

2025

ISSN 2839 – 8674 (en línea)



AMERICAN NURSES
CREDENTIALING CENTER



Fundación
Santa Fe de Bogotá

Volumen 27 | No. 1 2025

Actualizaciones en Enfermería



Directora Revista:

Sandra Marcela Cortés Gómez
Directora de Enfermería

Editora y Productora:

Martha Cecilia Yepes Calderón
*Coordinadora de Educación y Gestión
del Conocimiento de Enfermería*

Comité Editorial:

Luisa Fernanda Núñez Rivera
Enfermera Magister

Dary Alexandra Romero Franco
Enfermera Especialista

Nicolás Arévalo Duque
Enfermero Maestrante

Rubén Darío Hernández Latorre
Comunicaciones Internas

Diseño y Diagramación:

Julian David Talero Vaquen
Diseñador de Comunicación

Fotografía:

Banco de Imágenes Fundación Santa Fe de Bogotá
ACTUALIZACIONES EN ENFERMERÍA ISSN 2389-8674 (En
línea) se publica en ediciones especiales para Colombia y
Latinoamérica, 1998 por la Fundación Santa Fe de Bogotá,
Derechos reservados.

La Institución se reserva todos los derechos, inclusive los de
traducción. Se prohíbe la reproducción y reimpresión, total o
parcial de los artículos sin el permiso previo del editor bajo
las sanciones establecidas en las leyes, por cualquier medio o
procedimiento, comprendidas las reprografías y el tratamiento
informativo, y la distribución de ejemplares de ella, mediante
alquiler o préstamo público.

Publicación de la Fundación Santa Fe de Bogotá Calle 119 #
7-75, Teléfono: 601-6030303 extensión: 5129, 5408. Bogotá, D.C.,
Colombia. Agosto 2024

E-mail: actual.enferm@fsfb.org.co

**Visite: <https://fundacionsantafedebogota.com/>
ACTUALIZACIONES EN ENFERMERÍA**

CONTENIDOS

04

Editorial.

06

Enfermería como arte del cuidado.

9

Cuando el dolor atraviesa los cristales: Una narrativa de cuidado al final de la vida.

15

De la soledad al abrazo.

17

Donde esté, siempre estaré con ustedes.

22

El arte del cuidado hacia el final de la vida.

26

Comunidad de aprendizaje en pacientes.

34

Implementación del proceso de atención de enfermería en ginecobstetricia.

42

Reporte de caso: Gestión de riesgos en un paciente de trasplante de células hematopoyéticas, análisis desde los indicadores de calidad.

52

Experiencias culturales de cuidadores informales sobre distracción multisensorial en niños hospitalizados con enfermedad oncológica.

EDITORIAL

La historia de la enfermería se remonta a la India, donde se creó la primera escuela especializada, que en ese entonces admitía, por razones religiosas, sólo hombres. Más adelante encontramos referencias a una profesión dedicada al cuidado de los enfermos en los tiempos del Imperio Bizantino, aunque también entonces eran sólo hombres los que la ejercitaban. Sin embargo, la concepción moderna de la enfermería está sin duda ligada a la figura de Florence Nightingale (1820-1910). Su participación en el cuidado de los heridos durante la Guerra de Crimea y la posterior fundación de la Nightingale Training School for Nurses (1860) fueron el inicio de la enfermería moderna que conocemos hoy.

Su nombre se compone de tres elementos del latín: in- (negación) firmus (resistente, fuerte) y -eria (actividad), es decir, es la actividad de cuidar a aquellos que no están firmes o fuertes, a saber, los enfermos y heridos. De allí se desprendieron otras tareas, como promover el estado de la salud y prevenir que ocurriese la enfermedad. Dado el ámbito de su quehacer, es natural que haga parte del grupo de ciencias y prácticas dedicadas al cuidado de la salud.

En mis años de formación académica, hace un poco más de 45 años, tuve mi primera relación con el gremio de la enfermería. Coexistíamos, en el Hospital San José, las dos facultades de formación en medicina y en enfermería, sin que realmente tuviéramos mayor contacto fuera de esporádicos momentos de interacción en los procesos de atención de los pacientes. Sus docentes, con seguridad excelentes profesionales, eran seres generosos que inculcaban en sus alumnas y alumnos no sólo el conocimiento para ejercer más adelante su profesión, sino también el amor y la empatía, de los que yo fui frecuente testigo al ver su interacción con los pacientes. En esa época, se esperaba de quienes estudiaban enfermería, una inmensa mayoría mujeres, de vestido blanco, falda y toca en la cabeza, que limitaran su conocimiento a lo que les era impartido en los salones de clase y era común el sentimiento, en mi opinión totalmente equivocado, de que una orden dada por un médico no admitía duda o explicación: debía ser, sin más, ser acatada.

Pero el cambio no se demoró mucho. En mis años de residencia, entré en contacto con enfermeras jefes con un profundo sentido de una transformación en su rol, que, entendiendo muy bien la importancia de la empatía que debemos manejar todos cuantos atendemos a aquellos en condiciones de enfermedad, vieron la necesidad de impulsar una renovación en su profesión: empezaron a buscar elevar los estándares en su ejercicio profesional, especializaron sus áreas de competencias y profundizaron sus conocimientos a la par de los otros profesionales de la salud, especialmente a la par de los médicos. Sin duda, este proceso era la réplica de lo que se veía que sucedía en Estados Unidos y Europa, donde el modelo ya se aplicaba con éxito desde años atrás. Desafortunadamente, no todo el mundo responde positivamente al cambio. En este caso, el gremio médico, que debió ser un aliado incondicional, no ha respondido en su totalidad con la altura que se requiere. Algunos sectores se resisten en reconocer en la enfermería a un par e incluso no apoyan en lo legislativo que se permita que, con la debida preparación, el profesional de enfermería ejerza las funciones que de las que ya son responsables en casi todos los lugares civilizados del mundo.

Además de la subespecialización profesional de la enfermería, hay quienes han incursionado en disciplinas paralelas, como la administración, la economía y diversas ingenierías, entre otras múltiples disciplinas, de lo que resulta un conocimiento que no sólo enriquece al profesional, sino que también amplía las fronteras de la especialidad misma, brindando competencias que permitan modificar el campo de práctica para el gremio de la salud en general.

Las sociedades se resisten en general a los cambios. Son muchas las razones para estas resistencias y no es el papel de esta editorial discutir las, pero sí pretendo decirles que yo, que he vivido el cambio desde las maravillosas enfermeras del hospital San José de finales de los años 70 al cuerpo de enfermería de La Fundación Santa Fe de Bogotá, puedo dar fe de un verdadero progreso; sin embargo, creo firmemente que todavía hay camino por recorrer y que hay que hacerlo pronto. Veo en muchas y muchos de los miembros del gremio de enfermería la preparación y el potencial para hacer mucho más que lo que la legislación colombiana actualmente les permite hacer. Además de dar el paso en la educación que reciben, hay que darlo con una transformación legislativa que les permita ampliar su campo profesional. Siempre he creído en la pluralidad y sé que habrá personas que no estén interesadas en explorar las fronteras, pero sí creo que el límite impuesto hoy no es correcto y que profesionales con el debido entrenamiento deben tener posibilidades de actuar mucho mayores.

Habiendo dicho todo lo anterior, quiero volver a la figura de Florence Nightingale, también conocida como “La Dama de la Lámpara” porque, en las noches, recorría los pasillos y habitaciones con una lámpara encendida para reconfortar a los enfermos. La enfermera o enfermero es la persona que más tiempo pasa con el enfermo, es la persona que más tiempo escucha su alma; es por eso que tiene tanto la oportunidad como el deber de la empatía a un nivel por encima de cualquier otro miembro del gremio de la salud y es por eso también que están en la posición ideal para asegurarse de que el/la médico(a) también sea empático/a: enfatizo esto porque moriré siendo un convencido de que, en el arte de sanar, nada es más importante que esta virtud.

Dr. Andrés Rodríguez Múnera

Médico Universidad del Rosario
Especialista en Ortopedia y Traumatología de la Universidad Militar
Cirujano de Columna del Miami Children's Hospital
Director del Instituto de Cáncer Fundación Santa Fe de Bogotá



La enfermería como arte del cuidado: cuidado crítico

Nursing as the art of caring: critical care

Lina María Canabal Henao

Enfermera, Universidad de Caldas

Especialista en enfermería en cuidado crítico, Pontificia Universidad Javeriana. MBA (Master in Business Administration), Universidad Internacional de la Rioja. Enfermera en unidad de cuidado intensivo neonatal, Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá.

En esta narrativa, se describe el valor de la enfermería como profesión, comenzando con Florence Nightingale, nuestra pionera, que dio paso al reconocimiento de la misma como arte del cuidado fundamentado en el conocimiento científico, la evidencia y la investigación. Se mencionan otras teoristas como Hildegard E. Peplau, Dorothea E. Orem y Katharine Kolcaba, haciendo énfasis en el cuidado de los pacientes en las unidades de cuidado intensivo.

Palabras clave: enfermería, UCI, arte, cuidado.

In this narrative, the value of nursing as a profession is described, starting with Florence Nightingale, our pioneer, who gave way to the recognition of nursing as an art of care based on scientific knowledge, evidence and research. Other theorists such as Hildegard E. Peplau, Dorothea E. Orem and Katharine Kolcaba are mentioned, emphasizing the care of patients in intensive care units.

Keywords: nursing, ICU, art, care.

La enfermería empezó con Florence Nightingale; quien, como pionera de la enfermería moderna, dio paso al reconocimiento de la misma como un arte del cuidado fundamentado en el conocimiento científico, la evidencia y la investigación¹. Nightingale, fue un personaje muy importante y destacado en la historia de la profesión, fundó las primeras escuelas de enfermería, lo que conllevó al desarrollo del conocimiento científico necesario para su progresión; determinó los núcleos disciplinarios básicos (persona, entorno, salud y cuidado) con los cuales podemos comprender la naturaleza del cuidado enfermero.

En la actualidad, los profesionales de enfermería conformamos gran parte del equipo profesional y el recurso humano dentro de todas las instituciones prestadoras de servicios de salud incluyendo los niveles de más alta complejidad, como las unidades de cuidado crítico. Todo esto nos convierte en gestores del cuidado, siendo ésta, la razón de ser de la enfermería. La gestión del cuidado es un aspecto de gran relevancia a la hora de alcanzar y medir los niveles de calidad en toda institución prestadora de servicios de salud.

Como bien sabemos la gestión del cuidado incluye diferentes procesos tales como recolección, análisis, diagnóstico, planificación e intervenciones de los procesos enfermeros; los cuales fundamentan y marcan la diferencia en el arte de la enfermería.

Como lo indican Díaz y Soto², las competencias que adquieren y desarrollan las enfermeras que gestionan el cuidado directo en las unidades de cuidado intensivo son esenciales para garantizar una atención segura, eficaz, rentable y de calidad; esto es un elemento esencial de la práctica de enfermería que afecta directamente a los pacientes, familias, e incluso al mismo personal sanitario. Todo esto se engloba dentro de una práctica ética y responsable, lo cual reluce la importancia de las intervenciones de enfermería basadas en la evidencia.

La prestación de servicios actualmente se caracteriza por tener una visión de manera holística, integral e interdisciplinaria, para asegurar el éxito y los mejores desenlaces para nuestros pacientes. Debemos actuar con conciencia, humanización, profesionalismo e incluir al paciente y a su familia en esta toma de decisiones, hacerlos protagonistas y partícipes de su propio cuidado.

En la profesión se nos exige que desarrollemos múltiples competencias tales como pensamiento crítico, capacidad de análisis, habilidades técnicas y sensibilidad en las relaciones con los pacientes; como lo expone Hildegard E. Peplau en su teoría de las relaciones interpersonales.

Como lo plasmó Diers³ en "The journal of nursing administration", en el año de 1986, "La práctica de la enfermería va mucho más allá de cumplir simples tareas rutinarias, requiere de recursos intelectuales, de intuición para tomar decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas que respondan a las necesidades particulares de la persona". Todo lo anterior, además incluye una integración con el paciente, análisis crítico y juicio clínico; lo que conlleva a la aplicación de conocimientos y culmina con la evaluación de la calidad de nuestras intervenciones.

El propósito final es llevar a la rápida recuperación y rehabilitación de las personas que se encuentran utilizando los servicios de salud, aún más en los servicios de alta complejidad como lo son las unidades de cuidado crítico.

Según lo expresado por Beltrán O.⁴, "una persona o paciente en estado crítico, es aquella en la cual sus sistemas y funciones vitales se encuentran gravemente alterados, inherente a esta condición existe un alto peligro de muerte", debido a esto nosotros como enfermeros debemos estar preparados para brindar soporte de cuidado asistencial, así como apoyo espiritual y emocional en caso de que se requiera;



como lo indica Dorothea E. Orem⁵ en el año del 2001, en su teoría del déficit de autocuidado “el estado que indica la necesidad de asistencia enfermera es la incapacidad de las personas de proporcionarse por sí mismas y continuamente el autocuidado de calidad y cantidad necesario según las situaciones de salud personal”.

Actualmente evidenciamos que las unidades de cuidado crítico están provistas de un alto material tecnológico encargado de brindar soporte vital, el contacto del personal asistencial con el paciente en estado crítico es más frecuente, pues su soporte vital así lo demanda.

Los pacientes en la unidad de cuidado intensivo ponen en nuestras manos su seguridad, como enfermeros, debemos garantizarles confort y comodidad. Lo explica Katharine Kolcaba⁴ en el año del 2008 en su teoría del confort:

En el mundo tecnológico actual, la misión histórica de la enfermería de confortar a los pacientes y a los familiares es aún más importante. El confort es un antídoto contra los factores de estrés inherentes en situaciones sanitarias de hoy, y cuando el confort mejora, pacientes y familia salen reforzados frente a las tareas que tienen por delante. Además, las enfermeras se sienten más satisfechas con los cuidados que prestan.

Otro gran reto que se nos presenta en las unidades de cuidado crítico es referente a la comunicación de los pacientes, ya que en su mayoría se encuentran en estado de alteración de la conciencia.

Nuestro compromiso es tener esa capacidad para poder establecer comunicación a pesar de estas dificultades, utilizando las herramientas que están a nuestro alcance como la interpretación de gestos, movimientos, posiciones e incluso sólo identificando e interpretando las cifras de los valores de signos vitales en los monitores de los pacientes, en los ventiladores, paraclínicos, y todos los medios que están a nuestra disposición que permiten construir un juicio clínico base para la toma de decisiones.

Para concluir, el personal de enfermería hace parte vital de la estructura y la relación médico paciente, somos responsables de numerosos procesos que velan cada vez más por mayor seguridad en nuestra atención, y no solo con las personas que atendemos a diario, sino también con los profesionales que están cada día en las unidades de cuidado crítico. Dependiendo de la calidad del servicio que se evidencia mediante la evaluación e indicadores; y de la gestión del cuidado, se facilita la calidad de recuperación y rehabilitación, beneficiando no solo al paciente y a su familia sino a toda la comunidad hospitalaria y la sociedad.

Debemos aprovechar los momentos que nos movilizan al cambio, hacia la unión, la humanización y el colegaje, ya que nuestra sociedad actual y la naturaleza humana se desenvuelven en un entorno más complejo; juntos podemos hacer más por la humanidad.

Conflicto de interés

La autora declara que no existe conflicto de intereses para la publicación del presente texto.

Referencias

1. Lugo M, et al. Florence Nightingale: precursora de la práctica de los cuidados intensivos. EDUMECENTRO. [Internet]. 2023; [Consultado el 26 de enero de 2023]. 15. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S2077-28742023000100034&script=sci_arttext
2. Díaz D., Soto V. Competencias de enfermeras para gestionar el cuidado directo en la Unidad de Cuidados Intensivos de adultos. Revista Cubana de Enfermería. [Internet]. 2020; [Consultado el 27 de enero de 2023]. 36 (3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192020000300019&script=sci_arttext
3. Diers D. To profess—To be a professional [Internet]. Journal of Nursing Administration. 1986 Mar;16(3):25-30 [Consultado el 29 de enero de 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3633314/>
4. Beltrán O. La práctica de enfermería en cuidado intensivo. Universidad de la Sabana: Aquichan. [Internet]. 2008; [Citado el 27 de febrero de 2023]. 8 (1): 50 – 63. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/741/74108106.pdf>
5. Orem DE. Nursing: Concepts of Practice. 5.º ed. St Louis (MO): Mosby; 2001.
6. Kolcaba K. Comfort. En: Bredow TM, editor. Opening Theoretical Boxes: Driving Evidence-Based Practice through Integrative Theorizing. In: Neuman B, Fawcett J, editors. Middle Range Theories: Application to Nursing Research. 5º ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 254–272.

Cuando el dolor atraviesa los cristales: una narrativa de cuidado al final de la vida

When pain passes through the panes: A Nursing Narrative on End-of-Life Care

David Andrés García Zuluaga

*Enfermero de la Universidad del Tolima
Candidato a Magister en Gerencia de la Salud
Enfermero asistencial en la Clínica Medicádiz de Ibagué*

Este artículo es el análisis de una Narrativa de enfermería, derivada de la primera experiencia de cuidado al final de la vida de un estudiante de Pregrado en Enfermería en el ámbito clínico. Se identifican los elementos del conocimiento de enfermería como el patrón personal, empírico, ético, estético, sociopolítico y emancipatorio descritos por Carper (1). Para entender el significado del cuidado en la narrativa se utilizó la teoría del final tranquilo de la vida de Ruland y Moore (2).

Se concluyó que las acciones de cuidado conscientes aplicadas por el personal de enfermería, enfocadas en disminuir el dolor, brindar confort y paz, brindar dignidad y respeto, y el acompañamiento de personas significativas son fundamentales para un final de vida armonioso.

Palabras clave:

Enfermería, Dolor crónico, Enfermería de Cuidados Paliativos al Final de la Vida.

This article analyzes a nursing narrative derived from the first experience of an undergraduate nursing student in providing end-of-life care in a clinical setting. Elements of nursing knowledge, such as personal, empirical, ethical, aesthetic, sociopolitical, and emancipatory patterns described by carper (1), are identified. Ruland and Moore's theory of a peaceful end of life was utilized to understand the meaning of care in the narrative (2).

It concludes that conscious caregiving actions by nursing staff, focused on reducing pain, providing comfort and peace, offering dignity and respect, and the presence of significant others, are fundamental for a harmonious end of life.

Keywords:

Nursing, Chronic Pain, Hospice and Palliative Care Nursing

Introducción

La Narrativa de Enfermería es un elemento básico fundamental para analizar la praxis de la profesión, tiene su origen dentro del ejercicio práctico y permite comprender como el cuerpo de conocimientos teóricos se desarrollan en la cotidianidad y soportan el ejercicio de la profesión. Según Gómez y Gutiérrez, los patrones de conocimiento son base y pilar del ejercicio enfermero y permiten dar una respuesta a las preguntas que permiten desarrollar el conocimiento de la Enfermería (3). Los patrones de conocimiento de Carper proporcionan el marco para analizar cómo la teoría del final tranquilo se aplica en la práctica.

Ruland y Moore proponen la Teoría de rango medio sobre el Final Tranquilo de la vida, sus postulados permiten al profesional de enfermería reconocer y desarrollar estrategias que contribuyen a garantizar un aumento en la percepción de bienestar, dignidad y respeto de una persona que, por su condición clínica, se encuentra en situación de fin de vida (2).

Este artículo analiza cómo un estudiante de enfermería integra los patrones de conocimiento de Carper en su primera experiencia de cuidado al final de la vida, evidenciando desafíos éticos y emocionales. Se identifican los elementos del conocimiento de enfermería como los patrones personal, empírico, ético, estético, sociopolítico y emancipatorio considerando los postulados de Ruland y Moore en su teoría del final tranquilo de la vida.

Contexto de la narrativa

La situación de cuidado se desarrolla en la práctica clínica cuando era estudiante de enfermería de segundo año de una universidad pública, en el servicio de Medicina Interna de un importante centro hospitalario de alta complejidad en la ciudad de Bogotá.

Características del paciente

Es una mujer de 58 años, con estudios de Bachillerato, su ocupación principal fue el cuidado de su familia y del hogar. Lleva 41 años de casada producto del cual engendró 2 hijos, es de creencia católica y permanece hospitalizada por agotamiento de las alternativas terapéuticas, diagnosticada con cáncer metastásico, declarada paciente en situación de fin de vida y a la espera de su deceso.

La paciente vive en el área urbana al sur de la ciudad de Bogotá y la atención que recibe se la brinda una institución hospitalaria privada.

Situación de enfermería

Era miércoles en la madrugada y como cualquier otro día, hacía un frío entumecedor, yo subía las escaleras rumbo al quinto piso de una reconocida clínica Bogotá; había mucho movimiento en los pasillos, ese era el común denominador. Las manecillas del reloj señalaban las 6 horas y 54 minutos, se acercaba presurosamente la hora de cambio de turno. Las enfermeras y auxiliares se disponían frente al carro de insumos con los kardex, libretas, bolígrafos y resaltadores, cuando todos estuvieron listos se dio inicio a la función.

Llegó el momento de la asignación de pacientes, yo estaba dispuesto a lo que fuera, me sentía animado y listo para contribuir en la transformación de la situación de salud-enfermedad del paciente que me correspondiera, pero me estrellé con la realidad cuando al entrar en la habitación buscando a mi paciente lo primero que detallé fue: varias bombas de infusión pitando e iluminando sus pequeñas pantallas, mangueras con líquidos desconocidos por aquí y por allá, una cánula de oxígeno mostrándose discretamente entre las sábanas, una montañita de pañales muy finamente apilados en una mesa, varias jeringas en otra y en la mitad de todo ese artificio, una mujer de 58 años postrada en una cama. Cáncer metastásico en etapa de fin de vida, era su diagnóstico.

Doña Tomasa estaba allí, pero a su vez, no lo estaba, tenía la mirada fija en el ángulo entre el techo y la pared de la habitación como si observara detenidamente algo que se situaba sobre ella; mi paciente no respondía al llamado, tan solo esbozaba una leve sonrisa al escuchar pronunciar su nombre, miraba a vuelo de pájaro el uniforme blanco que me cubría para situar su mirada en mis ojos, como buscando insistentemente respuestas a preguntas impronunciadas. Me acerqué ubicándome a su lado y noté que sus pupilas estaban anisocóricas y una de ellas titilaba levemente con la luz, me impresionó bastante, retiré rápidamente la mirada y retrocedí unos cuantos pasos, sentía que veía en esa cama a mi propia madre y eso me generaba escozor, una leve sensación de presión en el pecho y una cierta torpeza en mis movimientos. Quería evadir su mirada inquisidora y alejarme

por un momento de esa sensación de impotencia que me abrigaba, así que me acerqué rápidamente a las bombas de infusión que, en ese momento, el biiiiip biiiiip biiiiip que sonaba asiduamente, se tornaba altamente desesperante.

“Morfina” decía en un pedazo de cinta adherido a uno de los equipos, había otro destinado para la administración de un antibiótico y un atril con la nutrición que le era suministrada por un Catéter Venoso que llegaba directamente a su corazón. El punto de inserción de dicho catéter era visible gracias a un adhesivo transparente, se veía en buen estado y sin signos de infección.

En una esquina de la habitación, sentada sobre una silla reclinable, se encontraba una señora muy simpática de poco más de 60 años de edad, la miré y le pregunté:

–¿Sumercé qué es de doña Tomasa?–.

–Una amiga, – respondió –en la Unidad de Cuidados Intensivos, ella le decía a todos que yo soy la hermana, y es como si lo fuera, pero somos en realidad amigas de toda la vida–

Doña Ruby no aparenta su edad, era una mujer muy bien conservada y con un vestir elegante, en la solapa izquierda de su chaleco tenía fija una medallita de la virgen María, cuando hablaba siempre hacía referencia a Dios y a la Virgen, lo que me llevó a inferir que sus creencias religiosas eran base fundamental en su vida, cosa que vine a ratificar más adelante. Me manifestó que estaba muy preocupada porque la familia de doña Tomasa no estaba muy pendiente de su cuidado; según ella, los hijos y el esposo no la visitaban, tampoco le traían los elementos que se necesitaban para su cuidado, por tanto, ella consideraba que su misión cristiana era acompañar y ayudar a su amiga en todo lo que estuviera a su alcance.

Doña Ruby se sentía impotente al ver el estado de deterioro de su mejor amiga, se podía observar en su rostro su angustia y desesperación al contemplar su sufrimiento; para ella era inconcebible vivir al borde de la muerte, en el fondo, aunque no me lo dijera, se podía percibir su deseo de que Dios la llevara a su gloria y la liberara de su constante sufrimiento.

A doña Tomasa le habían realizado una colostomía, sobre ella se ubicaba una bolsa que reunía en su interior la materia fecal que su cuerpo iba produciendo. Noté que los seguros de esa bolsa no eran los originales, por tanto, los desechos que caían en ella terminaban traspasando el amarre artesanal hecho con bajalenguas y unos bordes de guantes de látex y terminaban depositándose entre sábanas, un pañal sutilmente ubicado a su costado y en gran parte sobre su cuerpo desnudo. Tal situación hacía necesario que para brindarle confort a la paciente, se le realizara constantemente cambio a las sábanas y a los pañales. Era realmente lastimero percibir en Doña Tomasa la incomodidad que le generaba el hecho de estar sucia y oliendo a materia fecal; sentirse amarrada a la cama y limitada en todos sus movimientos por motivo de una sujeción terapéutica hacía que su ansiedad fuera mayor y su estadía hospitalaria más desgastante. Junto con la auxiliar, y con música relajante de fondo, realizamos baño en cama, cambio de sábanas, hidratación de la piel y cambio de pañales, quedé reluciente y en sus signos vitales se percibía su satisfacción.

Doña Tomasa y Doña Ruby se conocían desde pequeñas, vivían en la misma cuadra, cursaron juntas el colegio y eran mutuamente las mejores amigas, se distanciaron un tiempo cuando doña Tomasa contrajo matrimonio con su primer y único amor, pero fue el universo quien se encargó de reunir las nuevamente después de 5 años sin saber la una de la otra. Hoy en día sorprende ver que esa “amiga de toda la vida” es quien viene a visitarla todas las mañanas, quien está pendiente de ella y de lo que necesite, le habla y le susurra al oído, le acaricia su cabellera y la consiente; es ella quien más se preocupa por estar al tanto de todos los exámenes, resultados, procedimientos y valoraciones del personal de salud.

Ver a mi paciente en esa situación tan precaria, sedada, sola, deteriorada, me generó gran inquietud que aún me invade, me hizo sentir impotente frente a su enfermedad y frustrado en algún momento ante la imposibilidad de brindar una solución a su situación. Tengo impregnada en mi memoria la imagen de doña Tomasa mirando hacia la nada en su habitación e intentando elevar sus brazos como con la intención de agarrar algo que se ubica flotando sobre ella, no sé si sea algún suceso metafísico, esotérico o alucinatorio, recordé en ese momento la siguiente frase de la Enfermera y teorizadora Virginia A. Henderson: “Si puedes curar, cura. Si no puedes curar, alivia. Si no puedes aliviar, consuela. Y si no puedes consolar, acompaña”...

Virginia Henderson afirmó que como enfermeros nuestro rol es el de contribuir a la realización de actividades de cuidado en la búsqueda de que la persona permanezca sana o se recupere (4), podemos ser sustitutos, compañeros o colaboradores en las actividades de cuidado para que este logre su independencia o, brindar confort para una muerte tranquila (5).

Como profesional, ahora entiendo que nuestro contacto con el paciente debe ir más allá de salvaguardar la vida y la salud, o acompañar en la enfermedad, también es menester dignificar al ser humano y más aún cuando su situación de salud lo imposibilite para tomar sus propias decisiones. Parte importante del acto de cuidado es hacer propio el sentir de las personas; las acciones de cuidado dignifican, brindan bienestar y reconfortan el cuerpo y el alma.

Patrones de conocimiento en la narrativa

Patrón de conocimiento personal

Para Carper según Durán de Villalobos (6), implica reconocer la capacidad propia para comprender la realidad del otro e identificar sus necesidades y actuar asertivamente. El enfermero, siendo un estudiante que realiza su práctica profesional, hace ver su vulnerabilidad y frustración ante la situación de salud del sujeto de cuidado, se puede apreciar su transformación y crecimiento al entender que el cuidado de enfermería va más allá de salvaguardar la vida y también implica la dignificar y acompañar. Esto le dio herramientas para identificar las necesidades de cuidado de la paciente, actuando por ella para brindarle confort, además, la escucha activa y la presencia permitió ser un apoyo terapéutico para la paciente y su acompañante.

Patrón de conocimiento empírico o ciencia de la disciplina

En la Narrativa, el conocimiento se expresó por medio de la competencia profesional evidenciada con la adecuada aplicación de conocimientos técnicos para la realización de acciones de cuidado aprendidas e interiorizadas por el estudiante.

A la luz de la Teoría de Ruland y Moore (2), el estudiante logra reconocer los 5 criterios base de la teoría que posibilitan el final tranquilo de la vida entendiendo que la administración de medicamentos analgésicos es parte importante para el manejo del dolor oncológico en el paciente en situación de final de vida. De igual manera, reconocer que la realización de actividades como el baño, la hidratación de piel, los cambios de posición, la musicoterapia, entre otros, son medidas que brindan confort (7).

Patrón de conocimiento ético

Se hace evidente en el afán de acompañar, proteger la intimidad y dignificar al ser humano ante su imposibilidad por tomar sus propias decisiones por su condición clínica actual. El enfermero muestra capacidad de acción deliberada en la planeación y desarrollo de actividades de cuidado en concordancia con lo preceptuado en el deber ser basado en el cuerpo de conocimientos de la profesión de Enfermería; enmarca su actuar con empatía y comprensión por la cosmovisión del sujeto de cuidado y en armonía con el principio de "respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y a sus derechos" según lo establecido en el código deontológico de la Enfermería en Colombia (8).





Patrón de conocimiento estético

El patrón estético es también conocido como el Arte de Enfermería, para Villalobos (6), tiene que ver con, en primera medida, la habilidad de comprender lo que significa interactuar con el paciente, y en segunda medida, la capacidad de establecer un vínculo transformativo. En ese sentido, el estudiante logra percibir más allá de las palabras el sentir del paciente y de su acompañante, creando un escenario de transformación que da sentido al rol que desempeña él como estudiante y el familiar como soporte del paciente. Se hace evidente en la conexión visual entre el enfermero y la paciente en la que el intercambio de miradas vincula emocionalmente a los sujetos y genera empatía que trasciende el acto de cuidado.

Patrón de conocimiento sociopolítico

Para Gómez y Gutiérrez citando a Jacobs, Kramer y Chinn (3), el patrón sociopolítico tiene en cuenta la relación construida entre el paciente y el enfermero y entre la cual se desarrolla el cuidado de enfermería y se promueve la salud y el bienestar; observa la realidad individual en su contexto y permite en últimas, resolver injusticias enmarcadas en las barreras del sistema de salud.

En la narrativa el estudiante reconoce el contexto social y familiar complejo de la paciente, las dificultades de acceso a elementos de cuidado por el contexto económico en el que se desenvuelve la paciente. A pesar de estar afiliada a una aseguradora y encontrarse internada en una institución prestadora de servicios de salud, el acceso a elementos de primera necesidad como pañales, cremas, pañitos húmedos, cepillo, entre otros, depende de la caridad de sus allegados, limitando así en muchas ocasiones que el cuidado de enfermería pueda brindarse con la más alta calidad.

Aun así, los actos de cuidado se evidencian realizados con la convicción y responsabilidad social de brindar confort y bienestar, aun a pesar de las adversidades del contexto social en el que el personal de enfermería se encuentra inmerso.

Patrón de conocimiento emancipatorio

Se hace evidente en el cuestionamiento por la ausencia de la familia en el cuidado de la paciente, se reafirma con las acciones de cuidado que dignifican y reivindican el rol de enfermería en el acompañamiento al final de la vida; si bien el contexto económico y social de la paciente y su acompañante no son posibles de transformar por parte del enfermero, la reflexión suscitada sobre el cuidado de la paciente, reconociendo la importancia de un actuar congruente con sus necesidades e independientemente del contexto económico, es suficiente para reconocer la importancia del cuidado humanizado de enfermería al final de la vida.



Conclusiones

En esta narrativa se evidencia como el cuidado al final de la vida trasciende a lo meramente disciplinar, exige integrar el autoconocimiento (patrón personal), el conocimiento disciplinar (patrón empírico), la dignificación (patrón ético), el arte del cuidado (patrón estético) y el contexto político y socioeconómico (patrones sociopolítico y emancipatorio) para dar respuesta a la gran cantidad de necesidades presentes al final de la vida. También hace visibles los retos que tiene enfermería para adaptarse a la cosmovisión del paciente y su familia y brindar un cuidado adecuado, pertinente y suficiente, centrado en la humanización y garantizando la dignidad de la persona.

El estudiante, al enfrentar su impotencia, descubre que acompañar es tan vital como curar, validando la teoría de Ruland y Moore (2).

Conflicto de interés

El autor asegura no poseer conflicto de intereses.

Referencias

1. Carper BA. Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. Jones Bartlett Learn. 1978;23-33.
2. Ruland CM, Moore SM. Theory construction based on standards of care: A proposed theory of the peaceful end of life. *Nurs Outlook*. 1 de julio de 1998;46(4):169-75.
3. Gómez Ramírez OJ, Gutiérrez de Reales E. La situación de enfermería: fuente y contexto del conocimiento de enfermería. La narrativa como medio para comunicarla. 1.a ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2011.
4. Henderson V. The Nature of Nursing. *Am J Nurs*. 1964;64(8):62-8.
5. Raile Alligood M, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 7.a ed. Barcelona: Elsevier España; 2011.
6. Durán de Villalobos MM. La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. *Aquichan*. octubre de 2005;5(1):86-95.
7. Tonges M. Kristen Swanson Theory of Caring and Healing. *J Nurs Adm*. 19 de mayo de 2019;41(9):378-81.
8. Congreso de la República de Colombia. Sistema único de Información Normativa. 2004 [citado 14 de abril de 2025]. Ley 911 de 2004. Disponible en: <https://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1670889>

De la soledad al abrazo: una enfermera, una bebé y el poder del afecto.

From loneliness to hug: a nurse, a baby, and the power of affection.

Juliana Nieto Díaz

*Estudiante Posgrado
Enfermería Maternoperinatal Universidad Antonio Nariño*

En un hospital del Sur-Occidente de la ciudad, fui asignada al Programa Plan Canguro en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. Allí conocí a A.S., una bebé de 3 días de vida y 2200 gramos, abandonada por su madre, víctima de abuso sexual, quien quiso interrumpir su embarazo sin éxito. A.S. no tiene a nadie que le brinde el apego esencial del Plan Canguro, enfrentándose sola a un mundo que desde una edad tan temprana la ha desatendido. Al verla, sentí la necesidad de darle calor humano, así que la cargué como un gesto de cuidado, porque eso hacemos las enfermeras, brindar cuidado como un vínculo de afecto y protección. Al cabo de unos días, observé que AS había ganado peso, aún sin madre sustituta, reafirmando que las enfermeras podemos hacer más de lo que creemos para curar, que el afecto también es sanador.

Palabras clave:

afecto, enfermeras, método madre-canguro

In a southwestern city hospital, I was assigned to the Neonatal Intensive Care Unit's Kangaroo Care Program. There, I met A.S., a 3-day-old baby weighing 2,200 grams, abandoned by her mother, a sexual abuse victim who had attempted to terminate her pregnancy. Without anyone to provide essential attachment, A.S. faced a neglectful world alone. Seeing her, I felt need to give her human warmth, so I carried her as a gesture of care, because that's what we nurses do, provide care as a bond of affection and protection. After a few days, I noticed A.S. had gained weight, still without a surrogate mother, reinforcing that nurses can do more than we think to heal, and that affection is also a powerful healer.

Keywords:

affect, nurses, kangaroo-mother care method

Me encontraba realizando mi práctica formativa como aspirante a especialista en un Hospital del Sur-Occidente de la ciudad, en el programa Plan Canguro. Al realizar un recorrido por la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, veo una pequeña de tan solo 3 días de vida, tan indefensa, aferrándose a la vida, pero sin nadie que la acogiera. Con tan solo 2370 gramos al nacer, su madre, víctima de abuso sexual, decide irse y dejarla a merced de una institución. Muchos sentimientos se generan en mí. Por un lado, la condición de la madre, quien quiso acceder en algún momento a la IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo) tras ser víctima de abuso sexual; sin embargo, debido a las múltiples barreras de nuestro contexto social, no tuvo más remedio que llegar a término con su embarazo. Por otro lado, A. S., quien no es culpable de nada, solo es víctima de una cadena de eventos que ella no eligió.

Es una bebé canguro que no sentirá su madre, que no sabrá de apego seguro, que no escuchará los latidos que le dieron vida, y que no sentirá el calor de alguien que le de fuerzas para crecer.

Mi corazón se frunce y quisiera tomar el papel de madre sustituta, aunque sea por unos minutos, para que mi calor la haga fuerte, para que sienta que debe luchar, con su pequeño corazoncito latiendo y sus ojos que apenas se abren a la luz, que sienta que el mundo espera por ella.

A.S. depende enteramente del cuidado de las enfermeras. Seres que día y noche están atentas para suplir sus necesidades básicas. Ellas son quienes la bañan, le cambian el pañal, le dan su alimento (que claramente es fórmula láctea pues tampoco pudo reconocer el olor de la leche de su madre). Las enfermeras junto al equipo multidisciplinario están atentas a cambios en sus signos vitales, alteraciones en su patrón respiratorio o de eliminación. Pero, en una unidad donde tienen capacidad para recibir a 50 bebés, ¿quién se preocupa por el afecto? O más bien, ¿quién puede tener tiempo de pensar en el afecto? La respuesta, sin duda, debería ser "Una enfermera", dado que desde nuestra formación, nos entrenamos para responder no solo a las necesidades físicas y psicológicas del sujeto de cuidado, sino también a las necesidades afectivas como característica humanista de nuestra profesión.

Esto me lleva a pensar en lo sistemático que se hace nuestro qué hacer diario. Tenemos tantas actividades por realizar, procedimientos por hacer, protocolos por cumplir, que pensar en otros ámbitos del ser humano más allá del plano físico, que estamos tratando, resulta complejo. Sin embargo, nos han enseñado siempre sobre la priorización de los cuidados. Y, es aquí donde me cuestiono ¿priorizar el afecto por el abandono no es importante? Esta pequeña de la que hoy hablamos, no tiene dificultad para respirar, no necesita oxígeno suplementario, no tiene enfermedades de base, tolera adecuadamente la vía oral, su eliminación es normal. Sólo está un poco baja de peso. Entonces, ¿qué necesita? Para algunos, nada. Para otros, solo necesita subir de peso. Y para mí, necesita lo más importante: afecto. El afecto también es sanador. Y sé que con los cuidados en la unidad neonatal A.S. alcanzará su peso adecuado para salir de allí victoriosa, aunque se tarde un poco más, pero lo hará. Es fuerte físicamente.

Pero quise, aunque por poco, brindarle algo que quizá no recibe todos los días. Tiempo. Tiempo para que sienta que hay alguien ahí, no sólo un monitor. Tiempo para una bebé que es canguro y que, aunque el uniforme era una barrera, había un cuerpo que la recibía con amor. Tiempo para que perciba la voz de alguien diciendo que el mundo espera por ella y que es fuerte, más de lo que algún día va a creer ser. Tiempo en unos brazos que, aunque ajenos, le brindaron calor humano, e intentaron hacerle sentir que es importante.

Pasados unos días, regresé a la unidad. A.S tenía un peso de 2360 gramos. Continuaba fuerte y mejorando. Aún sin madre sustituta. Sólo ella contra el mundo. Una nueva oportunidad para mí de acompañarla. Sé que me escuchó y que esos pocos minutos le hicieron bien.

Definitivamente esta experiencia cambió mi visión de la enfermería, pues me hizo reflexionar cuántas veces podríamos mejorar la respuesta de los pacientes ante tratamientos con tan solo ser un poco más holísticos, con tan solo ser más humanos.

Quizá si las enfermeras tuviésemos la oportunidad de personalizar nuestro cuidado enfocado en las necesidades del individuo, más oportunidades de sanar serían exitosas. Y no me refiero a sanar la enfermedad física, sino a esa que no vemos, esa que es silenciosa y que sólo el corazón de una buena enfermera, con sentido humano, puede identificar.

Conflictos de interés:

Declaro que no existen conflictos de interés.

Donde esté, siempre estaré con ustedes

Wherever I am, I will always be with you

Yohana Milena Camacho Martínez

*Especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoria en Servicios de Salud
Enfermera Unidad de Cuidados Intensivos Adulto
Fundación Santa Fe de Bogotá*

La narrativa de enfermería es una herramienta que nos da la oportunidad de compartir una experiencia vivida con nuestro paciente y su entorno, nos permite identificar, analizar y evaluar todas las intervenciones realizadas con aquella persona que requiere de nuestra atención y cuidado; como sucedió con Doña Luz y su familia quienes vivieron un escenario de angustia, miedo y dolor al tener que atravesar por un proceso de duelo; donde se pudo evidenciar la importancia del acompañamiento en los procesos de final de vida y de estar en constante preparación, adquiriendo habilidades de cuidado humano que faciliten intervenir de forma oportuna en estas situaciones, estableciendo un vínculo de confianza basado en el respeto, el diálogo, la empatía y la escucha activa.

Palabras Clave:

Duelo, familia, enfermera, paciente, cuidado de enfermería.

Nursing narrative is a method that gives us the opportunity to share a lived experience with our patient and their environment. It allows us to identify, analyze, and evaluate all the interventions carried out with the person requiring our attention and care, as happened; with Doña Luz and her family, who experienced a scenario of anguish, fear, and pain as they went through a grieving process. This highlighted the importance of support in end-of-life processes and the need for continuous preparation, acquiring humanization skills that facilitate timely intervention in these situations, establishing a bond of trust based on respect, dialogue, empathy, and active listening

Key words:

Grief, family, nurse, patient, nursing care.

La profesión de enfermería tiene un carácter humanista cuyo objetivo es brindar un cuidado integral y de calidad; para lograrlo, un aspecto importante es el uso del razonamiento clínico y humanístico que permita garantizar la seguridad del paciente y que su entorno sea óptimo, sin dejar de lado que es una interacción recíproca paciente-entorno-enfermería donde influyen las costumbres, valores, creencias y actitudes de los actores involucrados¹, por tanto, los profesionales en esta disciplina intervienen en todos los momentos de la vida del ser humano, desde el nacimiento hasta la muerte y en todos los escenarios de salud-enfermedad.

Según la Teoría del Cuidado Humanizado de Watson J, sustenta la necesidad de integrar sus preceptos teóricos en las diferentes esferas del quehacer enfermero, gestión, asistencia, formación, docencia e investigación. El cuidado transpersonal es una forma singular que aborda el enfermero es “una clase especial de cuidado humano que depende del compromiso moral de la enfermera, de proteger y realzar la dignidad humana”, lo que permitirá trascender el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en la práctica.²

La relación transpersonal recibe influencia de la conciencia de cuidado y la intencionalidad de la enfermera, describe la manera como se entra en el espacio de vida o campo fenoménico de la persona, es capaz de detectar el estado del otro. Implica que la unión, es mutua y recíproca, cada uno viviendo el momento del otro, como redefiniéndose y reconociendo la convergencia de los dos, en el cual se abren a nuevas posibilidades de cuidado.³

Por ello los profesionales de enfermería necesitan valorar e identificar y evaluar el cuidado humanizado que se brindan a los pacientes hospitalizados, teniendo como base la teoría de Jean Watson basado en valores humanísticos, permitiendo fortalecer el cuidado en las instituciones asistenciales; para restaurar el arte cuidando-sanando, que constituye la base de la acción de Enfermería.²

En esta narrativa se puede observar que el proceso de fin de vida genera un gran impacto emocional en el paciente y en la familia. Esto requiere, por su complejidad, una mayor competencia en los profesionales que acompañan para dar respuesta a las múltiples necesidades que se generan.⁴ Es por esta razón que los cuidados brindados por el personal de enfermería en un paciente que se encuentra en una situación agónica, deben abordar las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales. El dolor, el miedo, la soledad y la percepción del sufrimiento familiar son algunas de las características físicas y emocionales de las personas agónicas. Así mismo, el apoyo familiar es necesario para facilitar el proceso de duelo; la familia es también objeto de cuidados.⁵

En esta situación, se observara como la enfermera va más allá de lo físico, comparte el sufrimiento con la persona y familia, buscando la manera de dar tranquilidad, fe, esperanza, aun sabiendo del resultado final; abarcando los aspectos físicos, espirituales y emocionales, que promueve trascender más allá del plano personal, se abrió hacia la dimensión espiritual que le permitió comprender como coexisten el proceso vida-muerte, en el cual según Watson contribuye a cuidar el alma de uno mismo y de la persona que recibe cuidado, propone que estas situaciones conllevan a promover el desarrollo continuo y profesional, el crecimiento espiritual y la práctica.³

En este contexto, la narrativa en enfermería, se utiliza como una herramienta que aporta y crea conocimiento desde la práctica, es creativa, innovadora e implica la observación y análisis de información de la interacción paciente-enfermera(o) e incluye las múltiples dimensiones del ser humano para lograr finalmente el bienestar del paciente.⁶ A continuación se presenta una narrativa de enfermería.

Doña Luz como decidí llamar a la protagonista de esta historia, una mujer de 55 años, trabajadora, amorosa, resiliente, con un diagnóstico de Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda (SDRA), a quien tuve la oportunidad de cuidar y tener varias conversaciones amenas, en las cuales olvidábamos el escenario en el que nos encontrábamos, era madre de tres hijos, una mujer y dos hombres a quienes saco adelante con el “sudor de su frente”, pues había enviudado hace muchos años, el destino le había quitado al amor de su vida, como muy amorosamente llamaba a su esposo Juan, el cual había fallecido a causa de un infarto fulminante, quedando sola con sus tres pequeños hijos, a quienes le dedicó su vida por completo y con su trabajo de costura, arte que aprendió de su madre desde muy pequeña y de quien heredo su máquina de coser al morir; instrumento con el que construyó su propio taller en la casa donde vivía y con el que, poco a poco, fue ganando prestigio como una de las mejores costureras del pueblo; logrando de esta manera, ganar el sustento diario para sus pequeños retoños, de los que se sentía muy orgullosa y con ese mismo orgullo decía “a punta de este trabajo logre que mis hijos nunca se acostaran sin comer y que hoy en día sean profesionales”, esa era Doña Luz una mujer echada pa'lante como toda una santandereana.

Con el paso de los días y el cuidado diario de Doña Luz se fue formando un vínculo afectuoso y empático, no sólo con ella, también con su familia, era agradable llegar a su habitación y verla sonriente, con un brillo en sus ojos que reflejaban tranquilidad, la cual lograba transmitir a las personas que la rodeábamos; además tenía una fe inamovible, recuerdo que en algunas de nuestras pláticas comparaba su vida y su fé hacia Dios con la del siervo Job, el cual había tenido una vida difícil llena de pérdidas y dificultades pero que nunca había flaqueado gracias

a su fé; así estoy yo, decía: "con una vida llena de adversidades pero segura que Dios siempre me dará lo mejor".

Los días transcurrieron y Doña Luz no se recuperaba, al contrario su situación empeoraba, pero fuerte delante de sus hijos; pero al quedar sola en su habitación se derrumbaba, podía ver su angustia e impotencia, yo trataba sacar tiempo para hablar con ella y poder ayudarla a controlar sus emociones, pero esta situación no sólo pasaba con ella, sus hijos estaban angustiados, temerosos y con la incertidumbre de no saber qué iba a suceder con la salud de su madre.

Llegué un martes en la mañana a mi turno normal, Doña Luz cumplía 8 días de hospitalizada en la unidad, pase y la saludé como de costumbre, pues ese día no estaba a cargo de su cuidado, el intensivista de turno inicio la ronda médica y solicitó unos gases arteriales para ella, el reporte no fue nada alentador, por lo que el médico decidió hablar con los familiares, estuvieron reunidos aproximadamente 30 minutos, al salir de la sala de información pude observar en sus rostros, dolor, desesperanza, angustia; su hijo mayor se acercó a mí, con lágrimas en sus ojos y manos temblorosas, agachó su mirada y me dijo: dígame jefe ¿qué hacemos?, ¿aceptamos la intubación de mi madre?, quede sorprendida y en silencio, jamás pensé que quisieran mi opinión y con mi voz entrecortada respondí: si ella fuera mi madre yo haría hasta lo imposible por su recuperación; el asentó con su cabeza, puso su mano sobre mi hombro y dijo gracias jefe, ustedes son ángeles acá en la tierra, era la primera vez que escuchaba esa frase y a pesar de tanto dolor en ese momento, sentí que estaba haciendo bien mi labor, que no sólo está cuidando un cuerpo enfermo físicamente, sino que había logrado como enfermera un medio de comunicación y apoyo con la familia en una difícil situación.

Ese mismo día, unas horas antes de la entrega de turno el intensivista realizó la intubación orotraqueal la cual fue asistida por mi compañera, pues aunque no estaba a cargo del cuidado de Doña Luz, pero mi interés por acompañar a esta familia me movió a ingresar a su habitación, estaba con su máscara de ventilación mecánica no invasiva, me acerqué, vi su rostro cansado, tome sus manos y le dije, "todo estará bien, siga confiando en Dios", ella era una persona muy creyente y segura que Dios ya tenía el destino escrito de cada ser humano, apreté mis manos y moviendo su cabeza entendí que comprendía lo que le decía. Después de la intubación orotraqueal el médico decidió pronarla, que consiste en colocar el paciente boca abajo y la cabeza a un lado, se utiliza como protección pulmonar para ayudar a mejorar la oxigenación, así permaneció por 24 horas. Doña Luz mejoró con el paso de los días lográndose la extubación, todo el personal de enfermería que había tenido la oportunidad de compartir con ella, sentía que cada intervención hecha había sido acertada para su recuperación, la alegría nos invadió a todos, sus hijos estaban felices, llenos de esperanza, pero esa felicidad no duró mucho, 48 horas después, empezó a presentar inestabilidad hemodinámica, su tensión arterial disminuyó, requiriendo soporte vasopresor dual (noradrenalina y vasopresina), sus gases arteriales mostraban una hipoxemia severa y hubo la necesidad de reintubarla, el panorama se tornaba gris, la familia entraba y salida de la habitación, como cuando presientes que algo malo está por pasar, sus rostros reflejaban la desesperanza, el cansancio y la impotencia de no poder hacer algo más, antes de esta segunda intubación Doña Luz solicito hablar con ellos.

Mientras los días pasaban, yo seguía visitando a Doña Luz en su habitación, conversaba con ella, aunque en esta ocasión quien solo hablaba era yo, pues ella se encontraba bajo sedación, pero aún así, sin escucharla era reconfortante, también en mis turnos y en la medida de lo posible que el tiempo lo permitiera, mantuve comunicación con su familia, tratando de conservar la esperanza y la fe frente a la situación que se estaba viviendo, permitiéndoles iniciar un proceso desahogo que les ayudara a tener momentos de consuelo y tranquilidad, también se les permitió que el pastor de su iglesia visitara a la paciente, el cual era un deseo referido por Doña Luz antes de estar sedada y con lo que su familia estaba de acuerdo; fueron días críticos, Doña Luz nunca mostro una respuesta positiva al tratamiento médico, con parámetros ventilatorios altos y con más medicamentos para poder mantenerla estable hemodinámicamente, entro en falla renal, con requerimiento de hemodiálisis y a pesar de todo el trabajo multidisciplinario realizado, Doña Luz falleció un miércoles a las 09:00 de la noche; estuve ahí a unos cuantos metros de su cama, con una inmensa tristeza y mientras la observaba no les mentiré, también lloré; viví el dolor y sufrimiento de sus hijos y aunque por instantes pensé que cualquier cosa que pudiera decir en ese momento no haría la diferencia, me acerqué a ellos y nos abrazamos como cuando un equipo de futbol se reúne para hacer un estrategia de juego, elevamos una oración al cielo, no recuerdo cuanto duro la oración, pero sí la paz que sentí en mi interior, al terminar les expresé mis condolencias y me retiré para darles la privacidad que necesitaban, mientras me alejaba de la habitación escuche al fondo las voces sollozas de sus hijos diciendo "gracias".

Asistí a su funeral y tuve la oportunidad de hablar con cada uno de sus hijos, la recordamos en sus mejores momentos, lo que hablaron el día de su segunda intubación y lo que sería sus últimas palabras "que siempre estaría entre nosotros" y esa frase aún mueve en mí, los más lindos recuerdos de la presencia y la fuerza de Doña Luz.

Fue gratificante escuchar lo agradecidos que estaban sus hijos por todo el cuidado que se le había brindado a su mamá, por el trabajo hecho y por la compañía que el grupo de enfermería había realizado no sólo con Doña

Luz sino con toda la familia, ya que a pesar de su fallecimiento pudieron percibir el apoyo en todo el proceso, evidenciado en los momentos de comprensión, amor y entrega en cada una de las actividades que fueron realizadas durante el transcurso de la enfermedad.

Escribir esta narrativa fue recordar mis inicios como enfermera asistencial, siendo una de las experiencias más enriquecedoras en mi carrera y la razón por la que hoy en día aprecio mi trabajo en el ámbito hospitalario, el poder estar a la cabecera del paciente, realizar actividades donde existe el contacto humano, que generan un vínculo de empatía, entrega, apoyo, comprensión y escucha, permiten ver que nuestra labor como enfermeras, no sólo se basa en cuidar a una persona enferma, también se basa en ese acompañamiento que realizamos al paciente y su familia en situaciones difíciles y de extremo dolor, por la pérdida de un ser querido, algo para lo que pienso que nunca se está preparado, es casi imposible pensar por un instante que ese ser que amamos, con el que hemos compartido alegrías, tristezas, frustraciones, logros, enseñanzas y un sin fin de momentos de nuestro diario vivir, pueda llegar a morir, un suceso, donde se experimenta una serie de sentimientos como angustia, culpa, miedo, inseguridad y una necesidad de saber porque pasan ciertas cosas en nuestra vida para las que nunca estamos listos y es en esos instantes que como enfermeros podemos ser esa luz de apoyo en el camino para los familiares, ayudando a entender, aceptar y expresar esta variedad de emociones que genera el proceso del duelo respetando sus creencias y espiritualidad.

No olvidemos que como enfermeros necesitamos fortalecer el cuidado humano en nuestro quehacer profesional; ser más conscientes de la necesidad de acompañamiento en los procesos de final de vida; estar en constante preparación, adquiriendo habilidades y destrezas de humanización, que facilite realizar actividades para intervenir de forma oportuna en aquellas personas que han perdido a un ser querido y a su vez que nos facilite el control de nuestras emociones, al brindar el apoyo moral que se requiere en un momento de duelo, ya que en nuestra labor diaria de enfermería, en cualquier momento enfrentaremos la una muerte de un paciente.

Para finalizar quiero agradecer a Doña Luz y su familia por permitirme vivir esta experiencia, que a pesar de tener un final doloroso, fue enriquecedora como crecimiento profesional y personal.

"La empatía es la esencia de una enfermera" - Jean Watson

Conflicto de intereses: Ninguno





Referencias

1. Muñiz Granoble G, García Martínez M, Rodríguez Orozco C, Sánchez Hernández C, Sandra Toledo L, Rebolledo D. Competencias del ser y hacer en enfermería: revisión sistemática y análisis empírico. *Revista Cubana de Enfermería*. . [Internet].2019. [Citado el 23 de Julio de 2024]. Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3339/450>
2. Guerrero Ramírez R, Meneses La Riva M, Ruiz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson:[Internet].2015.[citado el 22 de Enero de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/19486/3017-7642-1-PB.pdf?sequence=1>
3. Ramírez Perdomo CA, Rodríguez Vélez ME, Perdomo Romero AY. El consuelo de María: una enseñanza de cuidado desde la teoría de Watson: : [Internet].2015. [citado el 22 de Enero de 2025]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000100007#:~:text=C%C3%B3mo%2C%20a%20trav%C3%A9s%20de%20la,profesional%20en%20la%20Unidad%20renal.
4. Araujo Hernández M, García Navarro S, García-Navarro B. Abordaje del duelo y de la muerte en familiares de COVID-19: Revisión de narrativa. [Internet].2021. [citado el 21 de Julio de 2024]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862120303089>
5. Allande Cussó R, Navarro Navarro C, Porcel Gálvez AM. El cuidado humanizado en la muerte por COVID-19: a propósito de un caso Cuidado humanizado en una muerte por COVID-19: un estudio de caso [Internet].2021. [citado el 21 de Julio de 2024]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862120303156>
6. Ramírez Girón N, Landeros Olvera E, Cortes Barragán B. Narrativa en Enfermería: una experiencia de cuidado en hemodiálisis. [Internet] 2020 [Citado el 25 de Julio de 2024]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632020000300354#B4

Enfermería en la eutanasia: el arte del cuidado hacia el final de la vida

Nursing in euthanasia: The art of care towards the end of life

Lorena Viviana Salamanca Torres

*Enfermera Fundación Santa Fe de Bogotá
Hospitalización Piso 2 - 11*

Esta narrativa describe una experiencia de enfermería de la Fundación Santa Fe de Bogotá durante el proceso de eutanasia en un paciente oncológico del servicio de hospitalización, el Sr. Ángel. A través del relato, se exploran los retos emocionales y éticos que enfrenta el personal de salud al acompañar a pacientes en el final de sus vidas, en un contexto donde la eutanasia es legal en Colombia desde 1997. Se destaca la importancia de respetar la autonomía del paciente y de adoptar un enfoque holístico en el cuidado. La experiencia se enmarca dentro de las teorías de conocimiento enfermero de Carper (1978) y Chinn y Kramer (2011), subrayando la necesidad de una atención humanizada y equilibrada que beneficie tanto al paciente como al personal de salud.

Palabras clave (MeSH- DeCS) :

Eutanasia Activa Voluntaria, Cuidados Paliativos al Final de la Vida, Enfermería de Cuidados Paliativos al Final de la Vida, Enfermería holística, Enfermería Oncológica.

This narrative describes one of the many nursing experiences at Santa Fe of Bogotá Foundation during the euthanasia process of an oncology patient, Mr. Angel, from admission services until their final moments. This story explores the emotional and ethical challenges that healthcare personnel face when caring for patients at the end of their lives in a context where euthanasia has been legal in Colombia since 1997. The importance of respecting the autonomy of the patient is highlighted by adopting a holistic approach to their care. This experience frames the theories of nursing knowledge of Carper (1978), Chinn and Kramer (2011) underlining the need for humanitarian and balanced care that benefits both the patient and healthcare personnel.

Keywords (MeSH- DeCS) :

Euthanasia, Active, Voluntary. Hospice Care, Hospice and Palliative Care Nursing, Holistic Nursing, Oncology Nursing.

No era un día como cualquiera. Era la mañana para llevar a cabo el procedimiento en el servicio de hospitalización de la Fundación Santa Fe de Bogotá. Sabía que era una decisión tomada el Sr. Ángel desde hace un par de meses cuando se decidió iniciar el trámite. Al ingresar al servicio, me encontré de frente con su familiar, quien estaba un poco nerviosa pero preparada para enfrentar la situación. Al verme me dijo: "jefe Lore, hoy es el día". La miré a los ojos y respondí: "Sí, hoy es el día. Yo voy a estar acompañándolos". Ella me respondió afligida: "Qué bueno que estés aquí".

Me dirigí un poco ansiosa hacia mi puesto de trabajo pensando en que siempre nos preparamos para salvar vidas, pero en pocas oportunidades en la academia tocamos temas sobre cómo prepararnos para cerrar los ciclos hacia el final de ella. He tenido la oportunidad de estar con varios pacientes crónicos y de cuidados paliativos en mi carrera, pero nunca había tenido un paciente que hubiera tomado la decisión de llevar a cabo el procedimiento de la eutanasia.

En Colombia, la eutanasia es legal bajo estrictas condiciones desde 1997, regulada por el Ministerio de Salud y respetando la objeción de conciencia del personal de salud.(1,2) En ese contexto conocí al señor Ángel, un paciente con cáncer terminal que había decidido terminar su sufrimiento de manera digna. La Clínica Universitaria de la Fundación Santa Fe de Bogotá, como una de las principales instituciones de salud en Colombia, sigue las normativas nacionales respecto a la eutanasia. (3,4)

La experiencia con el Sr. Ángel ilustra cómo las teorías de Carper (5) y Chinn y Kramer (6) resaltan la importancia del arte en la práctica enfermera en relación al procedimiento de la eutanasia. Para Carper, la enfermería debe integrar conocimientos científicos, estéticos, personales y éticos, mientras que Chinn y Kramer amplían esta perspectiva al incorporar el conocimiento emancipatorio y sociopolítico (6). Este enfoque destaca que el arte de la enfermería va más allá de las habilidades técnicas; implica una dimensión creativa y humanizada que permite brindar un cuidado compasivo y adaptado a las necesidades individuales del paciente en el entorno hospitalario. (7,8)

Cuando conocí al señor Ángel, seudónimo que utilizaré para dirigirme a mi querido paciente por respeto a su anonimato; Pensé encontrar a una persona con alta dependencia, tal vez postrada, depresiva, quizás con una red de apoyo escasa y con dolor extremo. Contrario a esto, al ingresar a la habitación por primera vez, vi a un señor mayor sonriente, de pie en el baño, secándose las manos y su hija sentada leyendo un libro. Ella se levantó con rapidez y antes de que pronunciáramos alguna palabra nos dijo: "Él no permite que lo acompañen al baño. Se pone muy furioso". La hija comprendía que el paciente no debería movilizarse solo pero que no sabían cómo lidiar con su necesidad de sentirse independiente. Asistimos al Sr. Ángel a la cama y nos presentamos. Al realizar la valoración inicial, noté que no tenía facies de dolor y su principal preocupación era cómo iba a hacer para fumar, ya que era fumador crónico desde su adolescencia. Me sorprendió el estado de conciencia frente a su situación de salud y como veía la necesidad de su autonomía como base de su visión de calidad de vida. Había comunicado a sus familiares la decisión de llevar a cabo la eutanasia cuando sintiera que la dependencia no le permitiría llevar una vida tranquila a él y a los que lo rodeaban. Al conocer a su familia, evidencí que tenía una red de apoyo fuerte, respetaban su decisión y hacían su mayor esfuerzo por acompañarlo. Una familia muy unida y ejemplar.

Realmente fue un paciente con demandas muy particulares, que ponían en juicio nuestra ética de cuidado y nos llevaban a plantearnos preguntas inusuales. Una de las más controversiales fueron los inconvenientes relacionados con seguridad en relación al consumo de cigarrillo durante el proceso de hospitalización, lo cual llevó a una serie de ajustes en las dinámicas establecidas. Una de ellas fue plantearnos cómo decirle que no fume en la habitación a un paciente que ha fumado desde su adolescencia, que le place fumar y está en sus últimos días de vida. (9) Un día compartí un momento de risa con el Sr. Ángel y su familia. Situación que me recordó que nuestra disciplina va más allá de lo científico. Estamos para dar un cuidado holístico. Con los pequeños actos, pero significativos para los pacientes podemos favorecer el manejo de la ansiedad y el dolor, contribuyendo al confort y el de sus familiares. (10) Considero importante el fortalecimiento de la autonomía del paciente versus la responsabilidad del personal de salud. Es fundamental que el equipo de salud asuma una postura que respete las decisiones personales de los pacientes mientras se mantiene firme en la provisión de un cuidado seguro y de calidad. Al fortalecer nuestras estrategias desde esta perspectiva, podemos mejorar tanto la seguridad del paciente como la del personal de salud, además de enriquecer la experiencia profesional de los enfermeros. (11)

El día del procedimiento la jefe de Cuidado Paliativo verificó mi consentimiento verbal para acompañarla. Estuve de acuerdo. En ese momento pensé que quería despedirme de una manera particular de mi paciente. Preparé una velita para encenderla una vez dejara de latir su corazón. Cuando llegó el momento, ingresé a la habitación. Había varios familiares orando con él. El señor Ángel permanecía en silencio. Le dije: "Sr. Ángel, yo voy a acompañarlo en el proceso". Él sonrió y me dijo: "Me alegra, mijita. Ya no la van a molestar más por el paciente que fuma", y sonrió. Yo me sentí afligida pero su sonrisa me recordó que, a pesar de ser una decisión difícil, la decisión que estaba tomada respetando las necesidades de Ángel que me sentí honrada de poder ser parte del momento.

Se inició el procedimiento, todos observábamos en la habitación el monitor, viendo cómo poco a poco iban descendiendo sus signos vitales hasta declararse la hora del descenso por parte del personal médico. Los familiares se abrazaron, me abrazaron. Y salí de la habitación. Me mostré fuerte pero no pude evitar contener las lágrimas. Pasó un tiempo prudente y regresé a la habitación para orientarlos frente al proceso a seguir. Observé velitas prendidas y traje la mía. La prendí con las de la habitación, me despedí pidiendo que mi paciente encontrara su luz, agradeciendo por tener la oportunidad de ser parte de este proceso y por los retos que nos pone Dios al construirnos en nuestra profesión.

El caso del Sr. Ángel demuestra que el arte de la enfermería va más allá de la técnica, integrando una dimensión humanizada y empática. Aunque las teorías de Carper y Chinn y Kramer ofrecen un marco para entender este arte, es la experiencia personal lo que fortalece la práctica disciplinar. (5,7,8,12) La habilidad para equilibrar conocimientos técnicos con una comprensión adaptada a las necesidades del paciente es esencial. En mi experiencia con el Sr. Ángel, el arte de la enfermería se destacó en la capacidad de ofrecer un cuidado holístico integral.

“La enfermería es un arte que se construye con conocimiento y vocación, pero la clave está en comprender que en un cuidado humanizado y de calidad se necesita más de un corazón”

L. Salamanca. (13)

Declaración de conflicto de interés:

Por medio de la presente, declaro que no poseo ninguna influencia política, ni relaciones de parentesco, ni tengo intereses comerciales o vínculos institucionales que puedan comprometer mi objetividad más allá de mi rol profesional como enfermera en relación con el sujeto de cuidado descrito. No existe ningún conflicto que pueda impedir el ejercicio de mis funciones de manera oportuna, competente e independiente, siempre bajo los principios éticos y las recomendaciones profesionales pertinentes. El presente documento se ha elaborado sin fines de lucro. Durante su redacción y en la atención al paciente intervenido, se ha priorizado la salvaguardia de la dignidad, los derechos, la seguridad y el bienestar del paciente.

Referencias:

1. Norton Pérez-Gutiérrez. Unigarro Corala AJ del CCGRM. ¿La eutanasia está legalizada en Colombia? A propósito de la nueva guía del Ministerio de Salud y Protección Social. . ELSAVIER [Internet]. 2017 Apr 11 [cited 2024 Jul 24];17:99–106. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-acta-colombiana-cuidado-intensivo-101-articulo-la-eutanasia-esta-legalizada-colombia-S0122726216301239?referer=buscador>
2. Ministerio de Salud y la Protección Social Colombia. Resolución 971 de 2021_Eutanasia. Por medio la cual se Establ el Proced recepción, trámite y Rep las Solicit eutanasia, así como las directrices para la Organ y funcionamiento del Com para hacer Ef el Derecho a Morir con Dign a través l [Internet]. 2021;2021(i):19. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-971-de-2021.pdf>
3. Zárata D. Voluntad Anticipada [Internet]. IntelectoFSFB. 2021 [cited 2024 Jul 20]. Available from: https://intelecto.fsfb.edu.co/aiovg_videos/voluntad-anticipada/
4. Daza Medina M. Estandar Operacional Eutanasia en Adultos. Vol. DE-SHB-EO1-03, Fundacion Santa Fe de Bogota. Servicio de Humanismo y Bioetica . 2019. p. 1–4.
5. Carper BA. Fundamental patterns of knowing in nursing: The challenge of evidence-based practice. Adv Nurs Sci [Internet]. 1978 Jan [cited 2024 Jul 25];33(1):13–24. Available from: https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/citation/1978/10000/Fundamental_Patterns_of_Knowing_in_Nursing.4.aspx
6. Chinn PL, Kramer MK, Sitzman K. Knowledge development in nursing : theory and process. [Internet]. 11th ed. Elenventh, editor. 2021 [cited 2024 Jul 25]. Available from: <https://shop.elsevier.com/books/knowledge-development-in-nursing/chinn/978-0-323-79300-1>
7. Bascuñán Rodríguez ML, Huepe Ortega GV, Bascuñán Rodríguez ML, Huepe Ortega GV. Noción y postura sobre la eutanasia de médicos y enfermeras en un hospital público de Santiago de Chile. Rev Colomb Bioética [Internet]. 2015 [cited 2024 Jul 25];17(2):3756. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-68962022000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=es



8. Machuca Contreras F, Medero Loyola K, Zapata Aqueveque C. Cuidados al Fin de la Vida: Una Reflexión a Partir de los Patrones del Conocimiento. *Cuid en Enferm Salu y Educ* . 2015 Dec;2:63–83.
9. Cedzyńska M, Przepiórka IA. Cancer patients and smoking cessation. *Nowotwory J Oncol* [Internet]. 2023 [cited 2024 Jul 25];73(6):394–401. Available from: https://journals.viamedica.pl/nowotwory_journal_of_oncology/article/view/98065/75854
10. Molina Areces Á. Uso del humor en cuidados paleativos. [Internet]. Universitat de les Illes Balears; 2021. Available from: https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/159240/Molina_Areces_Álvaro.pdf?sequence=1
11. Nacak UA, Erden Y. End-of-Life Care and Nurse's Roles. *Eurasian J Med* [Internet]. 2022;54:S141–4. Available from: <https://www.eajm.org/Content/files/sayilar/224/21.pdf>
12. Álvarez MY. El rol de enfermería en la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. 2020 [cited 2024 Jul 25]; Available from: <http://ri.unlu.edu.ar/xmlui/handle/rediunlu/862>
13. Salamanca Torres LV. Entrelazando saberes desde las inteligencias múltiples para la promoción de la salud y la prevención del embarazo en jóvenes de la comunidad wayúu del colegio Camino Verde de Uribia, La Guajira. 2018 [cited 2024 Jul 25]; Available from: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/69604>

Comunidad de aprendizaje en pacientes: una experiencia como espacio educativo innovador en salud

Learning community in patients: An experience as an innovative educational space in health

Tatiana Fandiño Aranzalez

Magister en Innovación y Tecnologías para la Educación
Enfermera Educadora
Fundación Santa Fe de Bogotá

La rápida evolución en el acceso a determinada información, en donde inicialmente no era fácil para las personas y la creciente necesidad por parte del estado, de las instituciones y del personal de salud, en que exista empoderamiento y autogestión por parte de los pacientes mediante la adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas en prácticas de autocuidado con fundamento y evidencia científica, ha hecho necesario la creación y adaptación de comunidades de aprendizaje con pacientes expertos en condiciones clínicas frecuentes.

Objetivo: Describir la experiencia de una propuesta de comunidad de aprendizaje en un grupo de pacientes en un hospital de cuarto nivel de Bogotá. **Método:** se propone una metodología de tipo cualitativa, con un enfoque fenomenológico y etnográfico; mediante la aplicación de entrevistas semiestructuradas y el desarrollo de diarios de campo con observación participativa. Resultados: Reconocen las intervenciones educativas como una red de apoyo, y reconocen las herramientas para el cuidado integral de su salud que han adquirido junto con el fortalecimiento de conocimientos, habilidades y prácticas con las que pueden sin duda alguna restaurar su estado de salud. **Conclusiones:** Podría generarse una comunidad de aprendizaje compuesta por profesionales de la salud, pacientes que se interesen en el cuidado de su salud y familiares que sean parte de los procesos de atención en salud cuyo objetivo fundamental es promover el autocuidado y replicar conocimientos, habilidades y prácticas relacionadas con la salud a la comunidad o personas en general que pudiesen estar atravesando por la misma situación.

Palabras clave:

pacientes, aprendizaje, comunidad, habilidades, autocuidado.



The rapid evolution in access to certain information, where initially it was not easily accessible for people and the growing need on the part of the state, institutions and health personnel, for there to be empowerment and self-management on the part of patients through the acquisition of knowledge, skills and abilities in self-care practices based on scientific evidence, has made it necessary to create and adapt learning communities with expert patients in common clinical conditions. Objective: Describe the experience of a learning community proposal in a group of patients in a fourth level hospital in Bogotá. Method: a qualitative methodology is proposed, with a phenomenological and ethnographic approach; through the application of semi-structured interviews and the development of field diaries with participatory observation. Results: they recognize educational interventions as a support network, and recognize the tools for comprehensive health care that they have acquired along with the strengthening of knowledge, skills and practices with which they can undoubtedly restore their state of health. Conclusions: A learning community could be generated composed of health professionals, patients who are interested in taking care of their health and family members who are part of the health care processes whose fundamental objective is to promote self-care and replicate knowledge, skills and health-related practices to the community or people in general who may be going through the same situation.

Keywords:

patients, learning, community, skills, self-care.

En el ámbito de la salud el modelo “paternalista” en donde el paciente, se limitaba a escuchar y a seguir órdenes de alguien que se ubicaba detrás de un escritorio se ha transformado al tiempo con la sociedad en una búsqueda incansable de respuesta a la necesidad de mantenerse más informado. Hoy en día, el paciente y su familia desarrollan un rol mucho más participativo en el cuidado de su salud y, gracias al avance de las tecnologías digitales, se interesan por acceder a información relacionada con el cuidado de la salud. Por lo que es importante brindar conocimiento y fortalecer competencias mediante estrategias educativas en el marco de la educación para la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la educación para la salud como la disciplina que orienta y organiza los procesos educativos que tienen como objetivo impactar positivamente en los conocimientos, prácticas y costumbres del ser humano en relación con el cuidado de su salud (1).

Como respuesta a esta visión más amplia de la educación; surgen las comunidades de aprendizaje, definidas como experiencias de transformación social y cultural cuyo objetivo, es brindar procesos educativos de calidad que incluyan la participación de la comunidad (2). Las comunidades de aprendizaje, se caracterizan por convertirse en contextos educativos en donde todos los participantes persiguen una meta en común de aprendizaje y desde su rol aportan información de interés para la construcción del conocimiento.

La creación de estos espacios se convierte en un reto transformador e innovador, el reto de trasladar un proyecto educativo en aulas a un espacio educativo en salud creado para pacientes. Espacios educativos que promuevan hábitos de vida saludable, que impacten positivamente en la prevención de enfermedades y que incluyan la participación activa de los pacientes con la guía de expertos en el tema de salud y educación. Estos espacios se han generado en diferentes instituciones de salud en todos los niveles de atención como respuesta a las necesidades educativas de la población relacionadas con la gestión de la salud y mejora en la calidad de vida. Por lo anterior, surgió el interés por conocer la experiencia de un grupo de pacientes que participan en intervenciones educativas como propuesta de comunidad de aprendizaje.

Materiales y métodos:

Para el desarrollo del trabajo de investigación se propuso una metodología de tipo cualitativa, con un enfoque fenomenológico; cuyo propósito fue la descripción de la experiencia de los pacientes y de una profesional de salud como participante activa en las intervenciones educativas desarrolladas entre pacientes diagnosticados con patologías crónicas y enfermeras de un programa de educación en una institución de salud privada de la ciudad de Bogotá.

Se caracteriza por ser una investigación holística e integradora, debido a que no le resta importancia a ningún resultado o información que surja durante el desarrollo de la investigación. En este tipo de estudio, el investigador pretende entender e interpretar el mundo y la perspectiva de los participantes frente a la experiencia y visión que tienen del entorno o situaciones en las que se desenvuelve la investigación.(3)

Este tipo de estudio se centra en conocer desde su interior la problemática y las perspectivas de los involucrados; en este sentido, el objetivo de la investigación cualitativa es proporcionar una metodología de investigación que permita comprender el complejo mundo de la experiencia vivida desde el punto de vista de las personas que la viven. (4). Con este enfoque investigativo se espera descubrir lo que sucede con las personas que participan activamente en las intervenciones educativas y aportar datos significativos de manera descriptiva que permitan interpretar, comprender e intervenir los procesos educativos en salud dirigidos a la comunidad cuyo propósito fundamental es brindar herramientas que fortalezcan los conocimientos, las habilidades y las prácticas que promuevan el empoderamiento de los pacientes, familiares y cuidadores que se enfrentan a diagnósticos de las diferentes enfermedades. Concretamente se describe la experiencia frente a la participación activa en tres encuentros con intervenciones educativas dirigidas a los pacientes cuyo objetivo principal fue fortalecer habilidades blandas en los participantes.

La investigación se enmarca en una institución de salud del sector privado en la ciudad de Bogotá, que brinda acompañamiento y asesoría a las personas que acceden a los servicios de salud mediante el Programa de Educación al Paciente y su familia. Dicho programa educativo desarrolla estrategias educativas con el objetivo de empoderar a los pacientes, familiares y cuidadores frente al manejo efectivo y seguro de patologías que en su mayor porcentaje se comportan como patologías crónicas. Los encuentros se desarrollan de manera mensual y tienen como objetivo fortalecer conocimientos, habilidades y prácticas en salud para controlar sus enfermedades; para la investigación, se tienen en cuenta los tres encuentros realizados en los tres primeros meses del año 2023 cuyas temáticas fueron: una carta para mí, habilidades para la comunicación empática y autocuidado: el reconocimiento de mis decisiones y mis acciones.

El proceso investigativo se desarrolla en dos fases: la aplicación de entrevistas semiestructuradas a cuatro participantes elegidos de manera aleatoria por la autora y la segunda fase, la participación y proceso de observación, el desarrollo de conversaciones informales tanto individuales como grupales con los participantes; además, el desarrollo de un diario en campo lo que permite el reconocimiento y comprensión de la profesional en salud relacionado con el fenómeno a investigar. Dicha participación y observación, se convierte para esta investigación el instrumento más importante para la recolección de datos; ayudado, además, de la grabación en audio de las entrevistas semiestructuradas realizadas a los participantes que permiten que la investigadora obtenga información de interés para la investigación de manera precisa (5)

La muestra se tomó a través de muestreo no probabilístico, por conveniencia. Los cuatro pacientes elegidos fueron los que asistieron y participaron en los tres encuentros definidos para la observación, el resto de pacientes no tuvieron participación consecutiva en los encuentros. A partir de lo anterior, la aplicación de las entrevistas permitió un acercamiento con la realidad que experimenta cada uno, y por medio de unas preguntas estructuradas se obtendrá información que permitirá caracterizar la experiencia de los pacientes con la participación en las intervenciones educativas. Se eligen cuatro pacientes cuyas edades oscilan entre los 63 y 71 años. Como requisitos de inclusión se tiene en cuenta los siguientes: son pacientes que han asistido de manera frecuente y consecutiva a los encuentros e intervenciones educativas lideradas por el Programa de Educación al Paciente y su Familia.

Para realizar cada una de las entrevistas semiestructuradas la autora del proyecto de investigación diseñó y estructuró previamente un cuestionario que le permitiera desarrollar una conversación fluida con cada uno de los participantes y que pudiera aportar información valiosa relacionada con la experiencia con la participación en las intervenciones educativas. El cuestionario incluyó preguntas que aportaran información relacionada con las características demográficas de los participantes, cuyas respuestas permitieran caracterizar la población participante y preguntas relacionadas con la percepción de los participantes frente a las intervenciones educativas, las redes de apoyo presentes en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de sus patologías y los aportes de su participación en procesos educativos relacionados con el manejo de su salud. Algunas de las preguntas incluidas en las entrevistas realizadas estuvieron relacionadas con datos demográficos de los participantes como: edad, nivel educativo, localidad entre otras; además, preguntas relacionadas con su condición clínica y el afrontamiento de la misma como: el tiempo transcurrido desde el momento de diagnóstico de la enfermedad, redes de apoyo en ese momento y en la actualidad, y finalmente preguntas relacionadas con la percepción de los participantes como herramientas en el autocuidado integral del estado de salud.

Después de obtener los datos, se procedió a realizar la transcripción manual de las entrevistas realizadas con el propósito de obtener la información de la fuente primaria, posteriormente con el objetivo de garantizar la confidencialidad de la información obtenida se desarrolló inicialmente una codificación de los datos. Consecutivamente se realizó una primera categorización de los datos obtenidos con las entrevistas realizadas a los pacientes, en dónde a cada pregunta del cuestionario se le asignó unas categorías deductivas con el apoyo de significados potenciales, ideas o conceptos que emergen de los datos recolectados, acto seguido se contrastó con las respuestas de los participantes y posteriormente se determinaron las categorías inductivas.

Consideraciones éticas:

Según el artículo 17 del reglamento para el desarrollo de comités en investigación, la presente investigación no representa riesgo alguno para los participantes ya que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de variables fisiológicas, psicológicas o sociales en los pacientes que participan en las intervenciones educativas. Es un estudio investigativo que emplea herramientas como la observación participante y conversaciones informales que no pretenden modificar aspectos en la conducta de los participantes. (6)

Resultados:

El proceso de análisis de los resultados a partir de los hallazgos obtenidos de las expresiones de los participantes, contrastado con la observación de las intervenciones educativas; inició con la definición y contextualización de categorías inductivas, posteriormente se soportó esta información con fuentes teóricas relacionadas con el afrontamiento, manejo y seguimiento de las patologías crónicas descritas por Marín y colaboradores, de esta forma se realiza un proceso de triangulación de esta información con la voz de la investigadora, con el objetivo de validar las voces de los actores fundamentales en las intervenciones educativas y llegar a la respuesta del proyecto investigativo. A continuación, se describen las categorías definidas por la autora junto con una breve explicación producto del análisis de los datos obtenidos con las entrevistas semiestructuradas aplicadas y la observación participante de las intervenciones educativas en la Tabla 1.

Tabla 1. Categorías de análisis de datos.

Categoría	Definición	Hallazgos
Perfil Demográfico	Descripción de las características sociales y demográficas relevantes.	Adultos mayores con nivel educativo universitario.
Recursos Culturales	Creencias relacionadas con el concepto de enfermedad y de salud, y sus posibles factores desencadenantes.	Es evidente la importancia de la religión y la cercanía con Dios en el proceso de afrontamiento y seguimiento de la patología diagnosticada.
Recursos Físicos	Características biológicas y físicas que tienen las personas, y que pueden generar dificultades en los procesos educativos y formativos.	Existen condiciones de discapacidad relacionadas con las patologías con las que fueron diagnosticados pero dichas condiciones no se consideran barreras educativas en el aprendizaje.
Red de apoyo Emocional - afectiva	Las personas perciben tener apoyo emocional cuando reciben atención, ayuda y sienten que se interesan en ser parte del proceso.	El apoyo y acompañamiento que reciben los participantes por parte de su familia durante el proceso de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de sus respectivas patologías es relevante para disminuir los sentimientos de minusvalía.
Red de apoyo estructural informativa	Hacen referencia a todo lo que sirve de soporte a las personas para resolver o enfrentar situaciones difíciles que la mayoría de veces requiere una adaptación de dinámicas personales.	Reconocen a la institución de salud como una red de apoyo fundamental en el diagnóstico y tratamiento de su patología, reconocen de vital importancia acceder a servicios de salud de buena calidad, establecer relaciones de confianza con el personal de salud.
Red de interacción social y replicación	Se entiende como el conjunto de actividades y recursos sociales con los que cuentan los participantes para sobrellevar situaciones estresantes, disminuir la frustración.	La posibilidad de tener interacciones sociales con personas que atraviesan situaciones en salud similares a las propias se convierte en un apoyo social importante y relevante en afrontamiento a situaciones estresantes.
Red apoyo instrumental	Herramientas que adquieren los participantes mediante el acceso a la información - educación para el manejo de su estado de salud.	El participar en las intervenciones educativas aporta herramientas y fortalecen conocimientos en los pacientes permitiéndoles generar habilidades de cuidado de su salud.

Fuente: Elaboración propia.

Dentro del grupo participante, se evidenció que todos reconocen la importancia de contar con la red de apoyo familiar y de la institución prestadora de servicios de salud a la que asisten frecuentemente, lo cual es considerado como un factor protector dentro del proceso de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las diferentes patologías. Para todos los participantes, en el momento del diagnóstico su familia y amigos cercanos se convirtieron en la red primaria necesaria para iniciar con el proceso de afrontamiento, describiéndolos como el apoyo afectivo y emocional fundamental para asumir su nueva dinámica originada por el diagnóstico reciente. La institución de salud se convierte en una red de apoyo primaria desde el momento en que son diagnosticados cada uno de los participantes, brindando apoyo en el proceso de afrontamiento y adaptación de su nueva dinámica, disminuyendo ansiedad y frustración causada por el desconocimiento frente a su diagnóstico mediante la información y las intervenciones educativas que propenden promover el cuidado responsable de su salud. Con los hallazgos obtenidos; es evidente la relación cercana que existe entre los pacientes y familiares con la institución de salud, relación que se fortalece por la confianza que tienen los pacientes en los servicios de salud que brinda la institución.

La totalidad de los participantes en el proyecto de investigación reconocen las intervenciones educativas como una red de apoyo, y reconocen las herramientas para el cuidado integral de su salud que han adquirido junto con el fortalecimiento de conocimientos, habilidades y prácticas con las que pueden sin duda alguna restaurar su estado de salud.

Discusión:

No existe literatura que relacione comunidades de aprendizaje con la educación en salud dirigida a pacientes o sus familias. Sin embargo, se han desarrollado publicaciones del impacto en el ámbito escolar con la transformación de espacios educativos en comunidades de aprendizaje. La experiencia del desarrollo de una comunidad de aprendizaje escolar y el impacto positivo en las problemáticas sociales alrededor de una escuela, en un barrio de bajos ingresos en Albacete, España la describen Girbés y Peco en 2015 (7). Se promovió la participación de vecinos y de padres de familia, profesionales de educación y actores políticos cercanos al barrio mediante la creación de grupos interactivos y tertulias literarias, para la toma de decisiones que buscarán mejorar las condiciones de entornos de pobreza, así como la mejora en la dinámica de los procesos educativos. Este cambio a una comunidad de aprendizaje que involucra a toda la comunidad alrededor de la escuela impactó en la disminución de problemáticas sociales como la delincuencia, el consumo y venta de drogas, así como la deserción y fracaso escolar. Lo más cercano al desarrollo de una comunidad de aprendizaje en salud y sus resultados, la describen Rodríguez y colaboradores (2020) con la experiencia en la transformación de la realidad socioeducativa de una escuela mediante la movilización de aportes culturales y educativos de todos los actores involucrados en la mejora educativa. Se implementaron metodologías basadas en el diálogo igualitario entre profesionales educativos y personas que hacen parte de la comunidad mediante el desarrollo de programas de educación comunitaria para la salud que promuevan hábitos de vida saludable en el alumnado, en el profesorado y en la comunidad en general. Se resalta la percepción de los participantes en los programas de salud comunitaria como estrategias de gran utilidad y repercusión en la salud de los estudiantes, se evidenció una mejora en los conocimientos relacionados con los hábitos de vida saludable y la necesidad de abordar las necesidades de los estudiantes mediante la creación de programas de prevención, sensibilización y actuación para mejorar los estilos de vida saludable desde entornos educativos y comunitarios (8).

La literatura es amplia frente a la creación de comunidades de práctica en salud y su desarrollo en organizaciones e instituciones prestadoras de salud que pretenden desarrollar conocimiento fundamentado y con evidencia que les permita realizar sus tareas y actividades en respuesta a las necesidades de la comunidad. González Triviño et al en el 2021 describen la importancia de generar comunidades de práctica de profesiones en salud que involucren espacios de enseñanza con docentes clínicos que transformen las prácticas educativas en los estudiantes. Describen las comunidades de práctica como modelo que articulan la enseñanza con el aprendizaje que genera la experiencia y vivencia en el sitio de trabajo, lo que facilita una construcción de saberes colectivos y coerciona a la comunidad hospitalaria para que participe en la atención a la cabecera del paciente centrada en la seguridad de la práctica clínica (9).

Por otro lado, Siston y Vargas 2007 describen la importancia del rol de la práctica educativa de los profesionales de enfermería en instituciones educativas frente a la prevención de la enfermedad. El desarrollo de las prácticas educativas en instituciones educativas denota intervenciones que generan relaciones de enseñanza - aprendizaje en actores sociales importantes en la sociedad que promueven mejoras en la condición de vida mediante el desarrollo de conocimiento que refuerzan el rol de los profesionales de enfermería como educadores fundamentales para la promoción de la salud en la sociedad (10). Lo anteriormente descrito, enaltece la importancia de generar comunidades de prácticas en salud, en instituciones y entornos fundamentales para la comunidad que generen relaciones de valor con las personas y promuevan la mejora en la condición de vida.

Finalmente, Fernández y colaboradores (2011) describen la dificultad para el entendimiento de las personas frente al manejo de su salud debido al lenguaje técnico que usan los profesionales de salud en los procesos comunicativos. Resaltan la importancia de la alfabetización en salud como una oportunidad para el desarrollo de aprendizaje orientado a la transformación de las relaciones de poder entre la comunidad y los servicios de salud que promuevan un mejor empoderamiento de las personas frente a la autogestión de la salud (11).

Conclusiones:

La educación en salud es un tema de suma importancia para el estado, los entes gubernamentales y cada uno de los actores que intervienen en los procesos de atención en salud en los ámbitos ambulatorios, hospitalarios y comunitarios que brindan servicios, cuyo propósito fundamental es garantizar la salud para todas las personas; es así como los pacientes sin duda alguna tienen la obligación de involucrarse activamente en el manejo, la gestión y la administración de su estado de salud ya que se hace indispensable que asuma un rol activo que aporte al cumplimiento de los objetivos terapéuticos propuestos en busca de una mejor calidad de vida. Un paciente que ha recibido intervenciones educativas accede a los servicios de salud, reconoce sus derechos y deberes con el sistema de salud y con su bienestar, fortalece sus conocimientos relacionados con el cuidado de salud y es capaz de tomar decisiones informadas relacionadas con la gestión de su estado de salud. En la actualidad, es claro que el paciente ha asumido un rol mucho más activo e interesado en el cuidado de su salud, se ha hecho necesaria una relación más cercana con el equipo de salud y con los servicios de salud. Ahora, es usual encontrar un paciente mucho más consciente frente a la importancia de acceder a los servicios de salud

a tiempo, es mucho más consciente frente a la necesidad de entender y continuar con las indicaciones médicas relacionadas con el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de sus patologías.

Para el uso eficiente de los servicios de salud y el mejoramiento de la calidad de vida de las personas en general, es de vital importancia garantizar la educación en salud como acción fundamental y necesaria para promover la salud en todas las personas. La educación en salud tiene la obligación de favorecer el acceso a la información sin ningún tipo de barreras, fortalecer conocimientos relacionados con el manejo de la salud, desarrollar habilidades para la vida y generar finalmente empoderamiento en la gestión de su estado de salud.

Entendiendo que las comunidades de aprendizaje se convierten en espacios con participantes que persiguen objetivos comunes y cuyo producto final es la construcción de proyectos educativos y culturales propios; las intervenciones educativas que se realizan para los pacientes que se encuentran diagnosticados con patologías y que requieren un seguimiento continuo, fácilmente pueden originar espacios para la creación y fortalecimiento de una comunidad de aprendizaje. Debería generarse una comunidad de aprendizaje compuesta por profesionales de la salud, pacientes que se interesen en el cuidado de su salud y familiares que sean parte de los procesos de atención en salud cuyo objetivo fundamental es promover el autocuidado y replicar conocimientos, habilidades y prácticas relacionadas con la salud a la comunidad o personas en general que pudiesen estar atravesando por la misma situación. Para todos los participantes; el integrarse a las intervenciones educativas brindadas por el Programa de Educación, se ha convertido en un pilar fundamental para continuar con el cuidado de su salud y con el seguimiento de sus patologías, entendiendo que el rol que asumen frente a esta situación debe ser mucho más activo y mucho más consciente guiados con el acompañamiento permanente de personas expertas en el tema de salud.

Referencias

1. Martínez Sánchez, L. M., Hernández-Sarmiento, J. M., Jaramillo-Jaramillo, L. I., Villegas-Alzate, J. D., Álvarez-Hernández, L. F., Roldan-Tabares, M. D., Ruiz-Mejía, C., Calle-Estrada, M. C., & Ospina-Jiménez, M. C. (2020). La educación en salud como una importante estrategia de promoción y prevención. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 20(2), 490–504. <https://doi.org/10.30554/archmed.20.2.3487.2020>.
2. García Yeste, C., Leena Lastikka, A., & Petreñas Caballero, C. (2013). Comunidades de Aprendizaje. *Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*. <http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn427/sn4277.htm>
3. Corona Lisboa, J. L. (2018). Investigación cualitativa: fundamentos epistemológicos, teóricos y metodológicos. *Vivat Academia. Revista de Comunicación*, 69–76. <https://doi.org/10.15178/va.2018.144.69-76>
4. Cotán Fernández, A. (2016). El Sentido de la Investigación Cualitativa. *Escuela Abierta*, 19, 33–48.
5. López Orellana, D., & Cruz Sánchez Gómez, M. (2006). Técnicas de recolección de datos en entornos virtuales más usadas en la investigación cualitativa. In *RIE (Vol. 24, Issue 1)*.
6. Sanjuanelo, S, Caballero, C., Lewis, V., Mazuera, S., Salamanca, J, Daza, W., & Fourzali, A. (2007). Consideraciones éticas en la publicación de investigaciones científicas Ethical considerations in the publications of scientific research. *Barranquilla (Col.)*, 23(1), 64–78.
7. Girbés, S. Macías, F. & Álvarez, P. (2015). De la Escuela Gueto a una Comunidad de Aprendizaje: Un Estudio de Caso sobre la Superación de la Pobreza a Través de una Educación de Éxito. *International and Multidisciplinary Journal of Social Sciences*, 4(1), 88. <https://doi.org/10.17583/rimcis.2015.04>.
8. Rodríguez, J., Pastor, M, & Lopez, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, 349–372.
9. González, P. Aponte, C. Góngora, S. Leal, J. Carrillo, D. Díaz, L. & Restrepo, J. (2021). Communities of practice in medical education: Relationship with clinical teaching. *Educación Médica*, 22, 509–513. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.08.007>
10. Sallán, J. (2006). Las comunidades virtuales de aprendizaje. In *Educación (Vol. 37)*.
11. Varela, I. (2011). Apoyo social y afrontamiento en enfermedad cardiaca. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.33657.57442>



Implementación del proceso de atención de enfermería en ginecobstetricia: experiencia en dos instituciones de Bogotá, 2024

Implementation of the nursing care process in gynecobstetrics: experience in two institutions in Bogotá, 2024.

Chantal Carlina Olarte Natera

*Especialista en Epidemiología y Docencia
Universitaria
Coordinadora de enfermería Ginecobstetricia
Clínica del Country*

Kellys Paola Taborda Acuña

*Especialista en Auditoría en Salud
y Rehabilitación Cardiopulmonar
Jefe de la ruta de Ginecobstetricia
Clínica del Country*

La atención de enfermería en ginecobstetricia es crucial para la salud materno-perinatal, destacándose el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como un método esencial para abordar las necesidades de los pacientes. El objetivo es estructurar el PAE adaptado al ejercicio de enfermería en ginecobstetricia en dos instituciones de salud. Se llevó a cabo dos encuestas a profesionales de enfermería de ginecobstetricia y se realizó revisión de la literatura en bases de datos como NNN Consult, PubMed, ScienceDirect, Scopus, Bvs y Google Académico. Como resultado, los profesionales muestran alta satisfacción y percepción del PAE implementado por encima del 90%. Conclusión: el proceso de atención implementado en las instituciones es percibido de manera positiva por los profesionales de enfermería, adaptándose al estado clínico de las pacientes y al ejercicio de la enfermería en cualquier punto de la ruta de atención en ginecobstetricia, propiciando un adecuado cuidado de enfermería.

Palabras clave:

enfermería, planificación de atención al paciente, proceso de atención de enfermería, obstetricia, terminología de enfermería estandarizada (NANDA), clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), clasificación de resultados de enfermería (NOC), diagnóstico de enfermería.



Nursing care in the fields of obstetrics and gynecology (OB/GYN) is of paramount importance for the health of mothers and infants, underscoring the significance of the Nursing Care Process (NCP) as a vital approach to meeting patients' needs. The objective is to develop a PAE that is adapted to the practice of obstetrics and gynecology nursing in two distinct health institutions. Two surveys were conducted with OB/GYN nursing professionals, and a literature review was performed in databases including NNN Consult, PubMed, ScienceDirect, Scopus, Bvs and Google Scholar. As a result, the professionals demonstrate high satisfaction and a positive perception of the implemented NCP, with scores above 90%. Conclusion: the care process implemented in the institutions is perceived favorably by the nursing professionals, adapting to the clinical condition of the patients and to the nursing practice at any point of the obstetrics and gynecology care pathway, thereby promoting adequate nursing care.

Keywords:

nursing, patient care planning, Nursing Care Process (NCP), obstetrics, standardized nursing terminology (NANDA), terminology (NIC), nursing outcomes classification (NOC), nursing diagnoses.

El cuidado de enfermería ha sido considerado como el pilar de la atención del paciente en la práctica diaria (1). Esto conllevó al desarrollo de una metodología de trabajo que hoy se conoce como Proceso de Atención de Enfermería (PAE). El PAE se ha consolidado desde el siglo XIX a través de evidencia científica y es considerado actualmente como un eje fundamental en la formación y ejercicio de la enfermería (2), proporcionando una herramienta efectiva, eficaz y de calidad para brindar un cuidado (3).

El PAE es un método organizado y sistemático que se aplica para la identificación y tratamiento de las necesidades en salud desde una perspectiva educativa, cognoscitiva, científica, integral y progresiva. Teniendo en cuenta la taxonomía validada y aceptada internacionalmente, North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I), las clasificaciones Nursing Outcomes Classification (NOC) y Nursing Interventions Classification (NIC) (2), el plan de atención consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación (4).

La clasificación NANDA-NIC-NOC son lenguajes de enfermería que se integraron para identificar los juicios y cuidados brindados durante la atención. Actualmente, son aceptados a nivel internacional, ofreciendo importantes beneficios en el cuidado de los pacientes (5). La combinación de estas tres terminologías conforma un lenguaje enfermero estandarizado e integral, capaz de responder a las necesidades básicas de la persona, determinar los resultados esperados y planificar las intervenciones de enfermería ante los procesos de salud y enfermedad (2).

La salud materna, como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio establecidos por las Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales es una prioridad a nivel mundial (6). Diferentes autores indican que la implementación del PAE en la población obstetra tiene un impacto positivo en la recuperación de la salud de las pacientes, mejora la relación enfermero- paciente y contribuye a brindar una atención con calidad (7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14).

Esta investigación surge como respuesta a la necesidad de estructurar e implementar un PAE dirigido a ginecobstetricia en dos instituciones de salud en Bogotá, buscando generar un impacto positivo en la atención de las pacientes.

Materiales y métodos

Este estudio fue realizado en dos instituciones de tercer y cuarto nivel en Bogotá, mediante un muestreo por conveniencia de los profesionales de enfermería del área asistencial de ginecobstetricia de los diferentes turnos. Inicialmente, se les aplicó una encuesta compuesta por 7 preguntas con opción de respuesta múltiple durante el mes de enero. No hubo duplicación de encuestas entre los participantes. El objetivo fue conocer su percepción sobre el actual PAE instaurado.

Posteriormente, se realizaron búsquedas bibliográficas en diferentes bases de datos incluyendo NNN Consult, PubMed, ScienceDirect, Scopus Bvs y Google Académico en el primer bimestre del año. Esto permitió identificar los lenguajes taxonómicos adecuados y estructurar el PAE teniendo en cuenta diferentes aspectos. (ver Figura 1)

Figura 1. Diagrama de flujo de selección de diagnósticos.



Fuente: Elaboración propia.

Según los datos de la Figura 1, se procedió a realizar la estructuración del PAE a partir de la teoría de enfermería de Virginia Henderson teniendo en cuenta la necesidad afectada, el dominio y la relación con los diferentes NIC y NOC que complementaban cada diagnóstico. En esta fase participaron dos enfermeras especialistas en ginecobstetricia y un panel representativo del área de educación al paciente y familia de las instituciones, buscando que los diagnósticos elegidos fueran pertinentes y aplicables, dado que actualmente no se cuenta con una clasificación establecida para estos diagnósticos específicamente en la base de datos NNN consult.

Luego se procedió a implementar en la plataforma de las historias clínicas de las instituciones la integración de esta taxonomía, añadiendo un espacio para evaluar dicotómicamente la pertinencia del proceso de atención, describiendo "SI" o "NO" al finalizar cada atención. Además, se facilitó la búsqueda ágil de diagnósticos del área utilizando el prefijo "GINE" en el motor de búsqueda de la plataforma, desplegando todos los diagnósticos relacionados con la ruta de ginecobstetricia.

Simultáneamente, se llevó a cabo el entrenamiento de los profesionales de enfermería en la plataforma de historias clínicas, con el fin de dar a conocer las nuevas aportaciones del PAE para el estado clínico de las pacientes relacionadas con las áreas que conforman toda ruta de ginecobstetricia.

Seguidamente, se desarrolló una encuesta que fue aplicada al equipo de profesionales de enfermería en el segundo trimestre del año, con el fin conocer y describir su percepción sobre el PAE implementado. En las encuestas realizadas, las variables fueron: la pertinencia de los diagnósticos, su integración con el estado clínico de las pacientes, su integración con el ejercicio de enfermería en la población obstetra y la disposición de cambios respecto al actual PAE. Se realizó un análisis descriptivo de las variables categóricas utilizando frecuencias absolutas y relativas. Los datos fueron recolectados en una matriz de Google Form® y su análisis se realizó en el programa Microsoft Excel® v2401.

Tabla 1. Percepción de enfermería respecto al actual PAE en ginecobstetricia.

Percepción de enfermería respecto al actual PAE en ginecobstetricia N=38						
Pregunta	SI		NO		NO SE	
	n	%	n	%	n	%
¿Entiende y maneja lo planteado en SAHI en relación al Proceso de Atención de Enfermería?	38	100	0	0	0	0
¿Considera que los diagnósticos relacionados cumplen o son suficientes para la población obstétrica?	2	5,3	36	94,7	0	0
¿Conoce algún diagnóstico Nanda que usted sugiera para implementar en el Proceso de Atención de Enfermería?	21	55,3	10	26,3	7	18,4
¿Considera usted que los diagnósticos de enfermería planteados en SAHI son acordes al estado clínico de las pacientes?	7	18,2	31	81,6	0	0
¿El Proceso de Atención de Enfermería se adapta al ejercicio de enfermería en cualquier lugar de la ruta de atención de la paciente obstetra?	4	10,5	33	86,8	1	2,7
¿Ha tenido dificultades en la funcionalidad de la herramienta de los diagnósticos de enfermería?	26	68,4	11	28,9	1	2,7
¿Le gustaría que se realizaran cambios a los contenidos existentes en el Proceso de Atención de Enfermería?	38	100	0	0	0	0

Fuente: Elaboración propia.

Según los datos de la Tabla 1, el 94.7% (n=36) consideraron que los diagnósticos relacionados no eran suficientes para la población obstétrica y el 100% de los encuestados de manera unánime manifestaron la necesidad de ver cambios en el PAE actual de las instituciones.

En la búsqueda de la literatura se seleccionaron 16 diagnósticos de enfermería adaptados al entorno clínico de pacientes ginecobstétricas, complementados con 120 (NIC) y 107 (NOC) en los dominios de sexualidad, seguridad y protección, confort, nutrición, eliminación e intercambio, tolerancia al estrés, actividad y reposo.

Es crucial destacar que en el PAE de las instituciones se incorporaron diversos diagnósticos, aunque solo algunos de ellos se ajustaron específicamente a las necesidades de la ruta en cuestión. Por lo tanto, estos fueron considerados y no se incluyeron nuevamente en la estructura de este proceso para evitar duplicaciones.

Respecto al segundo cuestionario aplicado, teniendo en cuentas las mismas variables antes mencionadas, se obtuvieron los siguientes resultados. (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Percepción de enfermería respecto al PAE implementado en ginecobstetricia.

Percepción de enfermería respecto al actual PAE en ginecobstetricia N=38				
Pregunta	SI		NO	
	n	%	n	%
¿Considera que los diagnósticos relacionados actualmente en SAHI cumplen o son suficientes para la población obstétrica?	35	92,1	3	7,9
¿Considera usted que los diagnósticos de enfermería planteados actualmente en SAHI son acordes al estado clínico de las pacientes?	37	97,4	1	2,6
¿El proceso de atención de enfermería actual se adapta al ejercicio de enfermería en cualquier lugar de la ruta de atención de la paciente obstetra?	36	94,7	2	5,3
¿Considera usted que el proceso de atención de enfermería implementado es efectivo y eficaz en el ejercicio de atención a las pacientes de la ruta de ginecobstetricia?	36	94,7	2	5,3

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados muestran una alta satisfacción y percepción positiva de los profesionales de enfermería respecto al PAE implementado, indicando relevancia en su aplicabilidad con un porcentaje mayor al 90% en todos los ítems. Existe una gran alineación entre los diagnósticos planteados y las necesidades específicas de las pacientes obstétricas, subrayando la flexibilidad y capacidad de respuesta del PAE.

Discusión

En general los resultados son favorables, reflejando un impacto positivo al contar con un PAE que se ajusta en su mayoría a las necesidades y estado clínico de las pacientes ginecobstétricas. Es válido afirmar que, teniendo en cuenta el contexto inicial de las instituciones y el actual, los enfermeros encuestados indicaron mejoría en el proceso de atención tanto para la atención de la población obstétrica, como para la práctica clínica de los profesionales de enfermería.

El estudio de Bueno et al. (15) en 2023 demostró que la implementación de un PAE específico para la amenaza de parto pretérmino en la población obstétrica reflejó un cuidado de calidad y humanizado para las pacientes. En este contexto, la actualización del plan de cuidados se convierte en una herramienta vital que se adapta a las necesidades individuales, garantizando así un cuidado personalizado de las pacientes.

En comparación con los resultados anteriormente mencionados, el estudio de Nolasco (16) subraya también, la importancia del PAE en la práctica clínica, destacando que a través de sus fases se pueden identificar problemas reales o potenciales que afectan la salud de las pacientes. Esto asegura una atención integral y satisface las necesidades afectadas, contribuyendo así a la prevención de complicaciones. Del mismo modo, Zegarra et al. (17) y Brazolin et al. (18) corroboran los hallazgos de la presente investigación al enfatizar la importancia del PAE en el cuidado de las pacientes. Estos cuidados se fundamentan en bases científicas con el objetivo de asegurar una recuperación satisfactoria en pacientes ginecobstétricas.

Así mismo, es importante destacar que el estudio de Castañeda et al. (19) también confirma que las pacientes que reciben cuidados de enfermería basados en la taxonomía NANDA, NIC y NOC experimentan

una mejora significativa en su estado de salud. El éxito en el tratamiento de estas pacientes radica en la identificación oportuna de las necesidades afectadas, facilitada mediante la implementación del proceso de atención de enfermería.

Como resultado de la implementación de este PAE para la población obstetra, respaldado por evidencia científica, prevemos que no solo mejorará el estado de salud de las pacientes, sino que también contribuirá significativamente a su recuperación, ayudándolas a restaurar y conservar su bienestar, destacando la utilidad de la presente investigación. Además, este resultado está estrechamente relacionado con la provisión de una atención con calidad, que es una de las competencias esenciales de las organizaciones de salud en la actualidad.

La experiencia de esta investigación es altamente sostenible y replicable, dado que está respaldada por evidencia científica y se basa en una metodología adaptable a diferentes entornos clínicos, ajustándolo a sus propios contextos y necesidades. Una de las limitaciones del estudio es la apreciación subjetiva de los paneles involucrados en el cribado y estructuración de los diagnósticos, sin embargo, la especialización, el conocimiento y la experticia de los paneles fueron fundamentales para garantizar la confiabilidad y aplicabilidad del nuevo proceso de atención de enfermería.

Si bien, este estudio mostró resultados positivos con la implementación del PAE, por tanto, se considera fundamental implementar un seguimiento a largo plazo para evaluar continuamente la pertinencia del PAE en diferentes contextos. Así mismo, la investigación continua y la actualización del proceso son clave para mantener la calidad del cuidado y asegurar la sostenibilidad del PAE.

Conclusión

El proceso de atención implementado en las instituciones es percibido de manera positiva por los profesionales de enfermería, adaptándose al estado clínico de las pacientes y al ejercicio de la enfermería en cualquier punto de la ruta de atención en ginecoobstetricia, propiciando un adecuado cuidado de enfermería.

Declaración de conflictos de interés

Los autores declararon no tener ningún conflicto de intereses en relación con la investigación, la autoría y/o la publicación de este artículo.

Agradecimientos

Se destaca un especial agradecimiento a las instituciones participantes por permitir llevar a cabo la presente investigación, a los enfermeros participantes, la subdirección de enfermería, al centro de investigaciones, educación paciente y familia quienes permitieron y apoyaron la ejecución de esta investigación.

Financiación

Los autores declaran que no se obtuvo financiamiento para esta investigación, autoría o publicación del artículo.

Referencias

1. Nuñez Alonso S, Ramírez Martínez P, Gil Nava M, Abarca Gutiérrez ML, Solís Ramírez JF. El Proceso de Atención de Enfermería como instrumento de investigación. Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores. 2023 Abril;(2). Disponible en: <https://dilemascontemporaneoseduccionpoliticyvalores.com/index.php/dilemas/article/view/3555/3507>
2. Muñoz Jiménez D, Sanz Guijo M. NIC, NOC Y NANDA en el trabajo de la matrona de gestación y parto. In Diploma de Especialización en Atención Hospitalaria para Matronas. Madrid: Médica Panamericana; Sin fecha. p. 1-24. https://aula.campuspanamericana.com/_Cursos/Curso01417/Temario/Diploma_Especialista_Matronas/M5_T5_Texto_CM.pdf
3. Espinosa Ysidro CM, Virhuez Canales AE. Conocimiento sobre la taxonomía NANDA NIC NOC y su aplicación de la unidad de recuperación post anestesia en el Hospital General de Huacho. [Online].; 2018 [consultado 2024 Febrero 15]. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/7096/Conocimiento_EspinozaYsidro_Candy.pdf?sequence
4. Actualización de Enfermería familiar y comunitaria. Modelos de Enfermería. Proceso de Atención de Enfermería (PAE). [Online].; 2021 [consultado 2024 Febrero 15]. Disponible en: https://www.enfermerialugo.org/wp-content/uploads/2021/09/Tema-Modelos-de-Enfermeria.PAE_.pdf
5. Linden J, Leigh Edward K, Giandinoto JA. A systematic literature review of accuracy in nursing care plans and using standardised nursing language. ScienceDirect. 2018 Junio; 25(3): p. 355-361. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1322769617302305>
6. CEPAL. Objetivos de Desarrollo del Milenio. [Online].; 2024 [consultado 2024 Febrero 15]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/temas/objetivos-de-desarrollo-del-milenio-odm/objetivos-desarrollo-milenio>
7. Paredes Uchubanda YL. Proceso de atención de enfermería en embarazo de 32.2 semanas de gestación con placenta previa marginal. [Online].; 2021 [consultado 2024 Febrero 15]. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/9646>
8. Pérez Pacheco FS. Proceso de atención de enfermería a paciente con embarazo ectópico y abdomen agudo, del servicio de emergencia de ginecobstetricia de un hospital de Lima, 2021. [Online].; 2022 [consultado 2024 Febrero 15]. Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/server/api/core/bitstreams/e21de7f1-9cfe-4168-91b1-2b8388680db0/content>
9. Suárez Máximo. A Nursing Process for a Pregnant Woman with Urinary Tract Infection and Threatened Miscarriage. Portail Régional BVS. 2021; 37(1). Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/fr/biblio-1341389>
10. Alvarado Rezabala K. Proceso de atención de enfermería en paciente con embarazo ectópico de 6 semanas de gestación. [Online].; 2021 [consultado 2024 Febrero 15]. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/9219>





11. Velásquez Morocho BN, Toro Toledo A, Chamba Tandazo MJ. Embarazada con preeclampsia y aplicación del Proceso de Atención de Enfermería. Google académico - Dialnet. 2020 Septiembre; 5(9). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9092695>

12. Yesil Y, Baran L. A retrospective descriptive study of NANDA-I nursing diagnoses used by midwives working in obstetrics and gynecologic service: An example from south-eastern Turkey. PubMed - NIH. 2024 April; 35(2): p. 163-169. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37211973/>

13. Benavides Contreras L. Proceso de atención de enfermería en gestante adolescente con preeclampsia. [Online].; 2021 [consultado 2024 Febrero 15]. Disponible en: <http://190.15.129.146/bitstream/handle/49000/10372/E-UTB-FCS-ENF-000506.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

14. Suarez Moncada NL. Proceso de atención de enfermería en gestante de 35.5 semanas de gestación con hipertensión. [Online].; 2023 [consultado 2024 Febrero 15]. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/14148>

15. Bueno Huaman N, Villanueva Sanchez CDP. Cuidados de enfermería en amenaza de parto pretérmino del servicio de gineco obstetricia de un hospital de Cajamarca, 2023. [Online].; 2023 [consultado 2024 Febrero 15]. Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/items/73a458ec-373b-4d33-b6d0-1d4ed7f1850e>

16. Nolasco Castillo P. Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente post operada de cesárea por preeclampsia en el Servicio de Gineco Obstetricia de un hospital de Lima, 2018. [Online].; 2019 [consultado 2024 Febrero 15]. Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/items/fcd70f07-19df-4018-85c7-086e2e4d15b4>

17. Zegarra Condori L, Gutiérrez Bautista AJ. Proceso de atención de enfermería a paciente con preeclampsia del Servicio de Ginecoobstetricia de un hospital de Lima, 2022. [Online].; 2023 [consultado 2024 Febrero 15]. Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3468251>

18. Brazolin Beltran H, Gonçalves Reis Brito C, Costa Sousa D, Ferreira da Silva ME, Facina Brandão P, Alves dos Santos W. Main nursing diagnoses and interventions for Hellp Syndrome. [Online].; 2022 [cited 2024 Febrero 15]. Available from: <https://doi.org/10.56294/saludcyt2022106>

19. Castañeda Guevara L, Zelada Medina H. Cuidados de enfermería a paciente con embarazo ectópico del Servicio de Gineco-Obstetricia de un hospital público de Cajamarca, 2021. [Online].; 2023 [consultado 2024 Febrero 15]. Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3440225>

Reporte de caso:

Gestión de riesgos en un paciente de trasplante de células hematopoyéticas, análisis desde los indicadores de calidad

Case report: risk management in a hematopoietic cell transplant patient, analysis from quality indicators.

Lina Xiomara Salamanca Cárdenas

*Enfermera. Universidad de La Sabana
Pasante de Calidad y Gestión de Cuidado de Enfermería
Fundación Santa Fe de Bogotá*

Diana Cristina Castellanos Uribe

*Magíster en Gestión de Organizaciones
Coordinadora de Calidad y Gestión de Cuidado
de Enfermería
Fundación Santa Fe de Bogotá*

Luisa Daniela Fonseca

*Especialista Cuidado Crítico con Énfasis en Neonatos
Enfermera de Calidad y Mejoramiento
Fundación Santa Fe de Bogotá*

El trasplante de médula ósea (TMO) consiste en la infusión de células progenitoras con el objetivo de reestablecer la función medular e inmune (1). La aplasia medular severa en JBC, causa inmunosupresión, requiriendo TMO para la estimulación y proliferación de células madre. Este tratamiento conlleva múltiples riesgos, que deben ser controlados por el personal de enfermería, encargado de garantizar la calidad de la atención de salud. Se realizó un análisis de los principales riesgos a los que se veía expuesto JBC, con el fin de comprender los factores internos y externos, e implementar medidas preventivas, para garantizar desenlaces clínicos de calidad. Tener programas de seguridad en la atención del paciente, aporta al cumplimiento de los indicadores de calidad. Sin embargo, es necesario que enfermería realice la valoración del paciente para que las medidas de prevención sean individualizadas y garanticen la calidad de la atención de acuerdo al contexto del paciente.

Palabras clave (fuente: DeCS)

Pediatría, Gestión de riesgos, Planes de Atención en Enfermería, Trasplante de Médula Ósea, Aplasia Medular.



Bone marrow transplantation (BMT) consists of the infusion of progenitor cells with the aim of re-establishing marrow and immune function (1). Severe bone marrow aplasia in JBC causes immunosuppression, requiring BMT for the stimulation and proliferation of stem cells. This treatment entails multiple risks, which must be controlled by the nursing staff, in charge of guaranteeing the quality of health care. An analysis of the main risks to which JBC was exposed was carried out in order to understand the internal and external factors and implement preventive measures to ensure quality clinical outcomes. Having safety programs in patient care contributes to the fulfillment of quality indicators. However, it is necessary for nursing to assess the patient so that preventive measures can be individualized and guarantee the quality of care according to the patient's context.

Key words (source: DeCS)

Pediatrics, Risk Management, Patient Care Planning, Bone Marrow Transplantation, Medullary Aplasia.

El trasplante de médula ósea (TMO) consiste en la infusión de células progenitoras con el objetivo de reestablecer la función medular e inmune (1). Las células hematopoyéticas se pueden obtener de la médula ósea, de la sangre periférica y del cordón umbilical. Existen dos tipos de trasplante: autólogo (la persona recibe sus propias células madre) y alogénico (el paciente recibe las células madre de un donante relacionado o no emparentado). Fases TMO: Movilización: Se debe realizar cuando la obtención de las células es de sangre periférica, porque en su estado normal no contiene el número adecuado de células germinales como para permitir una recogida eficiente por lo que es necesario estimular su producción y liberación (2). Aféresis: Recolección a través de separadores celulares comerciales que se programan para recolectar linfocitos o leucocitos, el resto de los componentes sanguíneos se devuelven al paciente (2). Acondicionamiento: Generar la supresión profunda del sistema inmunológico sin producir una excesiva toxicidad, con el uso de citostáticos o radioterapia para eliminar poblaciones celulares no deseadas y facilitar el implante medular; además de crear un espacio en la cavidad medular para la proliferación de las células trasplantadas (2). Infusión: Se considera como día 0 el día de la infusión de las células hematopoyéticas. La infusión debe realizarse de forma constante y uniforme (2). Postinfusión: Comprende los días posteriores a la infusión. En esta etapa es esencial detectar y atender oportunamente las complicaciones relacionadas con el periodo de aplasia. Esta etapa tiene una duración aproximada de 30 días, por ello el paciente es susceptible a contraer infecciones continuamente (2). Se plantea que ha ocurrido la toma del injerto, el primer día de tres consecutivos que el paciente presenta un conteo de neutrófilos de más de 500 103/ul. (3)

Gestión del riesgo: El abordaje de la calidad asistencial está más avanzado en adultos que en el área de la pediatría; sin embargo, los niños tienen su propio conjunto único de necesidades de calidad (4). Por tanto, es necesario asumir como objetivo minimizar los riesgos inherentes a la asistencia, especialmente en unidades de cuidado crítico y oncológico (4). En la Fundación Santa Fe de Bogotá para la gestión del riesgo lo primero es la prevención de eventos adversos: disminuir el riesgo de que aparezcan EA (prevención primaria), abordarlos de forma precoz para minimizar daños (prevención secundaria) y evitar su reaparición reduciendo su impacto (prevención terciaria) (3).

Participación y rol de enfermería: Los cuidados de enfermería en todas las etapas del trasplante están encaminados a proporcionar atención oportuna y eficaz, con la finalidad de prevenir, tratar y superar las complicaciones propias del tratamiento. (2) Las enfermeras de la unidad de trasplante deben realizar una valoración cefalocaudal diaria con el fin de identificar signos y síntomas en el paciente que puedan indicar algún riesgo o alteración en su salud. Al estar en constante comunicación con el paciente tienen la facilidad de establecer una relación terapéutica que permite garantizar intervenciones de enfermería para las necesidades específicas e individuales de cada paciente. Actualmente, la enfermería a nivel mundial está trabajando en responder al reto de estandarizar su lenguaje y fortalecer su base de conocimiento. En este reporte de caso, se establece el plan de atención de enfermería utilizando la taxonomía reconocida por la American Nurses Association (ANA) (5). De esta manera, se plantean y se priorizan unos cuidados de calidad para el paciente JBC de acuerdo con sus necesidades específicas, que pueden servir como guía a otros enfermeros que atiendan a pacientes que estén en TMO.

Presentación del caso: Paciente masculino JBC de 13 años, estudiante de octavo grado, procedente de Montería, Córdoba. En el año 2023 presentó palidez y equimosis, en el cuadro hemático presentaba leucopenia, neutropenia, anemia y trombocitopenia. Se le realizó una biopsia de médula ósea, medio por el cual se diagnosticó una Aplasia Medular Severa (AMS). Antecedentes JBC: Patológicos: AMS. Quirúrgicos: Adenoidectomía y turbinectomía hace 4 años. Traumáticos: fractura de húmero izquierdo. Farmacológicos: trombopag, voriconazol, trimetropim sulfá y azitromicina. Transfusionales: poli-transfusiones. **Inmunización:** completa para la edad. Familiares: padre y abuelo materno con cáncer de próstata.

JBC ingresó el 17 de enero del 2024 a hospitalización para iniciar el TMO alogénico, idéntico donante relacionado, hermano mayor por medio de una recolección por punción de médula ósea. Ingreso con un peso de 72.3 kg con un recuento de neutrófilos menor a 500 103/ul por lo que se instaura de manera inmediata el aislamiento protector, quedándose su padre en la habitación; medida que al inicio generó ansiedad en JBC, por lo que se decide permitir el ingreso de su consola Xbox. Presento dolor de garganta, motivo por el cual se le realiza un panel viral que permite el diagnóstico de una parainfluenza, la cual es tratada de manera inmediata. El 18 de enero JBC inició el protocolo de acondicionamiento utilizando como premedicación acetaminofén, metilprednisolona, clemastina, ondansetrón y mesna, para prevenir los efectos secundarios de la timoglobulina, la ciclofosfamida y la ciclosporina, presento mucositis como complicación tardía, adicional para profilaxis microbiana se utilizó cefuroxima, anfotericina B y aciclovir. La infusión fue el 24 de enero, se acompañó con ciclosporina, metrotexato y ácido folínico, JBC presento hipertensión severa tratada con amlodipino. Durante su recuperación requirió gran cantidad de transfusiones de plaquetas y glóbulos rojos. JBC injerto neutrófilos el 11 de febrero (19 días), plaquetas el 19 de febrero (24 días). Fecha de egreso: 21 de febrero (35 días de hospitalización), con peso de 64.9 kg.

Valoración – Modelo de adaptación de Callista Roy

Roy plantea que las personas, vistas como sistemas adaptativos holísticos, se encuentran en continua interacción con un ambiente cambiante. Los estímulos ambientales, al entrar en contacto con el sistema, activan los subsistemas de afrontamiento regulador y cognitivo y desencadenan una serie de respuestas observables a través de los cuatro modos de adaptación (fisiológico, auto concepto, función del rol e interdependencia); estas respuestas buscan afrontar la situación y, de esta manera, promover la adaptación. (6)

Valoración por sistemas:

Paciente masculino, consciente, alerta y orientado en tiempo, espacio y persona. Afebril, normo-cardíaco, normotenso. Peso: 72.3 kilogramos. Talla: 171 centímetros. IMC: 24.7 kg/cm². A la valoración cefalocaudal se evidenció alopecia y lesiones en la parte posterior del cráneo por un hongo (tinea capitis), y presencia de pequeñas úlceras en la boca (mucositis), el resto de piel íntegra, hidratada, sin presencia de cianosis, conjuntivas normocrómicas, mucosas hidratadas, con presencia de secreciones nasales transparentes, no presenta aleteo nasal. Cuello con forma y simetría normal, se palpa pulso carotídeo. Paciente con catéter venoso central trílumen en vena subclavia derecha sin signos de infección ni flebitis. Tórax de forma y simetría normal. A la auscultación ruidos cardíacos audibles y normales, pulmonares sin alteración. Paciente con eliminación espontánea sin presencia de signos de cistitis hemorrágica, refiere estreñimiento. Abdomen globoso con piel hidratada, ruidos intestinales audibles, blando y depresible, no doloroso a la palpación. Miembros superiores e inferiores con pulsos presentes, llenado capilar menor a 3 segundos, no edema.

Autoconcepto:

"Me siento abrumado por todo el tema que estoy pasando, por la quimioterapia. Me siento inútil, no puedo hacer nada porque me canso muy rápido"

Rol:

Primario: hombre, 13 años. **Secundario:** estudiante, hijo, hermano, amigo. **Terciario:** basquetbolista.

Interdependencia:

JBC refiere una buena relación con sus padres y sus dos hermanos. Es una persona sociable, tiene varios amigos por el basquetbol. Luego del diagnóstico de la enfermedad, con su familia afianzaron sus creencias en la religión.

Plan de atención de enfermería

Respuestas efectivas:

No presenta rash cutáneo, prurito, eritema, cefalea, náuseas. Respuestas inefectivas: mucositis, neutropenia, leucopenia, pancitopenia, fiebre, hipertensión arterial, hemorragia conjuntival, dolor de garganta y secreción nasal, tinea capitis y estreñimiento.

Valoración de estímulos:

Focal: inmunosupresión, **contextual:** aplasia medular severa

Subsistema cognitivo:

JBC refirió aceptación de la enfermedad y el tratamiento, apoyo de su familia e inicio del desarrollo espiritual. Sin embargo, por los cambios en su rutina diaria, presentó ansiedad, impotencia, agobio y desespero, lo que le generó un riesgo psicológico. Subsistema regulador: La aplasia medular (AM) puede ser adquirida o congénita, sin embargo, la mayoría de los casos son de origen idiopático (de irrupción espontánea o de causa desconocida), o por causas secundarias como efectos de medicamentos o una infección viral. (7) La AM es una enfermedad mediada por inmunidad, el evento desencadenante induce una expansión oligoclonal aberrante de células T citotóxicas que suprimen la hematopoyesis y causan la destrucción de las células hematopoyéticas. (7)

Ver Anexo 1.

Gestión de riesgos:

La patología de base y el tratamiento que recibió JBC hizo que fuera una persona vulnerable a diferentes riesgos, debido a los efectos secundarios de los medicamentos citotóxicos, opioides, inmunosupresores, antiinflamatorios no esteroideos. (Ver Anexo 1). Para calcular la exposición a cada riesgo se deben evaluar que estrategias y controles tiene la institución para evitarlo, mitigarlos o controlarlos, y los siguientes criterios en valor numérico: Probabilidad: número de veces que sucede un evento en un determinado período de tiempo. Calculada de 1 (muy baja) a 5 (muy alta). Impacto: magnitud de las pérdidas que se presentarían ante la ocurrencia de un siniestro, pueden ser económicas, humanas, reputacionales, proceso, ambientales, etc. Calculada de 1 (leve) a 5 (crítico) (8). Luego se realiza la multiplicación probabilidad x impacto = nivel de riesgo inherente. Valor que será ubicado en el mapa calórico para hacer la evaluación del riesgo.

En el paciente JBC se realizó el análisis para los siguientes riesgos en conjunto con el equipo de buenas prácticas de enfermería de la Fundación Santa Fe de Bogotá:

Tabla 1. Mapa calórico (8)

Intensidad	5	10	15	20	25
	4	8	12	16	20
	3	6	9	12	15
	2	4	6	8	10
	1	2	3	4	5
Impacto					

Riesgo de caída: El control del riesgo se valora por medio de la escala Humpty Dumpty (9) donde JBC obtuvo una puntuación de 11 (Sin riesgo de caídas). Sin embargo, en la escala no se tienen en cuenta los efectos de los medicamentos citostáticos. En pacientes tratados por neoplasias hematológicas, las caídas pueden estar relacionadas con: factores fisiopatológicos como anemia y fatiga; efectos de los diferentes tratamientos (quimioterapia, radioterapia, trasplante de progenitores hematopoyéticos) como diarrea, vómitos, mareos, debilidad muscular, movilidad limitada. (10)

Exposición al riesgo: Probabilidad: 3 - Impacto: 5 Nivel de riesgo: 15 – Extremo

Se garantiza el cumplimiento de las medidas preventivas para caídas y la adherencia por parte del paciente y su familia luego de la educación brindada.

Riesgo de lesión de piel: El control de riesgo se evalúa por medio de la escala Braden Q (11) donde obtuvo una puntuación de 27 (Sin riesgo de lesiones por presión). Sin embargo, los citostáticos en la piel producen: citotoxicidad directa, que puede dañar cualquier estructura cutánea afectando especialmente a las que tienen un elevado índice mitótico, como ocurre en el estrato basal de la epidermis y el folículo piloso, e hipersensibilidad al medicamento, como puede ocurrir con cualquier fármaco. (12)

Exposición al riesgo: Probabilidad: 5 - Impacto: 5 Nivel de riesgo: 25 – Extremo

Las estrategias en la institución son enfocadas en la valoración diaria de la piel, promover la movilización, higiene, limpieza e hidratación de la piel. Se tienen protocolos institucionales que guían el proceso de limpieza y cambio de apósitos adhesivos para los medios invasivos, para prevenir lesiones con su retiro.

Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS): Se cuenta con los protocolos institucionales para prevenir las IAAS, donde se establecen los elementos de protección personal, las medidas de seguridad y las actividades que se deben realizar con cada tipo de aislamiento. JBC debido a su inmunosupresión tuvo un aislamiento protector. Adicional, tenía control de cuadro hemático diario para seguimiento de la serie blanca (neutrófilos, linfocitos y leucocitos).

Exposición al riesgo: Probabilidad: 5 - Impacto: 5 Nivel de riesgo: 25 – Extremo

Riesgo psicológico: El personal de enfermería de la unidad de trasplante está conformado por 4 enfermeros, y la estancia hospitalaria oscila alrededor de un mes por el tratamiento, las relaciones terapéuticas enfermero-paciente suelen tener de base una buena comunicación, empatía, escucha activa y apoyo. El personal de enfermería acompaña diariamente el proceso y los cambios presentados en el paciente de manera física y emocional, y vela por garantizar su satisfacción y tranquilidad, a pesar del proceso estresante al que se ve expuesto. En pediatría, el cambio de la rutina y el dejar de convivir con los amigos afecta de manera más gradual que en adultos, por lo que es necesario tener seguimiento por psiquiatría.

Exposición al riesgo: Probabilidad: 5 - Impacto: 2 Nivel de riesgo: 10 – Alto

Errores de medicación: El servicio de trasplante de células hematopoyéticas de la Fundación Santa Fe de Bogotá abrió sus puertas en septiembre del año 2022, pero hasta el año 2024 reciben al primer paciente pediátrico para su proceso trasplante. La experiencia de las enfermeras de la unidad es basada en pacientes adultos, por lo que se prepararon y educaron acerca de las medidas necesarias para brindar un cuidado integral y de calidad, con el acompañamiento de la enfermera oncóloga.

Exposición al riesgo: Probabilidad: 1 - Impacto: 5 Nivel de riesgo: 5 – Alto

Diagnóstico NANDA: Dominio: Promoción de la salud – Clase: Gestión de la salud

Diagnóstico: Protección ineficaz relacionado con aplasia medular severa evidenciado por recuento de neutrófilos y linfocitos en 0 103/ul, leucocitos en 103/ul, y plaquetas en 13.000 103/ul.

NOC: 1. Control del riesgo. Indicadores: Adapta las estrategias de control del riesgo y reconoce cambios en el estado general de la salud. Escala: Mantener en: 5 (Siempre demostrado). Evaluación final: 5 (Siempre demostrado). 2. Estado inmune. Indicadores: Estado respiratorio, detección de infecciones actuales y temperatura corporal. Escala: Mantener en: 3 (Moderadamente comprometido), aumentar a: 5 (No comprometido). Evaluación final: 5 (No comprometido). 3. Adaptación del niño a la hospitalización. Indicadores: Ansiedad. Escala: Mantener en: 3 (A veces demostrado) – Aumentar a: 5 (Nunca demostrado). Evaluación final: 4 (Raramente demostrado). Cooperación en los procedimientos y mantenimiento relación padre-hijo. Escala: Mantener en: 5 (Siempre demostrado). Evaluación final: 5 (Siempre demostrado).

NIC: Administración de hemoderivados: Obtener la historia de transfusiones, verificar los correctos de hemoderivados, enseñar los signos y síntomas de una reacción transfusional, monitorizar los signos vitales y aparición de reacciones transfusionales. Infusión de células madre: Explicar el procedimiento, sus posibles efectos negativos y el objetivo a los pacientes y cuidadores, administrar premedicación, monitorizar los signos vitales, durante y después del procedimiento, supervisar la diuresis. Control de infecciones: Aplicar las precauciones de aislamiento, fomentar una ingesta nutricional adecuada, administrar tratamiento antibiótico cuando sea adecuado e instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección. Interpretación de datos de laboratorio: Reconocer los efectos de los fármacos en los valores de laboratorio, monitorizar los resultados secuenciales para ver las tendencias y los cambios. Identificación de riesgos: Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, con sus interrelaciones y planificar la reducción del riesgo. Manejo de la quimioterapia: Monitorizar la presencia de los efectos secundarios y tóxicos, informar al paciente para que notifique inmediatamente la existencia de signos de alarma, administrar fármacos para controlar los efectos secundarios, monitorizar el peso y la existencia de infección de la mucosa bucal. Mejorar el sueño: Ajustar el ambiente para favorecer el sueño, regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales.

Discusión: El TMO es un tratamiento necesario cuando la médula ósea de un niño resulta lesionada o destruida por una enfermedad o tratamientos intensos de radioterapia o quimioterapia para el cáncer. Las complicaciones que puede presentar el niño son: infecciones, bajo nivel de plaquetas y de glóbulos rojos, dolor, diarrea, náuseas, vómitos, sobrecarga de líquido, disnea, rechazo del trasplante, o la enfermedad injerto contra huésped. (13) Se define la seguridad del paciente (SP) como «la ausencia de una lesión accidental» causada por la atención médica, tales como daño o muerte atribuibles a eventos adversos (EA) por medicamentos, identificaciones erróneas, infecciones adquiridas u otras relacionadas con el cuidado de la salud (14). Los pacientes pediátricos son más vulnerables a eventos adversos porque: fisiológicamente tienen cambios inherentes a su crecimiento y desarrollo, no tienen la capacidad de identificar y comunicar errores y dependen totalmente de su cuidador, adicional a esto, las dosis van en función del peso (15). Los eventos adversos propios del cuidado de enfermería en pediatría están relacionados con: administración de medicamentos, IAAS, flebitis y úlceras por presión (15). La hospitalización de un niño genera cambios en su rutina que pueden afectar su desarrollo, lo que puede desencadenar en él emociones negativas, de sufrimiento psicológico, como el miedo, la ira, el estrés o incluso la ansiedad (16). El personal de enfermería permanece todo el tiempo al cuidado de los pacientes, y dada la complejidad de la práctica clínica, su desempeño, influye de manera directa en la ausencia o presencia de EA (15). Por esto, es fundamental que las instituciones de salud gestionen el riesgo basados en la evidencia científica. En este caso, se estableció un plan de atención de enfermería con intervenciones de NIC, que garantizan su validez científica. La gestión de riesgo consiste en detectar oportunamente los riesgos que pueden afectar al paciente, para generar estrategias que se anticipen a ellos y los transformen en oportunidades de cuidado de enfermería. (8)

Conclusión:

Los pacientes pediátricos requieren especial atención de enfermería por su vulnerabilidad a diferentes riesgos, especialmente cuando su patología de base afecta de manera directa el sistema inmune, como en la aplasia medular y cuando requieren de TMO. Es deber del enfermero velar por la integridad del paciente y prevenir cualquier alteración adicional en su hospitalización. La prevención de los EA no es notoria para el paciente y su familia, sin embargo, cuando hay un EA, tiene un impacto negativo en la satisfacción del usuario, afectando la percepción y servicio brindado por la institución. El plan de atención de enfermería debe incluir la priorización de riesgos y sus respectivas intervenciones para mitigarlos. La taxonomía NANDA, NOC y NIC de enfermería, brinda una gran variedad de recursos que pueden ser utilizados para que los enfermeros planteen sus cuidados, teniendo en cuenta la evidencia científica e innovando en el cuidado diario, para que no sea repetitivo. Al revisar la literatura no hay suficiente información sobre programas o herramientas de gestión de riesgos en pediatría. Siendo esto una posibilidad para investigaciones futuras en enfermería.

Consideraciones éticas:

Se tiene el asentimiento verbal del paciente y el consentimiento verbal del acudiente para el proceso de valoración de enfermería.

Referencias

1. Cedeño Cevallos MA, Godoy Villalva AS, Rojas Realpe RR, Hernandez Almeida ME. Trasplante de células madre hematopoyética. Tratamiento de neoplasias malignas. Anál comport las líneas crédito través corp financ nac su aporte al desarro las PYMES Guayaquil 2011-2015 [Internet]. 2019;4(1):4-12. Available from: [http://dx.doi.org/10.26820/recimundo/4.\(1\).enero.2020.4-12](http://dx.doi.org/10.26820/recimundo/4.(1).enero.2020.4-12)
2. Martell Martorell Librada, Leiva Perdomo Yanitza, Suárez Escalona Elio Álvaro. Atención de enfermería en el trasplante de progenitores hematopoyéticos. Rev. Cubana Hematol Inmunol Hemoter [Internet]. 2017 Dic [citado 2024 Jun 16]; 33(4):25-34. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892017000400004&lng=es.
3. Mónaco A. Manejo infectológico de la aplasia medular severa en pacientes pediátricos. Actualizaciones en Sida e Infectología [Internet]. 2018; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.52226/revista.v26i97.24>.
4. Madrid Rodríguez A, Hernández Borges A. La calidad asistencial y seguridad del paciente, componentes clave en la atención. Anales de Pediatría (Barc) [Internet]. 2022;97(4):227-8. Disponible en: <https://www.analesdepediatría.org/es-la-calidad-asistencial-seguridad-del-articulo-S1695403322001837>
5. Elsevier Connect. NANDA-I, NIC, NOC: uso en la planificación de los cuidados y el modelo AREA. Elsevier [Internet]. el 23 de marzo de 2022 [citado el 17 de junio de 2024]; Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/nanda-i-nic-noc-vinculos-y-uso-en-la-practica-clinica>
6. Gutiérrez Agudelo C, Crespo Rodríguez O, Gómez De Obando E, Giraldo B. Adaptación y cuidado en el ser humano: una visión de enfermería. Manual Moderno Universidad de La Sabana; 2007.
7. Bolaños Cubillo A. Aplasia medular adquirida - Caso clínico. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2011;295-300.
8. Urrego A, Silgado M. El riesgo y su gestión. Presentación INFOFE. [Internet]. 2022. Disponible en: <https://sgi.almeraim.com/sgi/lib/pdf/pdfjs3.8/web/viewer.php?archivoid=186579&token=ed1986605e22f8f804a40fc943323ee6>
9. Barrientos J., Hernández A., Hernández M. Adaptación y validación de un instrumento de valoración de riesgo de caída en pacientes pediátricos hospitalizados [en línea]. 2014;10 [Citado 2021 marzo 20]; (4): [22pp.]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria400-pdf-S1665706313726393>
10. Lorca LA, Sacomori C, Balagué-Ávila VP, Pino-Márquez LP, Quiroz-Vidal FA, Ortega L. Incidence and risk of falls in patients treated for hematologic malignancies in the Intensive Hematology Unit. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2019;27:e3145. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2953-3145>.
11. Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V. The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. Nurs Res. 1987 Jul-Aug;36(4):205-10. PMID: 3299278.
12. González MJF, Canosa LL, Pibernat MR. Efectos secundarios cutáneos de los tratamientos sistémicos del cáncer (I): quimioterapia y hormonoterapia. Piel (Barc, Internet) [Internet]. 2009;24(7):368-79. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0213-9251\(09\)72021](http://dx.doi.org/10.1016/s0213-9251(09)72021).

13. Stanford Medicine Children's Health. Bone marrow transplantation in children [Internet]. Stanford medicine childrens health. [citado el 17 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=bone-marrow-transplantation-in-children-90-P06155>
14. Cardona ALU, Cantero MJP. Seguridad hospitalaria en pediatría. Anales de Pediatría (Barc) [Internet]. 2015;83(4):227–8. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-seguridad-hospitalaria-pediatria-articulo-S1695403315003355>
15. Martínez Reyes CR, Álvarez Reyes F, Garzón Martínez CA, Rave Henao IC. Eventos adversos en niños hospitalizados: un desafío para el cuidado de enfermería: Adverse events in hospitalized children: a challenge for Nursing Care. Rev Cienc Cuid [Internet]. 2019;111–23. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22463/17949831.1547>
16. Díaz Martínez I. Impacto del proceso de hospitalización en la infancia [Internet]. [Madrid]: Universidad Autónoma de Madrid; 2020 [citado el 17 de junio de 2024]. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/691433/diaz_martinez_irene.pdf
17. Suarez Montero JC, Caballero Gonzalez AC, Martín Aguilar L, Mancebo Cortés J. Síndrome de neurotoxicidad asociada a células inmunoefectoras: un enfoque terapéutico en el paciente crítico. Med Intensiva [Internet]. 2022;46(4):201–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2020.06.014>
18. Gutiérrez–Restrepo Johnayro. Efectos adversos de la terapia con glucocorticoides. Iatreia [Internet]. 2021 June [cited 2024 May 02] ; 34(2): 137-150. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932021000200137&lng=en. Epub May 19, 2021. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.96>.



Seguimos conectados con el cuidado,
la atención y la esperanza.

icumedical

conexiones humanas



Experiencias culturales de cuidadores informales sobre distracción multisensorial en niños hospitalizados con enfermedad oncológica

Cultural experiences of informal caregivers on multisensory distraction in hospitalized children with cancer disease

Andrea Marcela Caviedes Gil

Enfermera profesional

Magíster en Enfermería en Cuidado Paliativo, Pontificia Universidad Javeriana.

Coordinadora de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal en Clínica Uros, Neiva, Huila

Andrea Ximena Oyola Lamprea

Enfermera profesional

Magíster en Enfermería en Cuidado Paliativo, Magíster en Enfermería Oncológica, Pontificia Universidad Javeriana

Enfermera especialista del Instituto de Cáncer de la Fundación Santa Fe de Bogotá

María Alejandra Santamaría Vera

Enfermera profesional

Magíster en Enfermería en Cuidado Paliativo, Pontificia Universidad Javeriana

Enfermera de hospitalización pediátrica en Fundación HOMI, Bogotá

Introducción: Enfermería proporciona cuidados que contribuyen a satisfacer las necesidades del ser humano en todas sus dimensiones. En pacientes pediátricos con patologías oncológicas, es necesario ampliar conocimientos sobre estrategias de distracción siendo coherentes con su modo de vida.

Objetivo: Describir las experiencias culturales de cuidadores informales que utilizaron distracción multisensorial pediátrica en pacientes con enfermedad oncológica.

Metodología: Investigación cualitativa con diseño Etnoenfermería realizada en una institución de cuarto nivel en Bogotá; seleccionando informantes clave y generales, con quienes se desarrollaron entrevistas y grupos focales.

Resultados: Esta investigación generó evidencia descriptiva sobre distracción multisensorial utilizada por cuidadores, se evidenció que contaban con múltiples recursos para distraer a los niños ya sea con objetos sencillos o mediante la utilización de elementos más sofisticados, los cuales variaron según las preferencias de los menores y el grupo etario al que pertenecían y fueron útiles no solo ante la realización de procedimientos asistenciales, sino durante toda su estancia hospitalaria.

Conclusiones: Se obtuvieron datos que permitieron dar respuesta al objetivo de la investigación mediante una inmersión en el campo, comprensión del cuidado desde el emic, y construcción de cuidados culturalmente congruentes desde el etic.

Palabras clave DECS:

Etnoenfermería, cuidado cultural, distracción multisensorial, enfermería transcultural, cuidado paliativo pediátrico.

Introduction: Nursing provides care that contributes to meet the needs of the human being in all its dimensions. In pediatric patients with oncologic pathologies, it is necessary to expand knowledge about distraction strategies being coherent with their way of life.

Objective: To describe the cultural experiences of informal caregivers who used pediatric multisensory distraction in patients with oncological disease.

Methodology: Qualitative research with Ethno-nursing design carried out in a fourth level institution in Bogota; selecting key and general informants, with whom interviews and focus groups were developed.

Results: This research generated descriptive evidence of the multisensory distraction used by caregivers, it was evidenced that they have multiple resources to distract children either with simple objects or through the use of more sophisticated elements, which may vary according to the preferences of the child, and the age group to which they belong and are useful not only when carrying out care procedures but also during their entire hospital stay.

Conclusions: Data were obtained that allowed us to respond to the objective of the research through an immersion in the field, understanding of care from the emic, and construction of culturally congruent care from the etic.

Key words DECS:

Ethno-nursing, cultural care, multisensory distraction, transcultural nursing, pediatric palliative care.



Uno de los pilares de la disciplina de enfermería es proporcionar cuidados holísticos e integrales que contribuyan a satisfacer las necesidades del ser humano en todas sus dimensiones (1,2). En el cuidado paliativo, este principio posee una mayor relevancia al tratarse de individuos con requerimientos de atención mayores, ya que al tratarse de esta situación, requieren más hospitalizaciones por tiempos prolongados, pueden ser más susceptibles a experimentar sensaciones desagradables secundarias a su tratamiento o condición clínica al percibir dolor y sentimientos como miedo, desesperanza, angustia, ansiedad, entre otras (3); por ende, es necesario buscar estrategias de cuidado que cumplan características que permitan suplir estas necesidades y que sean coherentes con su modo de vida (4).

Por lo cual, esta investigación se realizó mediante un abordaje desde lo cultural, lo que fue un determinante esencial en la administración de los cuidados, ya que estos pueden variar de una cultura a otra (5), y de esta manera permitió dejar un punto de partida del conocimiento de las experiencias de los cuidadores de pacientes pediátricos con enfermedad oncológica, con el uso de la distracción multisensorial como estrategia de cuidado, ofreció hallazgos innovadores que desde un enfoque cualitativo, a partir del conocimiento de creencias, valores, estilos de vida y experiencias que influyeron en la elección de elementos de su preferencia al momento de distraer a los niños, le otorgaron a la disciplina información que contribuyó a mejorar la práctica y llenó un vacío no explorado en la literatura.

Para enfermería, es de vital importancia dar respuesta a los fenómenos de interés desde la profesión, por ende fue relevante la investigación para fortalecer su cuerpo de conocimientos que desde una base teórica como lo es la Teoría de la diversidad y universalidad del cuidado cultural (actualmente denominada Teoría del Cuidado de la Cultura) de la doctora Madeleine Leininger, se pudieron construir bases sólidas que a partir de una inmersión cultural y conocimiento del contexto, etnohistoria y estructura social, se lograron brindar cuidados culturalmente congruentes (5,6).

El principal objetivo que se planteó en este estudio, fue describir las experiencias culturales de cuidadores informales que utilizaron distracción multisensorial pediátrica en pacientes con enfermedad oncológica, para lo cual se llevó a cabo mediante la metodología de Etnoenfermería (7,8) descrita también por la teórica Leininger, quien desde su amplia visión a través de este método, ofreció elementos que permitieron que los resultados se obtuvieran de una manera rigurosa y pudieran describir con la mayor credibilidad y fiabilidad, los hallazgos dentro de la comunidad de cuidadores y de esta manera logró el propósito de la investigación, que fue llenar el vacío del conocimiento existente dentro de la disciplina.

Para el Cuidado Paliativo, se buscó obtener resultados desde el cuidado de enfermería pediátrico, al profundizar en el fenómeno de la distracción multisensorial desde la cultura, ofreciendo la oportunidad de aportar un nivel de evidencia descriptivo que podrá ser un inicio para futuras investigaciones (9).

Metodología y análisis de la información

Esta investigación se realizó con enfoque cualitativo con diseño de etnoenfermería, que es una propuesta disciplinar la cual, según Leininger y McFarland, que toma en cuenta el contexto, significados, símbolos y experiencias de vida que se relacionan con la realidad o fenómenos potenciales de cuidado de enfermería (5,7).

Se desarrolló un muestreo no probabilístico a conveniencia (10,11), conformado de participantes informantes clave e informantes generales a cargo del cuidado informal de pacientes pediátricos con enfermedad oncológica que se encontraban en áreas de hospitalización y consulta externa de la institución de cuarto nivel, en un tiempo comprendido entre los meses de julio a octubre del año 2022.

Para la producción de datos, se solicitó previa aprobación por el comité de ética de investigación de la institución de 4º nivel, se realizaron entrevistas abiertas y a profundidad que contaron con preguntas abiertas y algunas otras orientadoras tanto en las sesiones de grupos focales, como en las entrevistas individuales, de acuerdo al planteamiento de Spradley (12). Se solicitó autorización de los participantes y firma en el formato de consentimiento informado institucional. Se protegió la confidencialidad de los informantes clave e informantes generales y se les asignó la letra IC e IG, seguida de un número secuencial según el orden de su realización (IC1, IC2, IC3...) sucesivamente. Adicionalmente se asignaron códigos alfanuméricos para cada entrevista, (E1, E2, E3...) párrafo, (P1, P2, P3...) y grupo focal (GF1, GF2, GF3).

Durante la inmersión en el campo (13), se tuvieron en cuenta cuatro pasos sugeridos por Briñez en su investigación los cuales fueron: la elección de los informantes clave e informantes generales, la aprobación de los mismos para participar en el estudio, observación del contexto familiar y así proceder a la realización de las entrevistas y grupos focales (14). La investigación fue aprobada y considerada sin riesgo por el comité de ética institucional y se llevó a cabo bajo los principios éticos y morales de acuerdo a la declaración de Helsinki, el código de Núremberg (15), la resolución 8430 de 1993 (16) y el código deontológico de enfermería (17).

Para el análisis de la información, se realizó mediante las cuatro fases de la metodología de etnoenfermería acorde a lo propuesto por Leininger (7), con el fin de examinar y descubrir a profundidad los significados e interpretaciones del cuidado y la cultura: 1. Recolección y documentación de datos, 2. Identificación y categorización de descriptores (frases) y componentes centrales, 3. Patrones y análisis contextual, 4. Temas centrales, hallazgos de investigación, formulaciones teóricas y recomendaciones. Se utilizó el software cualitativo Nvivo para la codificación de la información.

Durante todo este proceso, se incluyeron criterios de rigor metodológico los cuales fueron (18): credibilidad, confirmabilidad, significado, patrón recurrente, saturación, transferibilidad y adicionalmente se incluyó la reflexividad, que de acuerdo a Gibbs (19), evitó la emisión de juicios, inducción de respuestas a las preguntas y se mantuvo una actitud abierta para aprender del fenómeno desde quienes lo experimentaban.

Resultados

La mayoría de los informantes clave fueron mujeres, 94,1% madres de los pacientes pediátricos y 5,8% correspondiente a 1 padre, quienes se encontraban entre la tercera y quinta década de vida, 41,1% de ellos contaban con nivel educativo profesional, 17,6% en nivel técnico, 29,4% con bachillerato finalizado, 1 participante con secundaria incompleta y 1 con primaria incompleta, 94,1% de ellos pertenecían a la religión católica y 1 participante de religión cristiana, en su mayoría procedentes fuera de Bogotá con un 64,7%, el 29,4% pertenecían al nivel socioeconómico 2 y 70,5% al nivel socioeconómico 3, el 76,4% se encontraban afiliados al régimen contributivo y 23,5% pertenecían al régimen subsidiado (Tabla 1).

Tabla 1: Caracterización de informantes clave.

Características de los informantes clave de la institución de IV nivel – Bogotá, 2022			
Edades	Entre 20-29 años	5 Participantes	29,4%
	Entre 30-39 años	8 Participantes	47,0%
	Mayores de 40 años	4 Participantes	23,5%
Parentesco	Madres	16 Participantes	94,1%
	Padres	1 Participantes	5,8%
Nivel de escolaridad	Primaria incompleta	1 Participantes	5,8%
	Secundaria incompleta	1 Participantes	5,8%
	Bachillerato completo	5 Participantes	29,4%
	Técnico	3 Participantes	17,6%
	Profesional	7 Participantes	41,1%
Religión	Católica	16 Participantes	94,1%
	Cristiana	1 Participantes	5,8%
Procedencia Lugar de residencia	Bogotá	6 Participantes	35,2%
	Fuera de Bogotá	11 Participantes	64,7%
Estrato Nivel socioeconómico	Estrato 2	5 Participantes	29,4%
	Estrato 3	12 Participantes	70,5%
Tipo de afiliación al SGSSS (Sistema General de Seguridad Social en Salud)	Contributivo	13 Participantes	76,4%
	Subsidiado	4 Participantes	23,5%
Total de informantes clave		17 participantes	100%

Fuente: Elaboración propia

Por otro lado, la mayoría de los informantes generales fueron mujeres, en los que se encontraban madres 50%, abuelas 37,5% y solo 1 padre 12,5%, quienes se encontraban entre la tercera y sexta década de vida, 37,5% de ellos contaban con nivel educativo profesional y 62,5% en nivel técnico, todos pertenecientes a la religión católica, procedentes en su mayoría fuera de Bogotá 62,5%, todos pertenecían al 3° nivel socioeconómico, 87,5% se encontraban afiliados al régimen contributivo y solo 12,5% en régimen subsidiado (Tabla 2).

Tabla 2. Caracterización de los informantes generales.

Características de los informantes clave de la institución de IV nivel – Bogotá, 2022			
Edades	Entre 20-29 años	2 Participantes	25%
	Entre 30-39 años	2 Participantes	25%
	Mayores de 40 años	4 Participantes	50%
Parentesco	Madres	4 Participantes	50%
	Padres	1 Participantes	12,5%
	Abuelas	3 Participantes	37,5%
Nivel de escolaridad	Técnico	5 Participantes	62,5%
	Profesional	3 Participantes	37,5%
Religión	Católica	8 Participantes	100%
Procedencia / Lugar de residencia	Bogotá	3 Participantes	37,5%
	Fuera de Bogotá	5 Participantes	62,5%
Estrato / Nivel socioeconómico	Estrato 3	8 Participantes	100%
Tipo de afiliación al SGSSS (Sistema General de Seguridad Social en Salud)	Contributivo	7 Participantes	87,5%
	Subsidiado	1 Participantes	12,5%
Total de informantes generales		8 participantes	100%

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a lo planteado por Leininger en la Teoría del cuidado de la cultura mediante el facilitador del sol naciente (5,20), uno de los puntos importantes para la construcción de cuidados culturalmente congruentes, es a través de una inmersión cultural, el conocimiento del contexto, la etnohistoria y los elementos de la estructura social, ya que al comprender asuntos como la religión, espiritualidad, parentesco, vínculos sociales, educación, tecnología, creencias y valores, entre otros, permitieron conocer los aspectos que generaron impacto en las expresiones de cuidado de las personas:

Factores tecnológicos: en las habitaciones del hospital que compartían los informantes clave e informantes generales con los menores, se evidenció que contaban con recursos tecnológicos brindados por la institución, tales como televisores, duchas, acceso a la red WIFI, sala de ludoteca con libros, juegos de mesa y juguetes y adicionalmente por cada piso de hospitalización, se encontraba una consola de PlayStation con el fin de prestarla a los menores que durante el día deseaban jugar.

Factores religiosos: casi todos los informantes practicaban principalmente la religión católica y cristiana, en el entorno hospitalario dentro de las habitaciones no se observaron elementos alusivos a su culto, sin embargo expresaron su creencia en Dios.

Factores familiares y sociales: se evidenció una adecuada red de apoyo familiar, la cual se encontraba compuesta principalmente por las madres, padres, abuelas y tíos, quienes velaban por el cuidado y bienestar de los menores en su rol como cuidadores informales, en alternancia con los cuidadores secundarios quienes jugaron un papel fundamental en aspectos como el autocuidado, la alimentación, realizar actividades de distracción y acompañamiento de los niños en la realización de procedimientos invasivos y demás actividades hechas por el personal asistencial.

Valores culturales, creencias y estilos de vida: los informantes reconocieron la importancia de mantener a los menores entretenidos y distraerlos mediante diferentes recursos disponibles durante su estancia hospitalaria, con el fin de disminuir los niveles de estrés y de ansiedad que implicaba al permanecer por tiempos prolongados en la institución y destacaron la labor que hacía el equipo interdisciplinario de la institución de 4º nivel por el bienestar de los niños, todo esto enmarcado bajo la influencia cultural presente en cada uno de los informantes, quienes provenían de distintas áreas geográficas del país y poseían diversas estrategias de distracción.

Factores económicos, políticos y legales: todos los informantes del estudio manifestaron tener una afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud vigente ya fuera dentro del régimen contributivo o subsidiado, refirieron pertenecer a los estratos socioeconómicos 2 y 3 y en algunos de los casos se manifestó el lugar de residencia fuera de Bogotá, lo cual implicaba una mayor inversión económica secundaria al cuidado de los niños.

Factores educativos: los informantes manifestaron contar con formación académica, la cual en su mayoría se encontró en niveles técnico y profesional y esto también les permitió garantizar una afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.



Factores biológicos: los informantes manifestaron saber el diagnóstico de los niños, el tiempo de enfermedad, tratamiento y pronóstico.

Una vez realizado el análisis de la información mediante la etnoenfermería, se identificaron cinco temas centrales de la investigación: ¿Cómo llevar a cabo la distracción multisensorial?, Definición del concepto de distracción multisensorial por los cuidadores informales, Participación del cuidador en la frecuencia del uso de la distracción multisensorial, Conocimientos sobre la necesidad de utilizar distracción multisensorial durante determinados momentos y, Efectos conocidos y percibidos por los cuidadores informales con el uso de la distracción multisensorial.

¿Cómo llevar a cabo la distracción multisensorial?: En este tema fueron evidentes patrones recurrentes como el uso de la distracción multisensorial mediante el uso de juegos, juguetes o manualidades, mediante la administración de alimentos y mediante el uso de nuevas tecnologías; se destacó la importancia que le otorgaban los informantes de acuerdo a sus influencias culturales, a la acción de distraer al niño durante su estancia hospitalaria como estrategia que permitía una mayor aceptación y tolerancia del tiempo que permanecieron internados en la institución mediante actividades como el juego y la recreación. Por otro lado, los informantes que refirieron realizar distracción mediante la administración de algún tipo de alimento, manifestaron haberlo hecho con el fin de disminuir la percepción de sensaciones desagradables producto de una estancia prolongada en el hospital, o como una especie de "premio" que describen los informantes quienes los brindan a los menores como motivación ya sea antes de un procedimiento invasivo o posterior a este y lo otorgaron como regalo por su buen comportamiento y permisividad a la realización de los mismos. Por último, los informantes refirieron que el uso de las nuevas tecnologías que hoy por hoy se han empleado en mayor frecuencia en la población infantil, han permitido que los niños hospitalizados olviden por un momento su situación actual de salud y los diferentes motivos por los que se encuentran internados y que en ocasiones sirvan de mayor utilidad al momento de realizar algún tipo de procedimiento asistencial. Ejemplo de esto son las siguientes narrativas de informantes clave:

E12 IC10 P6: "Sí, recién iniciamos, le llevaba rompecabezas, coloreábamos, jugábamos a escondidas acá en el hospital, más que todo en las partes cuando estuvo hospitalizada, eh, leía también y armaba rompecabezas porque le fascina armar rompecabezas"

E1 IC1 P8: "A veces ... a veces no, a veces yo le doy cosas que le guste a él como una gomita me toca "mira ... mira" o "vamos a ir a fuera jugar con el balón un poquito"

E13 IC11 P11: "Pues cuando le hacen cualquier procedimiento pues a él también le gusta mirar sus videos en el celular, ahí se distrae y así sucesivamente"

Definición del concepto de distracción multisensorial por los cuidadores informales: aunque la distracción multisensorial es un fenómeno al cual han recurrido los informantes de generación en generación, al solicitarles describir lo que comprendían con este concepto, manifestaron confusión, por lo cual se tuvieron que realizar preguntas que pudieran orientarlos, de esta manera los informantes realizaron una reflexión personal y reconocieron la distracción multisensorial como un elemento fundamental que hace parte de sus experiencias de cuidado emic. Ejemplo de esto son las siguientes narrativas de informantes clave:



E13 IC11 P7: "Bueno distracción, para mí, o para mi hijo es, tenerlo como ocupado en algo ¿sí? Puede ser haciendo tareas, puede ser estar jugando con sus carros que eso es lo que a él le gusta, colorear, hacer figuras que eso es lo que a él le gusta, es distracción"

E12 IC10 P5: "¿Multisensorial? No sé, como un juego práctico o buscar la manera de que ella tenga la mente ocupada en otra cosa y no en que diario tiene que estar aquí hospitalizada, o le tengan que estar pasando medicamento y chuzándola cada nada, sería para mí"

Participación del cuidador en la frecuencia del uso de la distracción multisensorial: en este tema se hicieron evidentes patrones recurrentes en cuanto a la frecuencia con la que los informantes, de acuerdo a sus experiencias enmarcadas mediante un impacto cultural influenciado por su origen geográfico, recurren al uso de la distracción multisensorial mediante las manifestaciones verbales sobre su utilidad, la cual también se ve influenciada por el grupo etario que este cursando el menor, adicionalmente atribuyen a los niños mayor sensación de tranquilidad cuando se realiza alguna actividad, o simplemente acciones simples como el hecho de tomarle de la mano al menor durante un procedimiento asistencial, ya que es considerado por los informantes como una actividad de distracción. Por otro lado, la frecuencia con la que los informantes recurren el uso de la distracción multisensorial como estrategia de cuidado en los pacientes pediátricos hospitalizados varía según el grupo etario en el que se encuentren, ya que los pacientes adolescentes, poseen sus propias preferencias en distracción. Ejemplo de esto son las siguientes narrativas en entrevistas a un informante clave y un informante general:

E13 IC11 P10: "Lo abrazo fuerte, le digo "papi tiene que ser fuerte" ... a veces jugamos a cualquier cosita, y lo distraigo para su procedimiento"

E2 IG1 P5: "Pues, ¿distracción? como le digo como ... ya es grande, él ya no se distrae con, con juegos así ya"

Conocimientos sobre la necesidad de utilizar distracción multisensorial durante determinados momentos: se encontraron como patrones recurrentes con los cuales los informantes recurrían mayormente al uso de la distracción multisensorial en procedimientos como la administración de medicamentos, en el cual se encontraban incluidos medicamentos citotóxicos y la realización de procedimientos invasivos y no invasivos, entre los que se incluyeron procedimientos de radiología. Adicionalmente, uno de los procedimientos realizados por el personal asistencial referido por los informantes que les generó mayor disconfort a los niños y con el cual debieron recurrir a la

realización de múltiples estrategias de distracción fue la administración de quimioterapia, en especial cuando se administró por vía intratecal, ya que no solo implicó la punción y administración del citotóxico, sino que requirió un proceso de preparación del menor desde el día anterior pues fue necesario cumplir varias horas de ayuno para la realización del mismo y cuidados posteriores al procedimiento. Ejemplo de esto son las siguientes narrativas de entrevistas a un informante clave y en el grupo focal con informantes generales:

E13 IC11 P12: "Cuando le hacen las venopunciones, o cuando le hacen la intratecal que es la más pesadita, cuando él se levanta me dice ¡mamá yo tengo mucha hambre! Y yo le digo "papi tiene que tener paciencia porque el procedimiento tiene que ser sin comer nada" y pues ya a él a veces le da como mucha rabia le digo que tiene que tener calma"

GF2 IG3 P26: "En el caso mío, por ejemplo, yo le explico a él que lo van a canalizar, lo van a chuzar por tal y tal cosa, que es por el bien de él y pues ... o sea él es consciente de lo que le van a hacer y él o sea no ... no pone ningún problema por eso"

GF2 IG2 P30: "Ah ... si, yo le coloco la Tablet así, que día que lo iban a canalizar ... para que él lo mirara, o sea ... yo le coloque juguitos a él para que él se distrajera un poquito, pero jumm"

Efectos conocidos y percibidos por los cuidadores informales con el uso de la distracción multisensorial: se encontraron patrones recurrentes que justificaron el uso de la distracción multisensorial, como favorecer la realización de procedimientos al fortalecer la empatía de los niños con el personal asistencial, lo cual permitió una mejor comunicación. Por otro lado, se encontraron descriptores de algunos informantes, quienes expresaron que el uso de la distracción no les representó ventajas significativas y esto estuvo relacionado con el grupo etario, pues el uso de la distracción multisensorial por cuidadores de adolescentes fue poco o nulo. De esta manera la acción de distraer, se convirtió en una expresión ética de cuidado que junto al ético de los profesionales de la salud a cargo del cuidado de los niños, no solo incluyó la dimensión física, sino que también incluyó el área emocional y la salud mental de los niños, reflejada en un fortalecimiento del vínculo y mejorando la comunicación familiar. Ejemplo de esto son las siguientes narrativas de informantes claves en un grupo focal y una entrevista:

GF3 IC2 P30: "Por ejemplo mi hijo es uno que se habla con la mayoría de personas y él ... le dice a la enfermera: "hola jefe como está" o sea él se siente contento de llegar acá. No es como ese miedo que me van a chuzar o algo, es la confianza".

E13 IC11 P9: "Si, para él sí ... eso es importante, distraerlos para que ellos no se enfoquen ... porque ellos están como en un encierro, a ellos toca distraerlos para que se sientan mejor ... tanto para ellos como para nosotras como mamás, es muy importante porque si uno ve que el niño está contento, esta alegre, pues uno también se siente igual. La distracción es muy importante para ellos ... la ansiedad si es algo que no se lo he podido quitar porque es algo que él está pasando y es durito y le da ansiedad para comer"

De esta manera las experiencias de cuidado con el uso de la distracción multisensorial desde el emic, se ven influenciadas por múltiples factores y situaciones, son proporcionadas de acuerdo a los conocimientos y habilidades de los cuidadores, quienes la realizan de acuerdo a las circunstancias en las que se encuentre el menor, la efectividad que le otorgue a la misma, su uso de generación en generación y el impacto cultural otorgado por sus influencias geográficas.

Discusión

Las experiencias culturales de los cuidadores informales que utilizaron distracción multisensorial en los pacientes con enfermedades oncológicas, evidencian un cuidado en la salud basado en dinámicas familiares que se desarrollan bajo principios enmarcados por su etnohistoria, cosmovisión e influencias geográficas que orientaron sus cuidados. Esto genera en enfermería, cuidados culturalmente congruentes, y ayuda a visualizar al ser humano como ser integral que vive dentro de una estructura social y cultural, misma que determina el estado de bienestar y salud (5), es por esto que dando continuidad al estudio, se destacaron cinco temas principales que permitieron dar respuesta al fenómeno de investigación.

Primer tema: ¿Cómo llevar a cabo la distracción multisensorial?, el cual se dividió en tres patrones recurrentes. El primero fue **Distracción mediante el uso de juegos, juguetes o manualidades**, este tema se relacionó con el estudio de Briñez y Gómez en 2020, quienes mencionaron que se ha demostrado que las técnicas de distracción son benéficas y oportunas sin embargo, es conveniente tener en cuenta las preferencias de distracción de los niños y los adolescentes pues esto favorece que las intervenciones que realiza enfermería, hagan que se mejore su afrontamiento al ser más personalizadas y terapéuticas (21). De igual forma, a través de éstas estrategias independiente de la edad, los pacientes no solo se distraen sino que aprenden y es así como López en 2016 recomendó utilizar técnicas lúdicas como: el uso del juego, la clownterapia, el dibujo, la arteterapia, así como modificaciones en el ambiente hospitalario (22). Con el objetivo de dar a conocer la importancia de la utilización de estas herramientas para ayudar a la enfermera en las estrategias de afrontamiento de los niños y a su vez favorecer la inclusión de la familia, aportando grandes beneficios en la calidad del cuidado del menor.

El segundo patrón recurrente fue **Distracción mediante la administración de alimentos**, esto con el fin de que culturalmente para algunos cuidadores, determinados productos comestibles contribuyen a mejorar el estado emocional, proporcionan tranquilidad, evocan un recuerdo positivo previo, generan tranquilidad o se logra un incentivo adicional, que genere expectativas tolerables ante la situación que está en proceso y que puede ser potencialmente recurrente. Esto es coherente con lo proporcionado por estudios que declaran que la sacarosa, tiene efectos analgésicos, en el que se disminuye el dolor en neonatos, permitiendo así una mejor realización de diferentes procedimientos y evitan así el sufrimiento innecesario en los bebés y sus familias, esto lo mencionó Rolón en su estudio en 2014 y Robaina en 2019, quienes además, concluyeron que es de gran ayuda el empleo de estrategias no farmacológicas para aliviar el dolor, potenciando su efecto con la administración de sacarosa oral (23,24).

Este tipo de estrategias de distracción proporcionaban múltiples beneficios y los informantes manifestaron tenerlas presentes en cualquier procedimiento ya sea diagnóstico o terapéutico y teniendo en cuenta la edad y preferencias de sus pacientes. Esto es coherente con el estudio realizado por Llorente en 2016, donde mencionó que se pueden aplicar diferentes métodos que incluyen: Lactancia materna, la presencia de la madre y el contacto piel a piel, estimulación táctil, imaginación guiada, información previa al procedimiento y sistemas de recompensa (23,25).

El tercer patrón recurrente fue Distracción Mediante el uso de nuevas tecnologías, dentro de los factores de la estructura social como lo son los factores tecnológicos propuestos por Leininger (5), aquí los cuidadores hicieron referencia a todas las nuevas formas de ocio que se encuentran en la sociedad actual en la que se mezclan los avances tecnológicos que favorecen el acercamiento entre la tecnología y los juguetes convencionales. Los informantes manifestaron que las nuevas tecnologías son una parte fundamental de la vida cotidiana, puesto que están presentes en todos los espacios en los que se relacionan, y además son de fácil alcance.

Por tal razón es pertinente mencionar que si bien son múltiples las ventajas no se debe desconocer las desventajas que conlleva el uso indiscriminado o sin límites de estas estrategias, ya que se ha demostrado que el uso descontrolado de la tecnología puede causar hiperactividad, estrés, ansiedad, depresión y la calidad y cantidad del sueño puede verse afectada por la forma en que se utilizan dichas estrategias (26). Por lo tanto, es recomendable que los cuidadores controlen correcta y oportunamente el tiempo que los niños en general hacen uso de los dispositivos tecnológicos pues aunque son didácticos, hay que saberlos utilizar.

Adicionalmente, es necesario controlar estas estrategias de cuidado cultural que utilizan los cuidadores, favoreciendo que sean un factor protector y no de riesgo ante las distintas y difíciles situaciones a las que se enfrentan durante el curso natural de las patologías con las que viven a diario. En este caso de acuerdo a Leininger en la teoría del cuidado de la cultura, por medio del facilitador del sol naciente, los profesionales de enfermería pueden proporcionar cuidados culturales de acomodación o negociación que permitan ofrecer alternativas de distracción mediante el uso de las nuevas tecnologías de manera responsable hacia los niños, con el fin de mitigar riesgos que se puedan presentar a largo plazo en el menor y puedan representar perjuicios en el futuro y generen un impacto negativo en salud pública (5,20).

Segundo tema: Definición del concepto de distracción multisensorial por los cuidadores informales, aquí el patrón recurrente que se encontró fue **Conocimiento del estímulo sensorial a través de los sentidos** y los cuidadores informales manifestaron que mediante el conocimiento pleno que tienen sobre los pacientes y la cultura en la que están inmersos, intentan desviar la atención de la realidad actual en que se encuentran sus pacientes a través de múltiples instrumentos estimulando más de un sentido a la vez, con el objetivo de que el procedimiento, examen o situación en la que se encuentren, se realice de la forma más tranquila posible y menos traumática para el menor; lo anterior es compatible con el estudio de Sánchez et al, en 2022, donde mencionó que mediante el uso de estrategias de distracción se incentiva a dar respuestas de afrontamiento que conllevan a la adaptación del niño y adolescente a su entorno oncológico (27).

El segundo patrón recurrente inmerso en esta subcategoría, fue el **Desconocimiento del concepto por los cuidadores, puesto que los cuidadores** basados en su cultura, sus conocimientos propios y los adquiridos durante sus experiencias de cuidado en el transcurso de la vida y con el firme propósito de brindar confort y felicidad a sus pacientes, desde el inicio del día hasta que termina, se enfocan en proveer atenciones específicas con el fin de preservar y hacer más soportable la vida de sus pequeños, en la mayoría de estas actividades la distracción multisensorial es el recurso más oportuno y menos infalible; pese a esto muchos informantes desconocieron el nombre de la actividad que realmente hacían y les resultó difícil de definir su concepto y la asociación que había entre las estrategias que realizaban.

Tercer tema: Participación del cuidador en la frecuencia del uso de la distracción multisensorial, en esta investigación se encontró una dualidad entre el conocimiento y desconocimiento que poseen los cuidadores, pues por un lado se identificó que dado la falta de oportunidades o la falta de promoción e implementación de la distracción multisensorial hay informantes que manifestaron desconocer la importancia de su ejecución y sugirieron no tener mucho interés en desarrollarla con sus pacientes ni necesitarla a lo largo de sus procesos.

Sin embargo, otra población de informantes manifestó que la distracción multisensorial les resultó muy útil ante las diferentes situaciones en las que los niños necesitaron la realización de procedimientos asistenciales invasivos, y requirieron distraerse de su entorno actual con el fin de tolerarla de la mejor forma, esto con resultados siempre favorecedores tanto para los niños como para los cuidadores mismos; coherente con Sánchez et al, en 2022 quienes consideraron conveniente la estimulación de los sentidos para incrementar su función, y conseguir una mayor respuesta del usuario y un mejor conocimiento del medio y de sí mismo (28).

Cuarto tema: Conocimientos sobre la necesidad de utilizar distracción multisensorial durante determinados momentos, en esta investigación se pudo apreciar que los informantes conocían ampliamente que procedimientos o situaciones eran las más complejas y requerían una intervención pertinente mediante el uso de estrategias de distracción multisensorial, ya que debido al amplio conocimiento sobre sus pacientes y de acuerdo a las edades, tradiciones, influencia cultural y costumbres era lo que mejor y menos traumático les resultaba. En general todos convergieron en que no solo son procedimientos, sino procesos en los que es conveniente recurrir e intervenir con las mencionadas ampliamente estrategias de distracción multisensorial, pues son muchas las situaciones en conjunto que requieren de una atención integral y holística que a su vez mejore la calidad de vida, mitigue el dolor y el sufrimiento de sus pacientes, que sumado a la condición clínica que ya vienen padeciendo, sus familiares consideraron que es innecesario un sufrimiento adicional relacionado con intervenciones asistenciales.

Los informantes describieron una amplia gama de procedimientos relacionados tanto con la administración de medicamentos, incluyendo los citotóxicos, medios diagnósticos, tratamientos invasivos y no invasivos, los principales fueron: Las venopunciones para administración de líquidos endovenosos, administración de medicamentos en infusión continua/intermitente, toma de paraclínicos en sangre, habilitación de catéteres implantados, catéteres centrales, curación de catéteres, cambios de equipos de infusión según protocolo; también se incluyó la realización de procedimientos no invasivos como control de signos vitales, electrocardiogramas, procedimientos de radiología, entre otros.

Quinto tema: Efectos conocidos y percibidos por los cuidadores informales con el uso de la distracción multisensorial, en este último tema, se encontró que de forma repetitiva los informantes avalaron la implicación de la distracción multisensorial durante los diferentes procesos hospitalarios a los que se ven sometidos sus pacientes pediátricos, justificando que son más las ventajas que las desventajas que se pueden apreciar, pues no solo ayuda a que los procedimientos realizados por los profesionales de la salud sean más amigables y menos traumáticos los procesos, sino que fortalecen los vínculos enfermera - paciente - familia y promueve la comunicación asertiva, reforzando la necesidad de optimizar en el equipo de enfermería al reconocer el valor de la cultura inmerso en el grupo de cuidadores, se encuentren en la capacidad de ofrecer servicios de calidad y la empatía del cuidado, como un recurso innovador y esperanzador en cada proceso, convirtiendo de igual forma cada situación en transformaciones recíprocas. Coherente con diversos estudios donde resaltaron el principio de la atención centrada en la familia, el enfermero planifica su atención alrededor de toda la familia, fomentando la participación de los padres y cuidadores en los cuidados durante la hospitalización, dado que las intervenciones de apoyo a la adaptación repercuten en la reducción de efectos negativos tanto en los niños como sus padres, aumentan la capacidad de los padres para participar en el cuidado de los niños, recibir información y permitirles participar en la toma de decisiones compartidas (30–32).

De esta manera, a través del desarrollo de estos cinco temas principales que definieron el fenómeno de investigación, el estudio permitió dar voz a los informantes, quienes pudieron manifestar sus múltiples expresiones de cuidado, influenciadas por la cultura, la transmisión de cuidados de generación en generación y su impacto geográfico pues en su mayoría, los informantes provenían de diferentes zonas del país y de esta manera proporcionaron diversas estrategias de cuidado que realizaron de manera empírica orientadas a brindar una mejor calidad de vida en los niños mediante una gran variedad de estrategias, que permitieron transmitir comodidad y confort a través de la disminución de sensaciones desagradables como lo son el estrés, la ansiedad, la angustia, el miedo, el dolor, entre otras sensaciones que se pudieron manifestar como producto de una estancia prolongada y/o recurrente en una institución de salud, de acuerdo a las diversas condiciones clínicas que los niños presenten. Esto permitió evidenciar el alto valor que tiene la cultura en sus distintas expresiones emic, que permitieron organizar de manera coherente los cuidados de enfermería desde el étic y evitar caer en prácticas etnocentristas.

Lo anterior permitió destacar el valor de la investigación cualitativa inmerso desde un enfoque holístico y bajo el principio de la transculturalidad, estableciendo cuidados culturalmente congruentes que promuevan la salud y bienestar de individuos, familias y comunidades, que permita a los futuros profesionales desde la academia, generar más investigaciones que contribuyan a enriquecer el fenómeno de la distracción multisensorial desde distintos ámbitos y obtener aportes valiosos al conocimiento, enfocados en el contexto cultural de los informantes.

Conclusiones

Para la disciplina de enfermería, es de gran importancia fortalecer la relación fundamental y única que existe entre enfermero-paciente y más aún si este es un paciente pediátrico con necesidades específicas de cuidado y se encuentra en una situación de extrema vulnerabilidad como lo es al enfrentarse a una patología oncológica.

Al reconocer las experiencias culturales de cuidadores informales con el uso de la distracción multisensorial en pacientes pediátricos con patologías oncológicas, se pudieron identificar los múltiples recursos con los que contaban los cuidadores encaminados a brindar medidas de confort y bienestar a sus niños, las cuales variaron de acuerdo a la edad del menor y sus preferencias de acuerdo a las influencias culturales que poseían.

Conflicto de intereses:

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.



Referencias

1. Alberti M, Menchaca A. Cuidados paliativos en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos: EBSCOhost [Internet]. [citado 11 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://web-a-ebscobhost-com.ezproxy.javeriana.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=05505689-1e64-4cf5-a12b-00fcfb62f062%40sessionmgr4008>
2. Chavarro CA, Triana LF, Garcia X. Cuidado paliativo pediátrico. [Internet]. [citado 11 de noviembre de 2021]. *Pediatr.* 2017;50:82-49. Disponible en: <https://doi.org/10.14295/pediatr.v50i4.89>
3. Rodríguez Rodríguez JE, Sanchez Garcia I, De la Rosa Roch B, Fernández-Marcote Martínez B, Pulido García MT, Gómez Rodríguez M, et al. Factores asociados al éxito en la primera punción o canalización venosa en urgencias pediátricas. *Metas Enferm.* diciembre de 2017;5-14. Disponible en: *Metas de enfermería*, ISSN 1138-7262, Vol. 20, No. 10, 2017, pág. 2.
4. Dos Santos Souza MC, Garcia Jaramillo R, da Silva Borges M. Confort de los pacientes en cuidados paliativos: una revisión integradora: Comfort of patients in palliative care: an integrative review. *Conforto de pacientes em cuidados paliativos: revisão integrativa.* enero de 2021;20(1):420-34. Disponible en: DOI: 10.6018/eglobal.420751.
5. Leininger MM, McFarland MR. *Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory.* Jones & Bartlett Learning; 2006. 436 p. ISBN 978-0-7637-3437-4.
6. Mcfarland MR, Wehbe-Alamah HB. La teoría de Leininger de la cultura cuida la diversidad y la universalidad: una visión general con una retrospectiva histórica y una mirada hacia el futuro. *J Transcult Nurs.* 1 de noviembre de 2019;30(6):540-57.
7. Mcfarland MR, Mixer SJ, Wehbe-Alamah H, Burk R. Etnoenfermería: un método de investigación cualitativa para estudiar la atención culturalmente competente en todas las disciplinas. *International Journal of Qualitative Methods.* 1 de julio de 2012;11(3):259-79.
8. Alligood MR. *Nursing Theorists and Their Work - E-Book.* Elsevier Health Sciences; 2017. 618 p. ISBN 978-0-323-40219-4.
9. Experiencias culturales de cuidadores informales que utilizaron distracción multisensorial pediátrica en pacientes con enfermedad oncológica.pdf [Internet]. [citado 5 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/63669/experiencias%20culturales%20de%20cuidadores%20informales%20que%20utilizaron%20distraccio%cc%81n%20multisensorial%20pedia%cc%81trica%20e%20n%20pacientes%20con%20enfermedad%20oncolo%cc%81gica.pdf?sequence=2&isallowed=y>
10. Diseño de estudios transversales | Metodología de la investigación, bioestadística y bioinformática en ciencias médicas y de la salud, 2e | accessmedicina | mcgraw Hill Medical [Internet]. [citado 16 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://accessmedicina-mhmedical-com.ezproxy.javeriana.edu.co/content.aspx?Bookid=1721§ionid=115929954#115930038>

11. Hernández Sampieri et al. - 2014 - Metodología de la investigación.pdf [Internet]. [citado 16 de noviembre de 2021]. Disponible en: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
12. Garrido N, Garrido N. EL Método de James Spradley en la investigación cualitativa. *Enfermería: Cuidados Humanizados*. Octubre de 2017;6(SPE):37-42.
13. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P, Méndez Valencia S, Mendoza Torres CP. *Metodología de la investigación*. Mexico, D.F.: mcgrawhill; 2014.
14. Ariza KJB. Experiencias de cuidado desde lo cultural, de personas con diabetes Mellitus tipo II en el contexto familiar. Ibagué, 2012- 2014. 2014;135. [Internet]. [citado 17 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/11487/Karol%20Johanna%20Briñez%20Ariza%20%28tesis%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. [citado 17 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 008430 de 1993 [Internet]. [citado 17 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.urosario.edu.co/Escuela-Medicina/Investigacion/Documentos-de-interes/Files/resolucion_008430_1993.pdf
17. Ley 911 de 2004 [Internet]. [citado 28 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf
18. Hernández Agudelo MG, Alonso Mayorga M, Suarez Hurtado D, Téllez Pedraza M. Prácticas de cuidado cultural para manejo del dolor en el hogar en personas con diagnóstico oncológico, HUSI, 2020 [Internet]. Pontificia Universidad Javeriana; 2020 [citado 23 de julio de 2023]. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/49982>
19. Gibbs G. *El análisis de datos en investigación cualitativa*. Ediciones Morata; 2012. 196 p. [citado 23 de julio de 2023]. ISBN 978-84-7112-685-6.
20. Rohrbach-Viadas C. Introducción a la teoría de los cuidados culturales enfermeros, de la diversidad y la universalidad de Madeleine Leininger II (Gráfico explicativo del modelo del sol naciente de Leininger). *Cuid* [Internet]. 1998 [citado 30 de noviembre de 2021];(04). Disponible en: <http://hdl.handle.net/10045/5200>
21. Brinez K, Gomez M. Preferencias en distracción de niños con cáncer. En 2020. p. 26-42. [citado 2 de agosto de 2023]. DOI: 10.36367/ntqr.3
22. Alcolea MT. Estrategias de adaptación a la hospitalización en niños preescolares. Universidad Autónoma de Madrid (2016). Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/674941/lopez_lopez_patriciatfg.pdf?sequence=1
23. Robaina Castellanos GR, Pérez Llorca L, Riesgo Rodríguez S de la C. Efectividad de un protocolo para la atención del dolor en neonatos menores de 1 500 gramos: Effectiveness of a protocol for pain management in newborns with less than 1 500 grams. *Revista Cubana de Pediatría*. Abril de 2019;91(2):1-20.
24. Riquelme OYR. Efectividad de la sacarosa ante procedimientos dolorosos en el recién nacido. [Internet]. [citado 18 de junio de 2021]. Disponible en: https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/4111/Rolon_Riquelme_Olga_Yolanda.pdf?sequence=1&isAllowed=y
25. Llorente LM. Manejo del Dolor infantil por el profesional de enfermería. Universidad de Valladolid (2016) [Internet]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17953/TFG-H466.pdf;jsessionid=2CC33A244F0A22F374FB04AAD73F8118?sequence=1>
26. Valentim PAP, Bacatum CMJ. Meios digitais OFF para um sono ON: intervenção de enfermagem comunitária no sono das crianças. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*. 17 de junio de 2022;12(38):292-7.

27. Avila MAS, Mena GKC, Bravo MPV, Ariza KJB. Resultados de distracción para el cuidado en oncología pediátrica desde la evidencia de enfermería: revisión integrativa. *Enfermería Global*. 1 de octubre de 2022;21(4):638-69.

28. López Sánchez C. Revisión bibliográfica sobre las distracciones como método para controlar el dolor en pacientes pediátricos durante las intervenciones de enfermería [Internet]. 2018. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/76454/1/Revision_bibliografica_sobre_las_distracciones_como_m_lopez_sanchez_cristina.pdf

29. Ortigosa J, Méndez F, Riquelme A. Afrontamiento psicológico de los procedimientos médicos invasivos y dolorosos aplicados para el tratamiento del cáncer infantil y adolescente: la perspectiva cognitivo-conductual. *Psicooncología*. 1 de enero de 2009;6.

30. Balbino FS, Balieiro MMFG, Mandetta MA. Measurement of Family-centered care perception and parental stress in a neonatal unit. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2016 [citado 15 de enero de 2023];24(0). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100376&lng=en&tlng=en

31. Pérez Giraldo B. El cuidado de la enfermería en familia: un reto para el siglo XXI. *Revista Aquichan*. Diciembre de 2002;2(1):24-6.

32. Torres-Ospina JN, Vanegas-Díaz CA, Yepes-Delgado CE. Atención centrada en el paciente y la familia en la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico del hospital Pablo Tobón Uribe, sistematización de la experiencia. *RGYPS* [Internet]. 19 de enero de 2017 [citado 15 de enero de 2023];15(31). Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/18231>





AMERICAN NURSES
CREDENTIALING CENTER



Fundación
Santa Fe de Bogotá