preocupación excesiva	Sustancial: 2	2	4
		-(121107) Tensión facial	Moderado: 3	3	4
		-(121117) Ansiedad verbalizada	Leve: 4	2	4
			Ninguno: 5		
		Puntuación Diana previa intervención		Puntuación Diana previa intervención	
		9		16	
		Nivel de adaptación previa intervención: Integrado____ Compensatorio __x_ Comprometido__		Nivel de adaptación post intervención: Integrado____ Compensatorio __x_ Comprometido ____	

Fuente: NANDA, NOC y NIC

EVALUACION

En este PAE, una adolescente de 14 años presenta crisis convulsiva por primera vez de tipo tónico clónica, según la secretaria de Salud de México reporta que las crisis convulsivas, pueden variar según la parte del cerebro afectada y la causa que la condicione pueden ocurrir a cualquier edad, aunque frecuentemente se presentan en la infancia y la adolescencia, donde se observa el 75% de los casos, lo cual es un factor importante para el desarrollo de esta patología.

A continuación, se analiza los problemas identificados y los resultados de las intervenciones.

En cuanto al primer diagnóstico abordado, relacionado con la confusión aguda, que tuvo una mayor incidencia posterior a la crisis convulsiva resalto la importancia de emplear intervenciones basadas en la monitorización neurológica de la paciente durante su estancia hospitalaria, evaluando los siguientes indicadores: conciencia, comunicación apropiada a la situación, tamaño y reactividad pupilar, presión arterial, frecuencia respiratoria, frecuencia del pulso radial y orientación cognitiva, los cuales se encontraron dentro de los parámetros normales previa y posteriormente a las intervenciones.

Respecto al segundo diagnóstico, respuesta inmune deteriorada que tiene mayor incidencia en esta patología. Los indicadores NOC relacionados con el estado respiratorio y temperatura se mantuvieron

sustancialmente comprometidos debido al hecho de que la paciente requirió intubación orotraqueal y soporte con ventilación mecánica invasiva lo cual, por definición, presentó un compromiso significativo en su función respiratoria espontánea y temperatura, por alteración del estado de conciencia, abundantes secreciones y posible neumonía por broncoaspiración posterior a la crisis convulsiva. Posteriormente tras la extubación de la paciente y con tratamiento farmacológico el estado respiratorio y temperatura se mantuvieron levemente comprometidos al llevar a cabo las intervenciones de enfermería.

Referente a la integridad cutánea, la paciente continuó presentando palidez en los tegumentos, lo cual indica que este aspecto no mostró la mejora esperada. La persistencia de este síntoma puede estar vinculada a la condición general de la paciente o a la presencia de la infección detectada, lo que requeriría un tiempo más prolongado de intervención para observar cambios notables.

Por otro lado, en la evaluación de los indicadores relacionados con la detección de infecciones actuales, se identificó una infección activa en la paciente, evidenciada por el recuento disminuidos de hemoglobina (8.8 g/dL), eritrocitos ($3.21 \cdot 10^6/\mu\text{L}$) y hematocrito (27.8%). Este hallazgo subraya la importancia de un diagnóstico temprano y una intervención rápida. Sin embargo, debido al tiempo limitado, no fue posible

observar una mejora significativa en este indicador durante el periodo de observación.

En lo referente al tercer diagnóstico enfocado en el desequilibrio nutricional, en relación con los indicadores NOC de ingesta de nutrientes, alimentos y líquidos, la paciente mostró una mejora notable. La ayuda proporcionada durante las comidas facilitó la ingesta de la mayor parte de su dieta prescrita, lo que le permitió obtener la energía e hidratación necesarias. Este resultado es positivo y resalta la efectividad de la asistencia alimentaria en mejorar el estado nutricional de la paciente. No obstante, el indicador de relación peso/talla no pudo ser evaluado adecuadamente ya que, se considera que la evaluación de este indicador deberá ser realizada en una etapa posterior del seguimiento clínico, cuando la paciente se encuentre en mejores condiciones funcionales y clínicas para una valoración completa del estado nutricional.

Finalmente, el diagnóstico relacionado con la ansiedad destaca cómo las intervenciones de enfermería fueron

claves para mejorar el bienestar emocional de la paciente. El enfoque basado en el respeto y la empatía, junto con la creación de un ambiente de confianza, ayudó a reducir su ansiedad y miedo. Además, la explicación detallada de los procedimientos y la posibilidad de que un familiar la acompañara en todo momento generaron un impacto positivo. Como resultado, se observó una disminución en los niveles de nerviosismo, preocupación excesiva, tensión facial y ansiedad verbalizada, lo que demuestra una mejora significativa en los indicadores NOC emocionales.

Dado que se trata de una crisis convulsiva por primera vez, que tiene consecuencias significativas para la paciente, los cuidados de enfermería deben ir encaminados principalmente a la prevención de complicaciones causadas por las situaciones agudas. Por lo tanto, el uso del PAE enfocado en el modelo de Roy facilita el juicio clínico y mejora la toma de decisiones, beneficiando la recuperación de la salud y la autonomía de la paciente.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La aplicación del Modelo de Adaptación de Roy permitió una valoración integral y estructurada de la paciente que presentó una crisis convulsiva de inicio, considerando no solo los signos y síntomas clínicos, sino también los estímulos que influyen en su respuesta adaptativa. A través de la identificación de estímulos focales, contextuales y residuales, se

elaboraron diagnósticos de enfermería basados en las respuestas humanas observadas, lo que facilitó la planeación de intervenciones centradas en el fortalecimiento de los subsistemas regulador y relacionador.

Los resultados obtenidos tras la implementación de intervenciones

específicas evidencian una mejoría en el estado neurológico, inmunológico y nutricional de la paciente. Las intervenciones orientadas a la monitorización neurológica, el control de infecciones y el apoyo a la alimentación mostraron ser eficaces, reflejando un progreso en los indicadores NOC y en los niveles de adaptación. La puntuación Diana post intervención indicó una evolución favorable en las áreas tratadas, situando a la paciente en un nivel compensatorio de adaptación, lo cual representa una condición clínica más estable que al inicio.

Este estudio de caso destaca la importancia del juicio clínico de enfermería para interpretar adecuadamente los estímulos presentes y formular respuestas terapéuticas que promuevan la adaptación del paciente ante situaciones agudas. Asimismo, subraya el valor del uso sistemático de herramientas como la NANDA, NOC y NIC para garantizar una atención individualizada, basada en evidencia y orientada a resultados medibles.

Recomendaciones

Como parte del cuidado integral posterior al alta hospitalaria, se recomienda dar continuidad al seguimiento

clínico enfocado en tres ejes principales: vigilancia neurológica, apoyo nutricional y control hematológico. Este seguimiento permitirá garantizar una recuperación sostenida, así como la detección oportuna de signos de recaída o complicaciones que puedan comprometer la estabilidad de la paciente.

Asimismo, es fundamental implementar estrategias educativas dirigidas al autocuidado. Estas deben incluir el reconocimiento de signos de alerta neurológicos, prácticas adecuadas de higiene de manos para la prevención de infecciones y la promoción de una alimentación saludable y balanceada. Estas acciones no solo empoderan a la paciente, sino que también fortalecen su capacidad para mantener un estado de salud óptimo en el entorno domiciliario.

Además, se considera pertinente el acompañamiento por parte del servicio de trabajo social y psicología clínica, con el propósito de abordar el impacto emocional que genera tanto el evento convulsivo como la hospitalización. Este apoyo puede contribuir significativamente al fortalecimiento de la identidad de la paciente y a un afrontamiento positivo de su situación de salud.

REFERENCIAS

1. Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross JH, Elger CE, Engel J Jr, Forsgren L, French JA, Glynn M, Hesdorffer DC, Lee BI, Mathern GW, Moshé SL, Perucca E, Scheffer IE, Tomson T, Watanabe M, Wiebe S. ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*. 2014 Apr;55(4):475–82. doi: 10.1111/epi.12550.
2. Beghi E. The epidemiology of epilepsy. *Neuroepidemiology*. 2020;54(2):185–91. doi: 10.1159/000503831.
3. Bruno E, Bartoloni A, Zammarchi L, Strohmeier M, Bartalesi F, Bustos JA, Santivañez S, García HH, Nicoletti A; COHEMI Project Study Group. Epilepsy and neurocysticercosis in Latin America: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Negl Trop Dis*. 2013. 31;7(10):e2480. doi: 10.1371/journal.pntd.0002480.2010.
4. Sánchez RM, Reyes A, Baldaçara L, et al. Prevalence of epilepsy in Latin America: A systematic review and meta-analysis. *Epilepsia Open*. 2021;6(1):1–9. Disponible en: <https://www.ilae.org/files/dmfile/PAHO-report2016-English1.pdf>
5. Roy C, Andrews HA. The Roy Adaptation Model. 3rd ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2009.
6. Fawcett J. Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories. 3rd ed. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2009.
7. Taylor SG, Renpenning K, Geden E, et al. Self-care theory as the foundation for nursing practice. In: Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory. Springer; 2003. p. 45–60.
8. Mayo Clinic. Convulsión tónico-clónica (gran mal) [Internet]. Mayoclinic.org; 2023 [citado 15 agosto 2024]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/grand-mal-seizure/symptoms-causes/syc-20363458>
9. García MA, Bustos BC, Maya ÁMS. Aplicación del Modelo de Adaptación de Roy en el contexto comunitario [Internet]. 2023 [citado 15 agosto 2024]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3595/359576405007/html/>
10. World Health Organization (WHO). Alimentación sana [Internet]. WHO; 2020 [citado 17 agosto 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
11. Organización Mundial de la Salud. Anemia [Internet]. 2023 [citado 2025 abr 13]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anaemia>
12. Potter PA, Perry AG, Stockert PA, Hall AM. Fundamentos de enfermería. 8a ed. ed. en español. Barcelona: Elsevier España; 2015.
13. Heather H, Shigemi K, Takao C. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación, 2021-2023. 12a ed. España: Elsevier; 2021.
14. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 7a ed. España: Elsevier; 2019.
15. Moorhead S, Swanson E, Johnson M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 7a ed. España: Elsevier; 2024.
16. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de práctica clínica: Diagnóstico y tratamiento de la primera crisis convulsiva en niñas, niños y adolescentes [Internet]. México: IMSS; 2017 [citado 2025 abr 13]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/244GER.pdf>
17. Pérez C, Peluffo G, Giachetto G, Menchaca A, Pérez W, Machado K, et al. Medidas de prevención de infecciones intrahospitalarias. *Arch Pediatr Urug*. 2020;91(Supl 1):60–1. doi:10.31134/ap.91.s1.11
18. Wagner CM, Butcher HK, Clarke MF. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 8a ed. España: Elsevier; 2024.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Estrategias educativas y su impacto en la salud menstrual de niñas y adolescentes. Una revisión narrativa

Educational strategies and their impact on the menstrual health of girls and adolescents. A narrative review

Claudia Patricia Motta-León, Luisa Alejandra Aguilar-Bernal¹, Octavio Islas-Estrada²

RESUMEN

Introducción. En la actualidad, el concepto de Salud Menstrual abarca el acceso a información objetiva, productos menstruales e infraestructura sanitaria apropiada y un entorno favorable para la experiencia de menstruar. Teniendo en cuenta que la menstruación es un proceso biológico influenciado por aspectos culturales y sociales que perpetúan estigmas, el diseño e implementación de intervenciones educativas para la salud menstrual se convierte en un elemento fundamental para el abordaje integral y el desarrollo de herramientas de autocuidado y empoderamiento que mejoren la salud y el bienestar de las niñas y adolescentes.

Objetivo. Describir las intervenciones implementadas a nivel global para mejorar la salud menstrual en niñas y adolescentes escolarizadas, destacando su impacto en el bienestar físico, emocional y educativo. **Materiales y método.** Se realizó un estudio secundario tipo revisión narrativa, en donde se analizaron 31 artículos publicados en los últimos 10 años que describieron estrategias pedagógicas para la alfabetización en salud menstrual de niñas y adolescentes escolarizadas. No se aplicó ningún filtro por idioma. **Resultados.** Los hallazgos se centran en la descripción de tipos de intervenciones, dosis de exposición, temáticas educativas centrales, efectos de la intervención y aspectos a considerar para futuras intervenciones.

Conclusión. Los efectos de las intervenciones educativas enfocadas en la salud y gestión menstrual muestran un impacto favorable en los conocimientos, actitudes, prácticas y reducción del estigma, estos beneficios aumentan utilizando estrategias multicomponente, enseñanza entre pares y la participación de la familia y los docentes.

Palabras clave: Menstruación, Alfabetización en salud, Ciclo menstrual, Productos para la higiene menstrual, Adolescente.

ABSTRACT

Introduction. Currently, the concept of Menstrual Health refers to access to adequate menstrual products and appropriate health infrastructure, access to truthful, unbiased information and more generally, the existence of a favorable environment in which to experience menstruation safely and with dignity. Considering that menstruation is a biological process which is deeply influenced by cultural and social aspects perpetuated by existing stigmas and social barriers, designing and implementing educational initiatives for menstrual health constitutes a fundamental element of this process's comprehensive approach, in addition to the development of self-care and empowerment tools which improve health, as well as participation in academic spaces and the wellbeing of girls and adolescents. **Objective.** To describe the strategies and initiatives implemented globally in order to improve menstrual health in young and adolescent girls in education, highlighting how these impact their physical, emotional and educational well-being. **Materials and methods.** A secondary narrative literature review study was conducted, where 31 articles published in the last 10 years describing pedagogical strategies or tools for menstrual health literacy in young and adolescent girls in education were analyzed. No language filter was applied. **Results.** The findings focus on the description of types of initiatives, initiative frequency and intensity, central themes used within their educational components, the initiatives' outcomes and aspects to be considered in the implementation of future projects. **Conclusion.** The effects of educational initiatives focused on health and menstrual management demonstrate a favorable impact on knowledge, attitudes, practices and stigma reduction, with these benefits increasing when multicomponent strategies, peer teaching, and family and teacher participation are employed.

Keywords: Menstruation, Health Literacy, Menstrual Cycle, Menstrual Hygiene Products, Adolescent.

¹Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Escuela de Enfermería. Bogotá, Colombia.

²Universidad Autónoma de Nayarit. Unidad Académica de Medicina. Tepic, Nayarit.

Recibido: 14 de enero de 2025

Aceptado: 14 de marzo de 2025

Publicado: 15 de julio de 2025

Correspondencia para la autora: Claudia Patricia Motta-León. Carrera 111 No. 159A - 61. Bogotá, Colombia.

claudia.motta@juanncorpas.edu.co

INTRODUCCIÓN

La menstruación es un proceso natural que experimentan alrededor de 1.800 millones de mujeres y personas diversas en el mundo, esta fase inicia con el primer sangrado o menarquía (alrededor de los 12 años con algunas excepciones) y termina con la menopausia (entre los 45 y 55 años), no obstante más allá del evento biológico y hormonal, es una experiencia fundamental para la vida, cargada de emociones y significados e influenciada por aspectos culturales, sociales e incluso políticos que determinan la forma en la que las mujeres se relacionan con el entorno que las rodea y con su propia corporalidad (1).

Recientemente, se utiliza el concepto de salud menstrual, definido como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia, relacionado con el ciclo menstrual.

Esta perspectiva brinda un enfoque más holístico a la experiencia, lo que facilita el reconocimiento de la menstruación como un aspecto fundamental para el logro de la calidad de vida de las niñas, jóvenes y mujeres, más allá del sangrado y de los síntomas que se experimentan (1,2).

El énfasis dado al concepto de higiene menstrual, refuerza la idea de que la menstruación es algo sucio e impuro y contribuye a centrar las iniciativas y programas en el acceso a los productos sanitarios como una solución primordial y casi única, mientras que hablar de salud menstrual ha proporcionado una mirada más amplia, en la que la educación y

concientización juegan un rol protagónico (3).

Abordar la menstruación desde un enfoque de derechos humanos ha permitido que varias regiones del mundo entiendan que el acceso y la garantía de una salud menstrual digna está profundamente ligada a que se garanticen otros derechos como la educación inclusiva, la salud integral y el acceso a agua potable (4). Sin embargo, aunque esta visión representa avances significativos resulta insuficiente, pues se ha centrado particularmente en la higiene, el desarrollo y uso de tecnologías para la gestión menstrual y la adecuada infraestructura, que no bastan para dar un enfoque positivo y respetuoso a la vivencia menstrual (5).

Es necesario visibilizar que, para muchas niñas y adolescentes en el mundo, la menstruación puede convertirse en una barrera para el acceso a la educación, por no contar con la infraestructura necesaria para la limpieza, el cambio de productos menstruales y los mecanismos adecuados para disponer de los residuos generados en el proceso (5). Por ejemplo, en el reporte de UNICEF publicado en 2024, se evidencio que solo el 39% de los colegios en el mundo proveen educación sobre la menstruación y solo el 31% cuenta con contenedores y espacios adecuados para la gestión de residuos (6). Estos hallazgos coincidieron con el estudio realizado por la misma organización en el pacífico colombiano, en el que se evidenció cómo las limitaciones en la

privacidad para el cambio y desecho de los materiales usados para la gestión del sangrado y la falta de agua y jabón son factores que pueden influir en el ausentismo y la pérdida de horas de clase (7,8).

Entre tanto es importante reconocer y desafiar el estigma social entorno a la menstruación y las múltiples intersecciones de género, edad, etnia y clase social que conducen a la discriminación, marginación y desigualdad de las niñas, jóvenes y personas con capacidad de menstruar, entendiendo que garantizar una salud menstrual digna e igualitaria es un elemento crucial para alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible.

Por lo anterior se deben considerar las experiencias previas y los aspectos estructurales de las estrategias que se han desarrollado para mejorar la salud menstrual de niñas y adolescentes en el ámbito escolar como un aspecto relevante para la investigación, porque esto permite identificar las estrategias más efectivas y

exitosas que puedan replicarse en diferentes entornos y contextos.

El análisis de esta temática también es un aporte para la construcción de futuras intervenciones sustentadas en la evidencia que puedan abordar aspectos desatendidos como las barreras socioculturales, la falta de infraestructura y la ausencia de políticas públicas integrales e inclusivas, especialmente porque el desarrollo de estrategias para mejorar la salud y la gestión menstrual en América Latina y Centro América es algo incipiente, que puede verse beneficiado por la experiencia de continentes como África y Asia, cuyo progreso ha sido sobresaliente. (9,10)

Considerando el papel protagónico de la educación en la gestión de la salud menstrual, la presente revisión narrativa tiene como objetivo describir las estrategias e intervenciones implementadas a nivel global para mejorar la salud menstrual en niñas y adolescentes escolarizadas, destacando su impacto en el bienestar físico, emocional y educativo.

MATERIALES Y MÉTODO

El trabajo desarrollado pertenece a un estudio secundario de tipo revisión narrativa, en el que se consultaron artículos de texto completo, a los cuales se accedió mediante bases de datos y metabuscadores como PubMed, EBSCO Host, Google Scholar, Clinical Key y LILACS utilizando los descriptores menstruación, alfabetización en salud, ciclo menstrual, productos para la higiene menstrual y adolescentes relacionados en 6 ecuaciones de búsqueda.

Los criterios de inclusión fueron artículos publicados en los últimos 10 años, sin restricción de idioma que describieran estrategias pedagógicas o herramientas para la alfabetización en salud menstrual de niñas y adolescentes escolarizadas entre 10 – 19 años (no autodidactas). De igual forma se incluyeron artículos que mencionan en el cuerpo del texto las tecnologías de gestión menstrual dentro del proceso de educación. Se excluyeron artículos que implementaran estrategias virtuales o digitales de educación

e intervenciones en entornos fuera de los colegios. No se incluyó literatura gris.

Inicialmente se revisaron los títulos de los artículos en búsqueda de los criterios de interés, luego se observaron los resúmenes para verificar su pertinencia y por último se revisaron a texto completo para decidir su inclusión dentro de la revisión.

La información se plasmó en una matriz de datos que permitió identificar elementos relevantes en la literatura y la construcción de las categorías temáticas centrales. Al final de la búsqueda se analizaron 31 artículos que cumplieron con los criterios de selección. (Ver Figura 1)

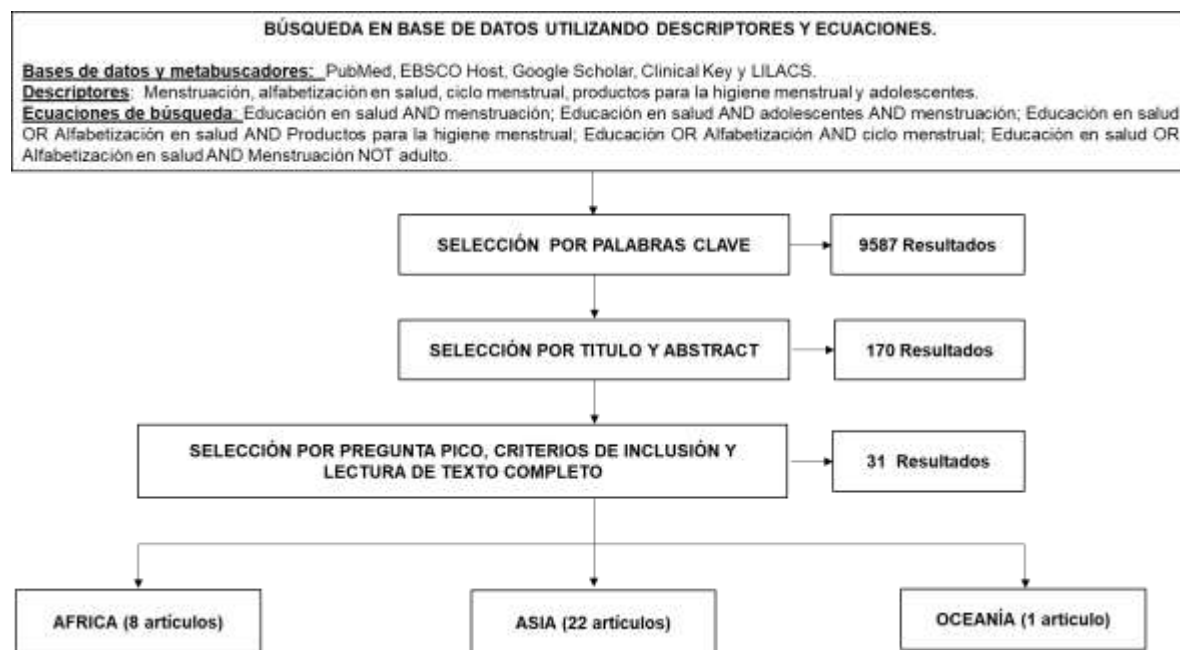


Figura 1. Flujograma de selección de los estudios incluidos
 Fuente: Elaboración propia

Para el análisis, se dividió la información en 5 categorías llamadas Tipo de intervención, Dosis de la intervención,

temáticas centrales, efectos de la intervención y aspectos a considerar para implementar futuras intervenciones.

RESULTADOS

Se revisó la información de bases de datos y metabuscadores como

PubMed, EBSCO Host, Google Scholar, Clinical Key y LILACS. utilizando

descriptores de la salud como: menstruación, alfabetización en salud, ciclo menstrual, productos para la higiene menstrual y adolescentes. Se identificó que el año con más

publicaciones al respecto fue el 2020, mayormente publicados en idioma inglés. (Ver figuras 2 y 3). Los lugares de publicación fueron África, Asia y Oceanía

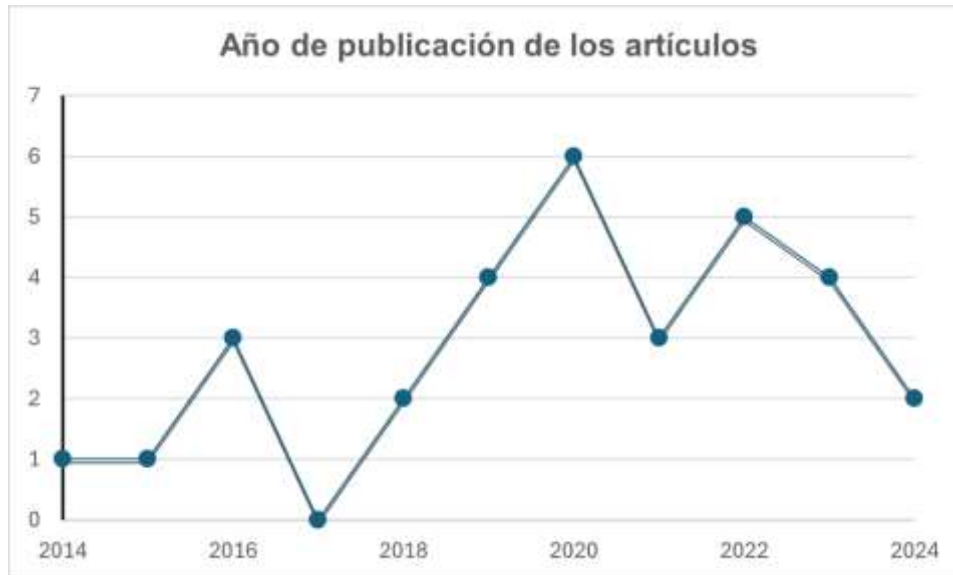


Figura 2. Años de publicación de los artículos incluidos en la revisión
Fuente: Elaboración propia

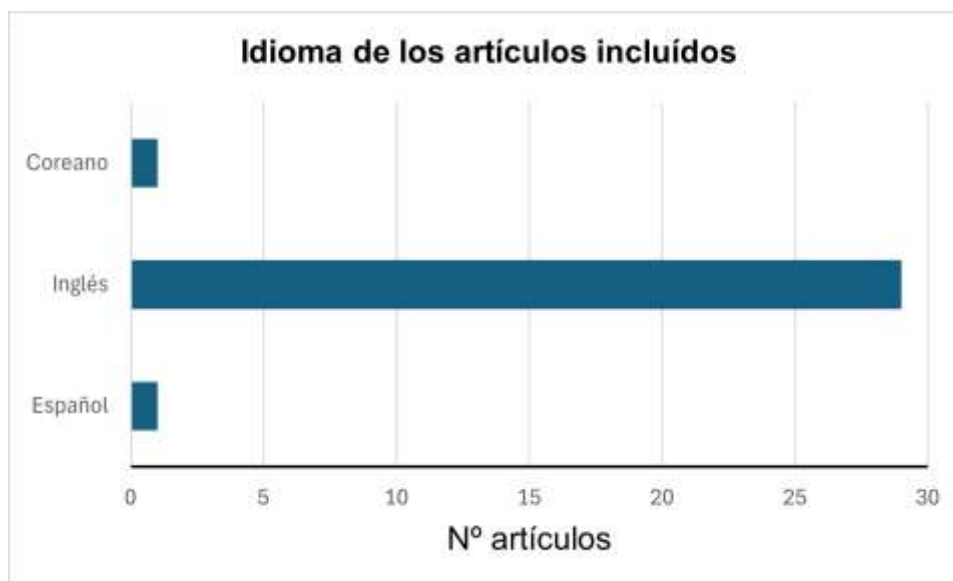


Figura 3. Idioma original de los artículos incluidos en la revisión
Fuente: Elaboración propia

Tabla 1. Hallazgos principales de acuerdo a las categorías

Categoría	Hallazgos principales
Tipo de intervención	Las intervenciones educativas en salud menstrual en el ámbito escolar incluyen diversas metodologías y estrategias pedagógicas. Se destacan las intervenciones multicomponente, que combinan la educación, la entrega de elementos para la gestión menstrual y las mejoras en infraestructura WASH (agua, saneamiento e higiene). Además, la inclusión de madres, padres y docentes ha mostrado ser un elemento clave para resignificar la menstruación y transformar concepciones erróneas, mitos y tabúes en torno al proceso, por lo que estos actores deberían ser involucrados y participar de forma activa en los procesos.
Dosis de la intervención	Los estudios analizados muestran una variabilidad en los tiempos de aplicación, desde sesiones únicas de 90 a 120 minutos hasta programas extensos de hasta tres años. El objetivo inicial de la intervención y el hecho de que esta fuera parte de un programa escolar o gubernamental, fueron factores determinantes para la extensión temática, la metodología empleada y la necesidad de ajustes culturales orientados a mejorar la comprensión y participación.
Temáticas centrales en la intervención	Dentro de los temas clave abordados en las intervenciones revisadas se encontraban principalmente: Conocimientos de anatomía y fisiología del sistema reproductor femenino, cambios físicos y hormonales, alteraciones en el ciclo y patologías como las infecciones y la endometriosis. Otros aspectos relevantes fueron la higiene menstrual, el uso de tecnologías para la gestión del sangrado y prácticas de autocuidado relacionadas con la alimentación, la hidratación y la actividad física.

Efectos de las intervenciones	Las intervenciones educativas en salud menstrual han mostrado efectos positivos en el conocimiento, las prácticas de autocuidado y la reducción del estigma, especialmente en Asia y África, que son los continentes que aportan mayores desarrollos en este tipo de investigaciones. Se evidencian mejoras en el acceso a información confiable, así como una disminución del estrés y mayor disposición a reconocer, validar y consultar al personal de salud por alteraciones menstruales. Además, se ha observado una reducción en la ausencia escolar y mayor comodidad para hablar del tema en entornos sociales y escolares por parte de las niñas y adolescentes participantes.
Elementos para futuras intervenciones	Dentro de los elementos clave recomendados para el desarrollo de futuras intervenciones se encuentran la adaptabilidad cultural, el liderazgo comunitario, el contexto socio-económico y la inclusión de la educación menstrual en el currículo escolar Se recomienda que futuras intervenciones adopten metodologías de evaluación rigurosas que midan múltiples variables de importancia y no solamente los conocimientos adquiridos.

Fuente: Elaboración propia

A continuación, se amplían los resultados derivados de la revisión, con mayor precisión:

Tipo de Intervención

El diseño de una intervención educativa en salud implica la selección de una metodología de enseñanza y de las

estrategias pedagógicas que faciliten la transmisión de la información y la recepción del mensaje por parte del interlocutor, esta decisión principalmente depende del contexto de los sujetos, las necesidades detectadas y la naturaleza y características del problema identificado por el investigador. Como resultado de la presente

revisión se evidenció la aplicación de diferentes métodos, enfoques y estrategias que fueron implementadas en el ámbito escolar de las niñas y adolescentes de varias regiones en el mundo (principalmente Asia y África) para educar respecto al ciclo menstrual, la pubertad y los cambios físicos, emocionales y psicológicos que esta implica. A su vez estas intervenciones se dirigieron a eliminar tabúes y construcciones sociales perjudiciales, mejorar los resultados de salud menstrual e influir en las cifras de ausentismo escolar relacionado con la menstruación. (11 – 51)

Algunos autores refieren que las intervenciones para el manejo de la salud y gestión de la menstruación que se realizan en el ámbito escolar pueden dividirse en acciones de hardware y software. Las primeras son todas las tecnologías o dispositivos para gestionar el sangrado, elementos de apoyo menstrual como jabón, ropa interior, lavamanos etc., e instalaciones de WASH (Agua, saneamiento e higiene) que cubran las necesidades en cuanto a espacio, privacidad, ubicación, distribución, facilidad en la eliminación de los desechos y acceso al agua. En cuanto a las acciones de software se incluyen todas aquellas que giran en torno a la educación para la salud menstrual (11, 12, 13, 14).

Las intervenciones multicomponente en salud menstrual son intervenciones que no se centran de forma exclusiva en la educación o información sino que a su vez contemplan aspectos como la evaluación preliminar de conocimientos, actitudes y

prácticas, la consolidación de contenidos educativos a partir de las necesidades identificadas, la entrega de elementos para la gestión menstrual y/o la elaboración de los mismos e incluso modificaciones a la infraestructura escolar para mejorar las instalaciones de WASH Agua, saneamiento e higiene (11, 15, 16).

La enseñanza entre pares es una estrategia de colaboración, intercambio e interacción que puede aplicarse en la educación menstrual y que garantiza la creación de un entorno favorable para el aprendizaje partiendo de la confianza y motivando la participación, el liderazgo y empoderamiento de las niñas y adolescentes respecto a su ciclo menstrual y los cambios propios de la adolescencia y la pubertad (17, 18, 19, 20). Las intervenciones con enfoque educativo – cognitivo son una posibilidad creciente para influir en el comportamiento de las niñas y adolescentes que menstrúan, especialmente en lo relacionado con el reconocimiento de los procesos naturales, la transformación de conductas nocivas para la salud y la adherencia a recomendaciones orientadas a prevenir infecciones del tracto genito-urinario y/o problemas futuros de fertilidad. Este tipo de estrategias de manejo con enfoque cognitivo conductual integran elementos teóricos como la motivación, la autoeficacia, las creencias en salud y el comportamiento planificado (21,22,23).

Teniendo en cuenta que la gestión de la salud menstrual en el ámbito escolar depende en gran medida de garantizar el acceso de las niñas, adolescentes y personas

con capacidad de menstruar a las tecnologías, insumos o dispositivos adecuados para el manejo del sangrado, se evidenció que varias de las intervenciones contemplan la entrega de kits menstruales a las participantes o la elaboración de toallas o compresas sanitarias reutilizables adicional al componente de educación convencional (11, 15, 24, 25, 26).

El aprendizaje basado en juegos y la creación de grupos focales y de discusión también se han utilizado como una forma de aumentar la motivación y la retención de información por parte de las niñas y adolescentes en temas relacionados con la salud sexual, reproductiva y menstrual, especialmente porque la lúdica contribuye al desarrollo de habilidades cognitivas como la toma de decisiones respecto a la salud, la creatividad en la resolución de problemas como la falta de elementos para la gestión menstrual, los tabúes relacionados con el sangrado y los prejuicios sociales que afectan la experiencia de menstruar (12, 27, 28, 29, 30).

Considerando que la menstruación no es un proceso exclusivamente biológico, sino que es una experiencia profundamente influenciada por elementos culturales y sociales que han contribuido a que se perpetúen sesgos, concepciones erróneas y relaciones negativas de un proceso natural con suciedad, impureza, enfermedad e incluso menor valor social, varias de las intervenciones propuestas (11, 16, 19, 21, 30) reconocen la importancia de la participación activa de madres, padres y

docentes en las intervenciones, para construir un entorno de apoyo en el que se normalice, resignifique y valide la menstruación, se puedan aclarar conceptos erróneos y sobre todo se puedan modificar mitos y prácticas nocivas.

En algunos de los artículos analizados se menciona que la intervención es de tipo educativo, pero los autores no establecen con claridad el método ni las estrategias pedagógicas implementadas. (21, 28, 31, 32, 33).

Dosis de la Intervención

La dosis de una intervención se refiere a la duración, frecuencia y cantidad de la estrategia a implementar, comprende aspectos como el número de sesiones o actividades, que según su planeación podría determinar el impacto. (34) También se tiene en cuenta la duración o el tiempo total que se expone la población a la intervención educativa, esto es crucial para observar la interiorización de los conocimientos impartidos (35).

En los estudios analizados, se encontró que la mayoría realiza la intervención de forma presencial en una sola sesión con una duración de 90 a 120 minutos (18, 40, 41). Algunos autores plantearon realizarlo en dos sesiones de 50 minutos una por semana, teniendo en cuenta que en ocasiones las usuarias serían estudiantes y sus madres (19, 23, 30). Asimismo, se encuentran intervenciones con duraciones más extensas de tres meses (33), 6 meses

(38), 9 meses (11) y hasta 3 años (16). La duración y frecuencia de la intervención depende de la extensión temática de las sesiones educativas, de la metodología de las mismas y de si hay que realizar algún ajuste cultural para favorecer la comprensión de la información impartida o realizar talleres de padres para potencializar el efecto de la intervención (31).

Temáticas centrales en la intervención

La educación menstrual es una necesidad poco cubierta en contextos de vulnerabilidad al ser un suceso permeado por el estigma que afecta negativamente la autopercepción de niñas y adolescentes a nivel global (39). El desconocimiento de las necesidades en las comunidades respecto a la gestión de la menstruación ha incrementado la brecha entre ser mujer y vivir con dignidad, pues el acceso a productos de gestión menstrual aún es limitado en varios territorios y de conseguirlos, incrementan el costo de la canasta básica familiar por no estar exentos de IVA en algunos países (40). Proporcionar conocimientos acerca del ciclo menstrual, su origen y el funcionamiento del cuerpo en el proceso ayuda a desmitificar creencias erróneas y tabúes implantados alrededor de ser un cuerpo menstruante (41).

Las temáticas centrales de las intervenciones aplicadas en los estudios revisados incluyen aspectos como la higiene menstrual y prácticas saludables, en donde profundizan el uso adecuado de tecnologías para la gestión menstrual, el autocuidado del

cuerpo y alternativas para el manejo de los síntomas desagradables, también mencionan aspectos de la nutrición como una alimentación balanceada y correcta hidratación en los diferentes momentos del ciclo menstrual (24, 27, 30, 32, 36, 37, 42).

Otros estudios abordan de forma enfática los cambios físicos y hormonales generados en la pubertad y cómo se relaciona con la menstruación (15, 17, 21, 36) este tema es indispensable en las estrategias educativas, pues contextualizar a las niñas y adolescentes sobre el proceso por el que pasan sus cuerpos genera una reducción del estigma (11, 24, 25) y les da herramientas para comprender su ciclo como el quinto signo vital que refleja su estado de salud en varios aspectos (33). Para identificar alteraciones en el ciclo y patologías asociadas al aparato reproductor femenino, se abordan temas de anatomía y fisiología (12, 22, 44), pues la endometriosis es la principal causa de dolor pélvico y afecta al 10% de las mujeres en edad fértil, el retraso en el diagnóstico de esta patología y otras es un verdadero reto para los sistemas de salud, pues tanto las mujeres como el personal de salud naturalizan el dolor continuo e intenso por la menstruación. (45)

Como última temática encontrada en la revisión, se encuentran las capacidades de comunicación y habilidades para la vida (15, 21, 31), proponer el diálogo alrededor de un proceso natural como la menstruación es de gran importancia para lograr que las niñas y adolescentes se sientan cómodas expresando sus necesidades, entrenar su discurso para combatir el estigma y

promover una percepción más real y amigable sobre sus cuerpos (46), por otro lado, es necesario educar respecto a habilidades que fortalezcan la toma de decisiones informadas y promuevan el empoderamiento personal para generar en esta población una cultura de autocuidado (47).

Efectos de la intervención

Medir el efecto de las intervenciones es un proceso indispensable para poder observar su impacto y relevancia. En este particular se busca promover cambios de comportamiento, adquisición de conocimientos, la ejecución de buenas prácticas de autocuidado en el ciclo menstrual y la reducción del estigma. La mayoría de las intervenciones fueron desarrolladas en Asia y África.

En la literatura consultada se pueden observar efectos relacionados al aumento de conocimiento y cambios de actitudes y prácticas frente a la gestión menstrual, la disminución del estigma y el impacto en la disminución de la ausencia escolar de niñas y adolescentes.

La mayoría de los artículos que reportan el efecto en términos estadísticos tienen una metodología experimental. Se encontró que las participantes presentan una mejoría del conocimiento básico de anatomía y fisiología (21, 31, 27, 43), sin embargo, parece que este efecto tiene una duración aproximada de 5 meses, por lo que se podrían sugerir refuerzos periódicos para

fomentar la permanencia del conocimiento (17, 22), también se evidencia una mejora en las prácticas de gestión menstrual como el uso adecuado de toallas sanitarias, frecuencia de cambio de las tecnologías de gestión menstrual, limpieza de los genitales y manejo del dolor, además de disminución del estrés, acceso a mejores fuentes de información y el aumento de la probabilidad de que consulten por alguna alteración relacionada con el ciclo menstrual (23, 27, 32, 39). Otro aspecto importante que impacta positivamente el efecto es promover la enseñanza entre pares e incluir a las madres en las intervenciones a implementar, pues se garantiza la continuidad del proceso de aprendizaje. (18, 19).

El estigma hacia la menstruación limita la participación de niñas y adolescentes en espacios sociales y educativos, permitiendo un precario desarrollo personal y emocional, por esta razón es importante observar el efecto que las intervenciones educativas tienen en este aspecto (48). En la literatura se reportan mejoras en la comodidad que sienten niñas y adolescentes al manejar su menstruación y a nivel psicosocial una reducción de la sensación de vergüenza al hablar sobre menstruación con pares y padres, volviendo el entorno escolar un lugar seguro para los cuerpos menstruantes y reduciendo la ausencia escolar por este motivo (11, 24, 26).

En contraparte, se encuentran estudios que mencionan una ausencia de significancia estadística en el aspecto

psicosocial para la reducción del estigma, pues en estas muestras las estudiantes no identificaron mejoras de infraestructura que podrían necesitar para mejorar su calidad de vida entorno a la menstruación y permanecía la vergüenza e inseguridad al hablar del tema aun después de la intervención (15, 25).

Elementos a considerar para futuras intervenciones

Contemplar los aspectos específicos de cada intervención realizada con el propósito de mejorar la salud menstrual de las niñas y jóvenes a nivel global incluyendo las limitaciones, barreras y experiencias exitosas, es fundamental para el desarrollo de estrategias futuras más inclusivas y con mayor capacidad de adaptabilidad y replicabilidad.

Para Jing Jing Su y cols en el artículo promoción de la salud menstrual de las adolescentes en China (42), las características menstruales de las niñas y adolescentes difieren de las de mujeres adultas, incluida la mayor frecuencia de molestias e irregularidades menstruales, como resultado de la etapa de desarrollo físico que están transitando, por lo que se deben considerar estas particularidades propias del momento vital para el desarrollo de las intervenciones educativas y los contenidos que las componen. Se deben omitir apreciaciones que conduzcan al reduccionismo biológico, entendiendo que la menstruación no es un evento que convierte a las niñas en “Mujeres” sino que más bien es el inicio de la capacidad reproductiva y un

proceso progresivo de desarrollo biológico, psicológico, emocional y social.

Asimismo es necesario analizar que la vivencia de menstruar se encuentra atravesada por prejuicios y tabúes que deben tenerse en cuenta al momento de diseñar e implementar una intervención, por ejemplo algunas adolescentes conservan prácticas menstruales tradicionales, como mantener la sangre y los productos menstruales ocultos, evitar hablar del tema e incluso usar eufemismos para referirse a la menstruación, de igual modo el sangrado menstrual tiene una asociación con algo vergonzoso, bochornoso y sucio en muchos contextos e incluso en el ámbito escolar tanto las niñas como los maestros han expresado la opinión de que la menstruación es una barrera para la asistencia y el compromiso con las tareas de la escuela (42, 49, 50).

Por lo anterior varios autores mencionan que un componente de alta relevancia y que contribuye a generar un efecto positivo de las futuras intervenciones educativas es la adaptabilidad o pertinencia cultural, entendida como el respeto a la diversidad y el reconocimiento/validación de los valores y realidades de cada cultura y para hacer esto se deben utilizar enfoques que consideren el conocimiento tradicional, las actitudes y prácticas de cada comunidad y se apoyen en líderes de los diferentes territorios (14,15,16,18,20,22,23,24,36,37,43,50).

Dentro de los aspectos sugeridos para la implementación de futuras estrategias de manejo se encuentra también el fortalecimiento de capacidades para el liderazgo, toma de decisiones y comunicación, por lo que es importante que la educación brindada no se centre exclusivamente en llenar vacíos de información, sino que fomente el desarrollo integral de habilidades para la vida (31,38,50).

Una recomendación frecuentemente encontrada en la revisión de la evidencia disponible es la necesidad de que los programas de educación para la salud menstrual de las niñas y adolescentes formen parte del currículo escolar y sean impartidos por profesores, consejeros o personal sanitario capacitado (13,16,23,39,45,50). Los programas de educación para la salud sexual, reproductiva y menstrual adecuados a la edad y el sexo pueden facilitar el desarrollo de patrones de conductas sexuales y reproductivas saludables entre los adolescentes, mediante la mejora de los conocimientos y el desarrollo de una actitud positiva. Este tipo de propuestas se ven muy beneficiadas de la participación equitativa de niñas, niños, adolescentes, padres, madres y otros cuidadores principales (11, 14, 19, 20, 22, 29, 36, 37, 38, 50, 51) porque la evidencia muestra que esto proporciona un refuerzo positivo para el cambio de comportamiento, promueve conversaciones abiertas y comprensivas y fomenta entornos de

solidaridad/respeto en las comunidades escolares y familiares.

En el caso particular de las intervenciones holísticas de salud menstrual a nivel escolar, se evidencia un beneficio de la creación de grupos de liderazgo de que incluyan maestros, padres y estudiantes, cuyo rol central sea asegurar que cada elemento de la intervención sea implementado, mantenido y sostenido por las escuelas en el tiempo. (11)

Un aspecto de suma importancia que deben contemplar quienes diseñan los programas y aquellos que establecen las políticas públicas que orientan la formación escolar, tiene que ver con entender que la gestión eficaz y digna de la menstruación no se limita a los conocimientos o las tecnologías para el manejo del sangrado, se necesita garantizar el acceso a unidades sanitarias adecuadas, agua limpia y jabón, acceso a la privacidad y métodos de eliminación de desechos apropiados, por lo que cada uno de estos factores contribuye a la gestión menstrual integral y son esenciales para complementar los cambios en el comportamiento que pretenden alcanzarse con la educación para la salud. (13, 14, 16, 20, 24)

Respecto a la metodología y evaluación de las intervenciones propuestas se debe contemplar que para el futuro se implementen diseños de alto rigor metodológico como ensayos clínicos controlados aleatorizados en clústeres, con el objetivo de reducir al máximo la

contaminación entre grupos y también la implementación de evaluaciones rigurosas que vayan más allá de medir la asistencia escolar e incluyan indicadores de logro académico, participación en el aula y bienestar emocional de las estudiantes. También métodos que evalúen a

profundidad medidas de impacto psicosocial, incluyendo medidas validadas para ansiedad, autoestima y percepción de estigma. (14).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las intervenciones examinadas en esta investigación que demostraron impacto en la salud menstrual de niñas y adolescentes escolarizadas, comparten componentes esenciales y elementos comunes que mejoran su efectividad. Dentro de estas se incluye el enfoque integral que combina educación menstrual basada en evidencia, acceso a productos menstruales adecuados, infraestructura sanitaria idónea en las instituciones educativas y la promoción de un entorno libre de estigmas y tabúes.

La implementación de estrategias intersectoriales y el apoyo gubernamental que permita la articulación de los sistemas de salud, los sistemas educativos y los mecanismos de protección social, es otro factor clave para fortalecer la autonomía menstrual y el bienestar general de las niñas y adolescentes escolarizadas.

Los beneficios de este tipo de intervenciones son múltiples y de alto valor social. Por ejemplo, se evidenciaron mejoras en la asistencia y permanencia escolar, la reducción de la ansiedad y el ausentismo relacionado con la menstruación, así como

un fortalecimiento del conocimiento y la autoeficacia en la gestión del ciclo menstrual. Como aspecto final, se resalta el hecho de que garantizar la salud menstrual no solo impacta positivamente en el desarrollo individual de las niñas y adolescentes, sino que también tiene implicaciones en la construcción de sociedades más justas e inclusivas.

Recomendaciones

La aplicación de intervenciones educativas en salud menstrual ha demostrado avances significativos en aspectos como los conocimientos, las prácticas de higiene, el uso adecuado y ambientalmente responsable de tecnologías para la gestión menstrual y el manejo de síntomas desagradables como el dolor, sin embargo, se requiere de investigación con métodos sólidos para encontrar relaciones entre ausentismo escolar, desempeño escolar, calidad de vida y otras variables de interés con la menstruación, ya que lo documentado hasta el momento no muestra resultados estadísticamente significativos o no se incluyen este tipo de desenlaces en la

evaluación de la efectividad de las intervenciones.

REFERENCIAS

1. Global Menstrual Collective. Accelerate towards global goals through action on menstrual health & hygiene [Internet]. 2023 [citado el 6 de agosto de 2024]. Disponible en: https://www.globalmenstrualcollective.org/uploads/2024/05/GMC_Global-goals-for-MHH__March23_FINAL.pdf
2. Hennegan J, Winkler IT, Bobel C, et al. Menstrual health: a definition for policy, practice, and research. *Sex Reprod Health Matters*. 2021;29(1):1911618. doi:10.1080/26410397.2021.1911618
3. United Nations Children's Fund (UNICEF). Manual sobre salud menstrual para facilitadoras y facilitadores [Internet]. 2022 [citado el 4 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.unicef.org/mexico/media/7206/file/Manual%20para%20facilitadoras%20y%20facilitadores.pdf>
4. McLaren MA, Padhee M. A sexual and reproductive health rights approach to menstruation. *Gend Dev* [Internet]. 2021;29(1):131–50. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/13552074.2021.1885218>
5. Escuela La Tribu. Guía de salud menstrual [Internet]. 2022 [citado el 4 de invierno de 2025]. Disponible en: <https://minmujeryeg.gob.cl/wp-content/uploads/2022/11/Guia-de-Salud-Menstrual-la-tribu.pdf>
6. United Nations Children's Fund (UNICEF). Progress on drinking water, sanitation and hygiene in schools 2015-2023: Special focus on menstrual health [Internet]. 2024 [citado el 26 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://onx.la/c528d>
7. United Nations Children's Fund (UNICEF). Higiene menstrual en las niñas de las escuelas del área rural en el pacífico colombiano [Internet]. 2018 [citado el 26 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.unicef.org/colombia/informes/como-vive-la-menstruacion-una-nina-o-adolescente-del-pacifico-colombiano>
8. Tegegne TK, Sisay MM. Menstrual hygiene management and school absenteeism among female adolescent students in Northeast Ethiopia. *BMC public health*. 2014; 14(1):1118.
9. United Nations Population Fund (UNFPA). Africa Symposium on Menstrual Health [Internet]. 2023 [citado el 25 de abril de 2025]. Disponible en: <https://esaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2025-03/UNFPA%20-%20Symposium%20Report.pdf>
10. United Nations Children's Fund (UNICEF). Menstrual health in east Asia and the Pacific [Internet]. 2023 [citado el 25 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.unicef.org/eap/media/13341/file/MenstrualHealthreport.pdf>
11. Kansime C, Hytti L, Nalugya R, Nakuya K, Namirembe P, Nakalema S, et al. Menstrual health intervention and school attendance in Uganda (MENISCUS-2): a pilot intervention study. *BMJ Open* [Internet]. 2020;10(2):e031182. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031182>
12. Van der Geugten J, van Meijel B, den Uyl MHG, de Vries NK. Evaluation of a sexual and reproductive health education programme: Students' knowledge, attitude and behaviour in Bolgatanga municipality, northern Ghana. *Afr J Reprod Health*. [Internet] 2015;19(3):126–36. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26897921/>
13. Yadav N, Kumar D. The impact of reproductive and sexual health education among school going adolescents in Andaman and Nicobar Islands. *Clin Epidemiol Glob Health* [Internet]. 2023;24(101416):101416. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cegh.2023.101416>

14. Hennegan J, Montgomery P (2016) Do Menstrual Hygiene Management Interventions Improve Education and Psychosocial Outcomes for Women and Girls in Low and Middle Income Countries? A Systematic Review. PLoS ONE 11 [Internet] 2016;(2): e0146985. Disponible en: doi:10.1371/journal.pone.0146985
15. Montgomery P, Hennegan J, Dolan C, Wu M, Steinfield L, Scott L. Menstruation and the Cycle of Poverty: A Cluster Quasi-Randomised Control Trial of Sanitary Pad and Puberty Education Provision in Uganda. PLoS ONE 11. [Internet] 2016(12): e0166122. Disponible desde: doi:10.1371/journal.pone.0166122
16. Rastogi S, Khanna A, Mathur P. Educational interventions to improve menstrual health: approaches and challenges. Int J Adolesc Med Health [Internet]. 2019;33(5). Disponible en: http://dx.doi.org/10.1515/ijamh-2019-0024
17. Shankar P, et al. Evaluating the Impact of a School-Based Youth-Led Health Education Program for Adolescent Females in Mumbai, India. Annals of Global Health. [Internet] 2020; 86(1): 108, 1–9. DOI: https://doi.org/10.5334/aogh.2791
18. Reihaneh Jarrahi, Nahid Golmakani, Seyed Reza Mazlom. Group Teaching Methods on Hygiene Behaviors in Female Adolescents: A Comparative Clinical Trial. Evidence Based Care Journal [Internet]. 2020; Disponible en: http://dx.doi.org/10.22038/ebcj.2020.40806.2074
19. Jarrahi R, Golmakani N, Mazloom SR, Forouzanfar H. The Effect of Menstrual Health Education Adopting the Peer Education Method with the Participation of Mothers on Adolescents' Menstrual Health Behaviors: a Clinical Trial. Journal of Midwifery and Reproductive Health.[Internet] 2021; 9(1): 2582-2589. DOI: 10.22038/jmrh.2020.42482.1489
20. Hitomi Hamada, Mika Ninohei, Noyuri Yamaji, Erika Ota. Effects of Interventions for Menstrual Health and Hygiene Management for Adolescent Girls: A Systematic Review and Meta-analysis. Pacific Rim Int J Nurs Res [Internet]. 2024;28. Disponible en: http://dx.doi.org/10.60099/prijnr.2024.265202
21. Ramaiya A, Malhotra A, Cronin C, Stevens S, Kostizak K, Sharma A, et al. How does a social and behavioral change communication intervention predict menstrual health and hygiene management: A cross-sectional study. BMC Public Health [Internet]. 2019;19(1):1039. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1186/s12889-019-7359-z
22. Darabi F, Yaseri M. Intervention to improve menstrual health among adolescent girls based on the theory of planned behavior in Iran: A cluster-randomized controlled trial. J Prev Med Public Health [Internet]. 2022;55(6):595–603. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3961/jpmph.22.365
23. Min J, Ahn S. Effects of menstrual self-management education program on knowledge and behavior of menstrual self-management in high school girls. Korean J Women Health Nurs [Internet]. 2018;24(3):310–21. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4069/kjwhn.2018.24.3.310
24. Yang Y-T, Chen D-R. Effectiveness of a menstrual health education program on psychological well-being and behavioral change among adolescent girls in rural Uganda. J Public Health Africa [Internet]. 2023;14(3):1971. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4081/jphia.2023.1971
25. Leire Agirreazkuenaga MSA. Educación e Higiene Menstrual a la escolarización de las niñas en escuelas rurales de Uganda. Revista de la Cátedra UNESCO [Internet]. 2022;10. Disponible en: https://www.ehu.eus/cdsea/web/wp-content/uploads/2017/03/2-REVISTA-DEFINITIVA-AAFF-Maqueta_Revista_ForumSostenibilidad_2022-Web.pdf
26. Belay S, Kuhlmann AKS, Wall LL. Girls' attendance at school after a menstrual hygiene intervention in northern Ethiopia. Int J Gynaecol Obstet [Internet]. 2020;149(3):287–91. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.13127
27. Tetti Solehati CEK. Effect of Jigsaw Technique on the Education of Menstrual Self-care Behaviour to Female Adolescents. Evidence Based Care Journal [Internet]. 2020;10:7–14. Disponible en: http://dx.doi.org/10.22038/ebcj.2020.43801.2185
28. The effect of health education with “numbered head together” and demonstration methods on menstrual hygiene behavior in adolescent Islamic boarding school. Int J Pharm Res [Internet]. 2020;12(04). Disponible en: http://dx.doi.org/10.31838/ijpr/2020.12.04.244

29. Kokiwar PR, Nikitha P. Efficacy of focused group discussion on knowledge and practices related to menstruation among adolescent girls of rural areas of rhtc of a medical college: An interventional study. *Indian J Community Med.* [Internet] 2020;45:32-5. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4103/ijcm.IJCM_134_19
30. Mohammadinia N, Rezaei MA, Morowatisharifabad MA, Heydarikhayat N. The effect of education based on PEN-3 cultural model on students' menstrual health behaviors: a mixed method study. *Health Educ Res* [Internet]. 2021;36(2):239–47. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/her/cyab001>
31. Roux, F. I., Burns, S. K., Hendriks, J. L., & Chih, H. J. Progressing Toward Adolescents' Ovulatory-Menstrual Health Literacy: A Systematic Literature Review of School-Based Interventions. *Women's Reproductive Health.* [Internet] 2021, 8(2), 92–114. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/23293691.2021.1901517>
32. Kayalvizhi Rajendran, S.Malini, V.Monika, MD Arbaz Alam, Meenakshi Vignesh. A Study to Assess the Effectiveness of Planned Teaching Programme on Menstrual Hygiene among Early Adolescent Girls in Selected Higher Secondary Schools in Puducherry. *INTERNATIONAL JOURNAL OF RESEARCH CULTURE SOCIETY* [Internet]. 2024;8. Disponible en: <http://dx.doi.org/DOIs:10.2017/IJRCS/202406029>
33. Kole U, Devulkar N, Badli S. Effectiveness of structured teaching programme on knowledge in practice regarding menstrual hygiene among female students studying in selected schools. *Int J Nurs Educ* [Internet]. 2018;10(2):85. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5958/0974-9357.2018.00047.8>
34. Villa-González E, Ruiz J, Chillón P. Recomendaciones para implementar intervenciones de calidad de promoción del desplazamiento activo al colegio (Recommendations to implement quality interventions to promote active commuting to school). *Retos Digit* [Internet]. 2016;(30):159–61. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.47197/retos.v0i30.40068>
35. López R, Kroeger A. Intervenciones educativas populares contra el uso inadecuado de medicamentos. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*;116(2),feb 1994 [Internet]. 1994 [citado el 20 de diciembre de 2024]; Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/15747>
36. Khanal G, Shrestha N, Adhikari K, Ghimire U. Menstruation hygiene management among secondary school students of Chitwan, Nepal:a cross-sectional study. *BMC Womens Health* [Internet]. 2023;23(1):395. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12905-023-02494-x>
37. Parasuraman G, Vijay V, Balaji S, Nisha B, Dutta R, Jain T, et al. Impact of health education intervention on menstruation and its hygiene among urban school-going adolescent girls in Thiruvallur, Tamilnadu. *J Family Med Prim Care.* [Internet] 2022;11:5271-6. Disponible en: https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_46_22
38. Haque SE,Rahman M, Itsuko K, et al. The effect of a school-based educational intervention on menstrual health: an intervention study among adolescent girls in Bangladesh. *BMJ Open.* [Internet] 2014;4:e004607. Disponible en: [doi:10.1136/bmjopen-2013-004607](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004607)
39. Rompiendo Tabúes de Salud Menstrual entre generaciones [Internet]. Plan International America Latina. 2024 [citado el 20 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://plan-international.org/america-latina/noticias/2024/05/28/rompiendo-tabues-de-salud-menstrual/>
40. Acceso a la gestión menstrual para más igualdad Herramientas y acciones para gobiernos locales [Internet]. Unicef.org. 2022 [citado el 20 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/informes/acceso-la-gesti%C3%B3n-menstrual-para-m%C3%A1s-igualdad>
41. Cadena SER. Descifrando el ciclo menstrual: Mitos, tabúes y nuevas perspectivas [Internet]. Cadena SER. 2024 [citado el 20 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://cadenaser.com/galicia/2024/12/04/descifran-do-el-ciclo-menstrual-todo-lo-que-necesitas-saber-radio-coruna/>
42. Su JJ, Lindell D. Promoting the menstrual health of adolescent girls in China: Menstrual health in Chinese adolescents. *Nurs Health Sci* [Internet]. 2016;18(4):481–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/nhs.12295>

43. Flickr F us on. Menstrual cycles as a fifth vital sign [Internet]. <https://www.nichd.nih.gov/>. [citado el 20 de diciembre de 2024]. Disponible en:https://www-nichd-nih-gov.translate.goog/about/org/od/directors_corner/p_rev_updates/menstrual-cycles?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=wa
44. Phulambrikar RM, Kharde AL, Mahavarakar VN, Phalke DB, Phalke VD. Effectiveness of interventional reproductive and sexual health education among school going adolescent girls in rural area. Indian J Community Med. [Internet] 2019;44:378-82.Disponible en: https://doi.org/10.4103/ijcm.IJCM_155_19
45. Harzif AK, Nurbaeti P, Sayogo Putri A, Silvana V, Andyra AF, Wiweko B. Factors associated with delayed diagnosis of endometriosis: A systematic review. J Endometr Pelvic Pain Disord [Internet]. 2024; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/22840265241291120>
46. Cómo hablar de la menstruación en casa [Internet]. Unicef.org. 2023 [citado el 20 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/adolescencia/como-hablar-de-menstruacion>
47. Guía para la promoción de la salud y la higiene menstrual [Internet]. Unicef.org. 2022 [citado el 20 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.unicef.org/venezuela/informes/gu%C3%ADa-para-la-promoci%C3%B3n-de-la-salud-y-la-higiene-menstrual>
48. Los tabúes en torno al periodo menstrual siguen muy arraigados [Internet]. Plan International America Latina. 2022 [citado el 20 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://plan-international.org/america-latina/noticias/2022/05/27/los-tabues-en-torno-al-periodo-menstrual/>
49. Majeed J, Sharma P, Ajmera P, Dalal K. Menstrual hygiene practices and associated factors among Indian adolescent girls: a meta-analysis. Reprod Health [Internet]. 2022;19(1):148. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-022-01453-3>
50. Roux, F.; Chih, H.; Hendriks, J.; Burns, S. Mixed Method Evaluation of My Vital Cycles®: A Holistic School-Based Ovulatory Menstrual Health Literacy Program. Int. J. Environ. Res. Public Health. [Internet] 2023, 20, 5964. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph20115964>
51. Evans RL, Harris B, Onuegbu C, et al. Systematic review of educational interventions to improve the menstrual health of Young adolescent girls. BMJ Open. [Internet] 2022;12:e057204. Disponible en: [doi:10.1136/bmjopen-2021-057204](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057204)

ISSN:
2448-7767

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
REVISTA SALUD Y BIENESTAR SOCIAL
JULIO DE 2025



Reserva de derechos al uso exclusivo **04-2016-082915573100-203**. Facultad de Enfermería ubicada en el Campus de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Yucatán, C. 90 s/n x 59 y 59ª Contiguo al Hosp. O'Horán, Código Postal 97000. Tel. 924-22-16 Ext. 35106, Fax 928-52-50 Ext. 1028.