

ISSN 1692 - 407X

ISSN EN LÍNEA 2745 - 1097

Común **cuidado**

Revista de estudiantes de Enfermería

VOL. 22 #1 | 2022



Apoyan
Facultad de Enfermería
Programa Gestión de Proyectos
División de Acompañamiento Integral
Dirección de Bienestar
Sede Bogotá



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Comúncuidado

Revista de estudiantes de Enfermería

VOLUMEN 22 N° 1 | ISSN 1692 - 407X
ISSN EN LÍNEA 2745 - 1097

ESTA REVISTA ES UN ESPACIO DE DIVULGACIÓN DE CONOCIMIENTO, ACTIVIDADES ACADÉMICAS Y EXPRESIONES ARTÍSTICAS RELACIONADAS CON LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA, POR MEDIO DEL CUAL INCENTIVA LA PARTICIPACIÓN DE LOS ESTUDIANTES DEL PREGRADO EN ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA Y DE LOS DEMÁS PROGRAMAS DE ENFERMERÍA DEL PAÍS.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
CRA 45 N° 26 - 85 - EDIFICIO URIEL GUTIÉRREZ
SEDE BOGOTÁ
WWW.UNAL.EDU.CO

FACULTAD DE ENFERMERÍA
CIUDAD UNIVERSITARIA
CARRERA 30 CALLE 45 - EDIFICIO 228
DIRBIENES_FEBOG@UNAL.EDU.CO

CONTACTO DEL PROYECTO

RCOMCUID_FEBOG@UNAL.EDU.CO
@REVISTACOMUNCUIDADO
ISSUU.COM/GESTIONDEPROYECTOS

CONTACTO GESTIÓN DE PROYECTOS

PROYECTOUG_BOG@UNAL.EDU.CO
/GESTIONDEPROYECTOSUN
@PGP_UN
ISSUU.COM/GESTIONDEPROYECTOS

RECTORA

DOLLY MONTOKA CASTAÑO

VICERRECTOR · SEDE BOGOTÁ

JOSÉ ISMAEL PEÑA REYES

DECANA

GLORIA MÁBEL CARRILLO GONZÁLES

DIRECTOR DE BIENESTAR DE SEDE

OSCAR ARTURO OLIVEROS

JEFE DE LA DIVISIÓN DE ACOMPAÑAMIENTO INTEGRAL

ZULMA EDITH CAMARGO CANTOR

COORDINADOR PROGRAMA GESTIÓN DE PROYECTOS

WILLIAM GUTIERREZ MORENO

DIRECTORA DE BIENESTAR FACULTAD DE ENFERMERÍA

MARTHA PATRICIA BEJARANO

EQUIPO EDITORIAL

DOCENTE QUE ACOMPAÑA Y AVALA EL PROYECTO

ELIZABETH VARGAS ROSERO

COORDINACIÓN

MARIA EDITH GUTIERREZ AGUJA

PRE-EDICIÓN

KAREN BRIGITTE CARDOZO LÓPEZ (ED.)

ANDREA GONZÁLEZ GUERRA ACERO (ED.)

LENITH DANIELA CALDERÓN CÁRDENAS (ED. Y CCR)

VALENTINA SANTOYO ÁNGULO (ED. Y CCR)

PAULA ALEJANDRA OROZCO LEAL (ED. Y CCR)

LEANDRO GUARÍN MUÑOZ (CCR)

DANIELA MENDOZA TORRES (CCR)

INGRID KATHERINE PORTUGUÉS MORA (CCR)

KAREN VALENTINA MORENO TORRES (CCR)

SULY ALEJANDRA PINZÓN OSPINA (CCR)

JUAN SEBASTIÁN DEVIA VEGA (CCR)

CAROL XIOMARA JIMENEZ CASTAÑEDA (CCR)

SARA CALDERON RUIZ (CCR)

JOHANA LICETH ESPAÑA MUÑOZ (CCR)

KEVIN ANDRES LOAIZA DIAZ (CCR)

LIDIA ESTHER OOSTRA (CCR)

KAREN GUICELLA SEGURA CARRILLO (COL.)

LUIS ALEJANDRO CADENA GÓMEZ (COL.)

GERALDINE SOFIA ALAYON ROA (COL.)

IVONNE SOPHIA BONILLA BAJONERO (COL.)

[ED.: EDICIÓN :: CCR: COMITÉ DE CONTENIDO Y REDACCIÓN
:: COL.: COLABORADORES]

REVISIÓN DOCENTE

GLORIA MABEL CARRILLO GONZALES

DIANA CAROLINA MARTÍNEZ CAMPOS

YANIRA ASTRID RODRÍGUEZ HOLGUÍN

CLAUDIA ELENA ARÉVALO VENEGAS

JHON ALEXANDER PULIDO ACHAGUA

ANA MARITZA GÓMEZ OCHOA

NORIDIA RÁTIVA MARTÍNEZ

NATHALY RIVERA ROMERO

CORRECCIÓN DE ESTILO

MANUELA RONDÓN TRIANA (PGP)

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

ANDRÉS RAMOS (PGP)

PORTADA Y CONTRAPORTADA

GERALDINE SOFÍA ALAYÓN ROA

DERECHOS DE AUTOR Y LICENCIA DE DISTRIBUCIÓN:

ATRIBUCIÓN - NO COMERCIAL.

El material creado puede ser distribuido, copiado y exhibido por terceros si se muestra en los créditos.

NO SE PUEDE OBTENER NINGÚN BENEFICIO COMERCIAL.

LAS IDEAS Y OPINIONES PRESENTADAS EN LOS TEXTOS DE ESTA EDICIÓN SON RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DE SUS RESPECTIVOS AUTORES Y NO REFLEJAN NECESARIAMENTE LA OPINIÓN DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA.



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

CONTENIDO

CARTA AL LECTOR	6
COMITÉ EDITORIAL COMÚNCUIDADO	
ACERCA DE LA PORTADA: TRABAJANDO EN CONJUNTO LLEGAREMOS MÁS LEJOS	10
VALENTINA SANTOYO ANGULO	
NARRATIVA	
MARINEROS INQUEBRANTABLES	14
LUIS MIGUEL CÁRDENAS RODRÍGUEZ	
TE JURO POR DIOS QUE NO VUELVO A QUEDAR EMBARAZADA	16
CAROLINA SANDOVAL PRECIADO	
REVISIÓN NARRATIVA	
MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA, ALGUNOS SISTEMAS DE CARÁCTER INVASIVO A LOS NO INVASIVOS: UNA REVISIÓN NARRATIVA	22
GINETH PAOLA LLANOS TORRES	

REFLEXIÓN

DESAFÍOS DE SER ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA EN TIEMPOS DE COVID-19	30
BRAYAN FERNANDO CALIXTO ACOSTA	
DEL ESTIGMA DE LOS “INVISIBLES” AL RESPETO A QUIENES VIVEN EN SITUACIÓN DE CALLE	34
PAOLA PULGARÍN MONCADA	

INVESTIGACIÓN

EXPERIENCIAS DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA EN LA VIRTUALIDAD DURANTE LA PANDEMIA POR COVID 19	38
ASTRID TATIANA ÁLVAREZ VELOZA, HEIDY NAYIBE CARRIÓN AGUIRRE, DELGADO BENAVIDES JAZMIN PATRICIA Y 4 JULIO CESAR SANDOVAL MÉNDEZ	
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO EN EL PACIENTE CON INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA CARDIOVASCULAR	44
CASTAÑEDA RUIZ KAREN YULIETH, PABÓN QUEZADA ANGIE ROCÍO, VALERO MARTÍNEZ EMILY ALEXANDRA, BONILLA MARCIALES ADRIANA PATRICIA Y ARGUELLO DUARTE JOHN FREDDY	
CRITERIOS DE PUBLICACIÓN	53

CARTA AL LECTOR

COMITÉ EDITORIAL COMÚNCUIDADO

ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Desde la revista ComúnCuidado ponemos en sus manos el resultado del arduo trabajo de estudiantes de enfermería de todo el territorio colombiano. Es un gran logro poder, año tras año, dar una voz a aquellas producciones que se hacen desde el pregrado, esas narrativas que archivamos en un rincón olvidado de nuestro cuarto o tal vez ese artículo que nos parecía insignificante. Con este volumen queremos elevar la voz de los y las estudiantes, y reconocer el valor de sus historias, experiencias y logros.

Los aportes de los autores de este volumen son una muestra de todo aquello que el estudiante de pregrado experimenta, esas visiones que a través de los años se llenan de academia. Queremos promover la producción pura, esos primeros indicios de conocimiento que se dan en enfermería, esas historias de alguien que apenas comienza su recorrido, y el conocimiento diferente y fuera de la norma. También buscamos estimular la creatividad y reconocer las producciones de pregrado como algo valioso que aporta al conocimiento de la profesión.

Las labores de las y los enfermeros son las siguientes: “6. Ejercer responsabilidades y funciones de asistencia, gestión, administración, investigación, docencia, tanto en áreas generales como especializadas y aquellas conexas con la naturaleza de su ejercicio, tales como asesorías, consultorías y otras relacionadas (Ley 226/96, art.17). Teniendo en cuenta que, según la Ley 266 de 1996, entre las funciones y responsabilidades del profesional de enfermería se encuentran la asistencia y la investigación, construimos esta revista con la intención de cultivar el hábito y fortalecer las habilidades de investigación, redacción y publicación desde el pregrado. Por medio de este volumen, tenemos la oportunidad de acercar y familiarizar a los estudiantes de pregrado con el proceso investigativo, de divulgar y conocer su capacidad para la producción científica y tener una visión a futuro de los profesionales en formación como investigadores innovadores, capaces de vincular la investigación con las diferentes áreas de práctica.

Según la OMS, “La enfermería debe investigar para contribuir a que la población alcance estilos de vida saludables y una atención adecuada” (OMS, citada en Gómez, 2017)”. Sin embargo, nuestra disciplina se compone de cuatro pilares (administración, docencia, investigación, cuidado directo). Por tal motivo nosotros, enfermeros y enfermeras en formación y profesionales, somos quien elegimos en qué campo desempeñarnos. A pesar de eso, la investigación siempre es importante ya que es requerida en cada pilar por el hecho de generar nuevo conocimiento o mejorar las acciones ya planteadas en búsqueda de contribuir de manera positiva y segura al cuidado de los pacientes tanto individual como colectivamente. Asimismo, la investigación mejora nuestras habilidades dado que nos da a conocer la diversidad de nuestro ejercicio profesional.

Agradecemos a todos aquellos que se atreven a escribir y a publicar. Esperamos que este y los volúmenes que se publiquen en el futuro representen la voz de quienes soñamos con que lo que se nos enseña no se quede solo en las aulas, sino que logre trascender hasta las personas, las comunidades y la sociedad.

REFERENCIAS

- Gómez. "(2017). Editorial". La investigación en enfermería. "*Enfermería Ne-
frológica*, 20(1)". http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842017000100001&lng=es.
- Ley 266 de 1996. Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. 5 de febrero de 1996. D.O.42710

ACERCA DE LA PORTADA

TRABAJANDO EN CONJUNTO LLEGAREMOS MÁS LEJOS

VALENTINA SANTOYO ANGULO
VSANTOYO@UNAL.EDU.CO

ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA



NINGUNO DE NOSOTROS ES TAN LISTO COMO TODOS NOSOTROS.
KEN BLANCHARD

La formación en Enfermería, tanto a nivel internacional como nacional, tiene una larga trayectoria. En la Universidad Nacional de Colombia inició en 1920 con la conformación de la Escuela de Comadronas y Enfermeras (1920-1937), la cual fue sucedida por la Escuela Nacional de Enfermeras (1937-1944) y la Escuela Nacional Superior de Enfermeras (1944-1957). Posteriormente, se creó la Facultad de Enfermería (1958-presente), vinculada a la Universidad Nacional, que busca en la actualidad la formación de “[...] profesionales idóneos, con calidad humana y compromiso social con el país, a través de espacios de reflexión, intercambio e interacción interna y compartida con otras disciplinas [...]” (Facultad de Enfermería, s.f., párr.1).

El camino trazado por la Enfermería en la Universidad Nacional de Colombia, en el país y a nivel internacional es el resultado del trabajo, la dedicación y el esfuerzo en conjunto del gremio de Enfermería. Por su parte, la revista Comúncuidado, con sus 33 años de trayectoria, ha contribuido de manera significativa a la divulgación del conocimiento de los estudiantes de pregrado de Enfermería a nivel nacional. Esto ha sido posible gracias al esfuerzo de un grupo de alumnos interesados en el crecimiento y avance de la disciplina.

La revista Comúncuidado, con la portada del presente volumen, quiere reconocer el arduo trabajo de cada una de las personas que han dedicado gran parte de su vida al crecimiento y desarrollo de esta bella profesión y disciplina, frecuentemente trabajando en equipo para superar grandes retos. La Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, imagen representada en la portada, es uno de los ejemplos más claros de los logros que se pueden alcanzar cuando se integran fuerzas por un objetivo en común, pues la Facultad, desde sus inicios, ha sido reconocida como institución líder en el país y a nivel latinoamericano en la formación y desarrollo de la Enfermería. Con la presente ilustración se busca, además, animar al gremio de Enfermería a trabajar en conjunto y de manera transdisciplinar con otras profesiones, a reconocer que en grupo se alcanzan metas más grandes y se llega más lejos.

La portada fue elaborada en conjunto por estudiantes de Enfermería y Diseño Gráfico de la Universidad Nacional de Colombia. Queremos resaltar, en particular, la labor de Geraldine Sofia Alayon Roa y Sophia Bonilla Bajonero, diseñadoras gráficas en formación, que mostraron interés en el proyecto estudiantil y contribuyeron de manera especial al diseño editorial de la revista.

REFERENCIAS

Facultad de Enfermería (s.f.). Nuestra facultad. *Facultad de Enfermería Bogotá*.
<http://enfermeria.bogota.unal.edu.co/index.php?id=12>



NARRATIVA

MARINEROS INQUEBRANTABLES

LUIS MIGUEL CÁRDENAS RODRÍGUEZ
LUMCARDENASRO@UNAL.EDU.CO

ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

4.594, -74.088 son las coordenadas del nuevo viaje de nuestra tripulación, integrada por seis marineros, una capitana y un barco llamado “cuidado”. Antes de zarpar, en el puerto, escuchamos las historias de antiguos navegantes que han desembarcado en esta isla. Ellos hablan sobre el incierto porvenir de navegar en sus aguas profundas. Sin embargo, todo marinero se caracteriza por su valentía: para nosotros, las dificultades son vistas como oportunidades mediante el proceso dialéctico de la adaptación. La adaptación tiene como fin último la armonía. Los conflictos no pueden ser evitados, hay que afrontar las tensiones emergentes generadas por la contradicción de dos sistemas, el entorno y cada uno.

Después de un largo viaje, hemos llegado a Isla HOMI. Nuestra primera impresión fue la calma, pero, a medida que nos adentramos, empezamos a entender el porqué de los relatos de los antiguos navegantes. En esta isla las situaciones de sus habitantes son complejas. Ellos, como nosotros, son viajeros guiados e inspirados por la fortuna que ofrece el tesoro de Callista Roy. Según cuentan los relatos, quien descubra este tesoro alcanzará un óptimo nivel de adaptación y así podrá superar cualquier problema de adaptación mediante las respuestas correctas y evitando reacciones ineficaces. La búsqueda del tesoro es complicada para los habitantes debido a la falta de recursos para poder construir un buen barco. Estos viajeros alzan anclas desde la Isla HOMI en busca de aquel codiciado tesoro,

pero en el transcurso del viaje son puestos a prueba. Sin embargo, para suerte de ellos, no están solos, las banderas blancas y el símbolo de la lámpara de aceite siempre ondearán cuando hay una necesidad de cuidado.

Las aventuras están ahí, solo piden nacer. Nuestra andanza comienza al escuchar rumores sobre una tripulación integrada por dos navegantes, MB y SV. Ellos son marineros experimentados en las hostilidades y profundidades del incierto océano. MB es la capitana, cuidadora principal y madre de SV. Ambos están sumergidos en un modo físico/ fisiológico de interdependencia y adaptación. Dada la condición de SV, batallan desde su nacimiento. La única compañía de MB es Dios y su hijo, dado que la otra parte de su tripulación (sus otros dos hijos y su esposo) no puede llegar a la isla porque la totalidad del botín ha sido gastada para que MB y SV se dirijan a isla HOMI en busca de las coordenadas del tesoro de Roy. Nos ponemos en marcha. El cuidado es la necesidad. Es costumbre entre viajeros anunciarse y esperar la señal para hacer el transbordo.

Nos presentamos con algo de temor, pero, para nuestra sorpresa, MB da su visto bueno para que vayamos en su nave. Entramos y conocemos la fuente de inspiración de la capitana: SV, un niño de un año con retraso del desarrollo (MG: 3, MF: 5, AL: 1, PS: 1), usuario de traqueotomía y gastrostomía a causa de su prematuridad. La expresión profunda de los ojos melancólicos de la capitana deja ver su cansancio, mientras que SV expresa su inocencia por medio de una sonrisa. MB es una capitana experimentada. Su primer viaje fue zarpar de tierras venezolanas y, durante él, se enfrentó a una tempestad que dejó como consecuencia la pérdida de un tripulante, uno de sus hijos (UCR).

Nuestra tripulación ha quedado intrigada ante la primera impresión. ¿Habrá cansancio del cuidador? Al día siguiente, para salir de dudas, se aplica la escala ZARIT. La interpretación numérica (63 pts.) arroja una sobrecarga intensa. No es sorpresa, MB ejerce la mayoría de las actividades de cuidado sola, pues su esposo trabaja para mantener la nave y a sus tripulantes, por lo que el tiempo que dedica a ayudarla con el cuidado es escaso. Además, es madre de dos hijos más, por lo que las responsabilidades sobrepasan la disponibilidad de tiempo y energía. Ante tal situación, la tripulación solo siente respeto y empatía. A pesar de lo cambiante de las mareas, la capitana ha mantenido a flote

su nave y tripulación pues sus cuidados con las ostomías son de admirar. Para poder enfrentar los choques de las olas y la inestabilidad causada por los fuertes vientos, se necesita una gran fuerza espiritual que sostenga el timón. Esta fuerza nace de un amor inconmensurable como madre y de sus convicciones que se nutren de su fe en Dios. El naufragio siempre será evitado, para eso se libra una batalla. Toda batalla deja cicatrices, pero hay cicatrices que se llevan con orgullo pues representan el precio de una gran victoria. MB, a pesar de estar cansada, se siente reconfortada al ver el progreso de SV.

La tripulación ha decidido actuar. No daremos las coordenadas del tesoro de Roy pues no se encuentran en los libros, se hallan navegando en aguas profundas. Sin embargo, en el camino hemos conocido pequeñas islas que contienen pistas. Indicamos la ruta a isla Orem, donde ellos podrán tomar un descanso. Antes de emprender su viaje, daremos unas pautas de cuidado por medio de material didáctico que tiene como cimiento la psicoterapia. Haremos énfasis en la paciencia porque no hay mejor amigo de la adaptación que esta: soportar algo sin alterarse, no traicionar ideales y luchar por lo que realmente queremos son los componentes esenciales para librar la batalla y resultar vencedores ante la embestida del océano. Asimismo, buscamos estabilizar su timón, basándonos en la resiliencia para que su fuerza espiritual sea más vigorosa que los vientos y las olas tempestuosas que chocan su nave. Sin embargo, para que este descanso sea más completo, es pertinente abordar a toda la tripulación. En el caso de SV, se interviene en su retraso del crecimiento y desarrollo estimulando su tacto, visión y audición por medio del juego.

Es hora de partir. Los altos rangos han dado nuevas coordenadas: 4.648-74.095. Es incierto si volveremos a esta isla. Tal vez lo hagamos con otra tripulación y con otras banderas. Se alzan anclas, una nueva aventura comenzará.

TE JURO POR DIOS QUE NO VUELVO A QUEDAR EMBARAZADA

CAROLINA SANDOVAL PRECIADO
LSANDOVALP@UNAL.EDU.CO

ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Era una noche muy esperada porque ese día mi compañero y yo, finalmente, después de un año, volvíamos a la práctica clínica. Todo el camino repasamos lo que pudimos, pero nada me podría haber preparado lo suficiente para lo que venía.

Llegamos al hospital de Suba y fuimos muy bien recibidos tanto por la profesora como por el personal de turno. Yo fui asignada al *triage*. Eran las 8 de la noche cuando recibí a una joven de 22 años, YRM. Me atrajo su hermoso cabello de varios tonos azules. “Estoy que no aguanto”, me dijo mientras yo le ayudaba a retirarse la chaqueta para empezar con la valoración. Inicé por preguntar los datos básicos: 40 semanas de embarazo cumplía ese día y sentía mucho dolor desde las 6 p.m. Mientras estuvo conmigo en el *triage*, tuvo dos contracciones; en la segunda, aproveché para hacerle un masaje en la espalda baja y hablamos de que probablemente yo estaría en su parto. Me contó que era esteticista y que vivía con su pareja desde hacía dos años. Él trabajaba como independiente y la situación económica no era fácil. Por eso estaba afiliada al plan subsidiado de salud y, aunque no planearon tener a su bebé en ese momento, sí quería ser madre tarde o temprano. En seguida la pase a la monitoria. Cuando hacía las maniobras, le pregunté si sabía el sexo del bebé. Me dijo que era una niña de nombre Zahira, como una princesa africana. Pese al dolor propio de las contracciones, YRM se mostraba colaboradora y atenta a todo lo que se le indicaba. En ese momento fui a la sala de cirugía, donde había una cesárea en progreso, procedimiento que no podía perderme. Aproveché para dar informe a mi profesora sobre mi paciente, que ya estaba en monitoreo.

Cuando regresé a la sala de monitoria, encontré la ropa, zapatos y la camilla de mi paciente con sangre. De ella no sabía nada, la busqué y la encontré en la sala de trabajo de parto completamente desnuda rodeada de cinco estudiantes de medicina, que tomaban nota de lo que pasaba, y dos auxiliares de enfermería, que estaban enfocadas en los documentos en su escritorio. Lo único que la cubría eran las bandas del monitor sobre su barriga. Tenía las piernas separadas y se retorció del dolor. YRM me miraba entre sus contracciones yo trataba de acercarme. La situación me hizo reflexionar sobre el miedo, la ansiedad y la angustia del momento del parto; sobre el no saber y, en particular, sobre no tener el control de lo que pasa (ya que la dinámica del parto cambia constantemente). Pensé todas mujeres que hemos decidido ser madres conocemos estos sentimientos. Sentí, además, que yo era parte de este momento crucial de su vida; era claro para mí que tenía la oportunidad de brindarle apoyo y ayudarla a que la experiencia de traer a su princesa al mundo se volviera un buen recuerdo. Pronto llegó la ginecóloga, hizo el tacto y determinó 9/10 de dilatación. Con fuerza llamó a la residente, quien también hizo el tacto. “En dos horas está lista”, dijo la médica. Yo me retiré porque pensé que ya había demasiado personal en la sala.

Luego de dos horas volví. YRM estaba muy dolorida, aún desnuda. Tenía sangrado, pero parecía que a nadie dentro de la sala le preocupaba cómo estaba, cómo se sentía. Ella me miró, pero una nueva contracción la hizo girar fuertemente, el tocotransductor se desalineó y una auxiliar le dijo “¡quédate quieta que mira lo que haces!”. YRM se disculpó. En ese momento éramos dos estudiantes de enfermería, mi profesora, cinco estudiantes de medicina, la ginecóloga, la residente, la jefe del servicio y dos auxiliares.

YRM empezó a pujar. Era obvio que no lo hacía de manera correcta, iniciaba el pujo sin respiración y lo terminaba en un grito. La jefe le dijo: “no haga así, ¿no ve que se le devuelve el niño?, puje bien”. Después de varios pujos, fue la ginecóloga que prosiguió con el reproche: “el bebé no baja porque tú no pujas bien, tienes que pujar bien”. Luego la auxiliar y dos estudiantes de medicina continuaron con las frases desmotivadoras. Yo pensé: “¿en serio? Si ella no sabe, ¿por qué nadie le enseña?”. Parece que mi pensamiento llegó a mi profesora que se apersonó de la situación. De manera amable y suave se dirigió a YRM, le preguntó el

nombre y así la llamó mientras le indicaba la forma correcta de pujar. La felicitó después que lo hizo bien y la alentó a continuar de la misma manera. Después de tres o cuatro pujos correctos, la ginecóloga dio el orden de traslado a sala de parto. Junto a mi compañera y la profesora, trasladamos a YRM a la sala. Ella continuaba desnuda. Todos en la sala se preparaban para el parto, se acomodó a la paciente y comenzó la labor, pero no pasaba nada. Yo sentí que pasaron dos horas, pero en realidad solo fueron cinco minutos. No me imagino para ella cuánto tiempo habrá pasado.

La ginecóloga hizo un tacto: “no quiere bajar, ayuden con fuerza,” les indicó a las auxiliares. La jefe tomó de la mano a una de las auxiliares y con los brazos ambas hacían tracción y empujaban el vientre de YRM con fuerza mientras ella luchaba por pujar. “No baja, no quiere bajar, pásame la lidocaína”, dijo la ginecóloga, e inició con la episiotomía. Esta vez tres personas presionaban el vientre de YRM, cuyo rostro evidenciaba cansancio, dolor y, sobre todo, miedo. “No, definitivamente no baja. Eso es culpa suya por no hacer las cosas bien”, “mire a ver si puja o si no, se le ahoga ese bebé”, “toca pasarla a cesárea, usted no pudo con esto”, “¿sí ve lo que usted nos hace hacer? Esto se lo buscó usted por no ayudar”, “si no nace, es por su culpa” eran algunas de las frases que se le escuchaban al personal que se encontraba en la sala. Yo solo observaba desde la puerta.

La ginecóloga le hizo una seña a la instrumentadora. Ella le dio unos fórceps. Junto a la residente, introdujeron las valvas, y aún nada. Cuando lo hicieron por segunda vez, nuevamente tres personas presionaron el vientre, la ginecóloga usó los fórceps YRM pujó... Nada. Volvieron los reproches y los gritos. Esta vez eran tantos que no se sabía quién le hablaba peor a YRM. Ella lloraba y cada vez que paraba de pujar pedía perdón, pero eso no significaba nada. Luego llegó una segunda ginecóloga: “a ver, ¿qué pasó aquí?”. Realizó un tacto y se dirigió a la ginecóloga inicial: “mejor pase eso a cesárea, ya lleva mucho tiempo así, no le dé más tiempo, saque eso de una vez”. La ginecóloga inició la episiorrafia, y le dijo a la paciente: “tocó cesaría, mamita, usted no pudo con eso”. La paciente rompió en llanto y le pidió que no, pero las enfermeras presentes le gritaron “¿y qué quiere? ¿Que se le muera ese bebé?, ya le tocó, hija. Eso sí, ¿quién la manda a no pujar?”.

Mientras la preparaban para la sala de cirugía, opté por sentarme en la sala de espera. No sabía qué pensar, me sentía confundida, todo lo que sabía sobre parto se redujo a un montón de gritos e insultos, a la falta de empatía del personal que laboraba allí y que presenciaba todos los días ese milagro, pero que ya era tan común que no importaba uno más. Sentada, encontré a una de las estudiantes de medicina. Ella me miró y me dijo: “¿tú puedes creer esto?, yo espero nunca pasar por eso, esto es una salvajada”.

Finalmente, YRM pasó a sala de cirugía, continuaba desnuda y las contracciones seguían. La ginecóloga llamó a la anestesióloga. Esta contestó: “voy en cinco, estoy ocupada”. Llegó la anestesióloga y con ella un nuevo nivel de insultos, “¡a ver, hija, yo tengo una aguja en la mano, usted se va a hacer lastimar!”, “quédese quieta, señora, como la dejé”, “si usted lo que quiere es quedar inválida, no más dígame y yo le soluciono eso”, “mire, si lo que quiere es que la corten a carne viva, entonces yo no le pongo nada”. Todo el personal estaba en silencio, cada uno hacía lo suyo. La paciente estiró una mano y la jefe le gritó: “¿a usted qué le pasa? No me coja. ¡Contrólese, señora!”. YRM lloraba mientras trataba de aguantar la posición fetal para su anestesia, al tiempo que las contracciones llegaban. “¿Sí ve que sí podía quedarse quieta? Ahora ... ¡ya deje de llorar que nada le está doliendo!”, terminó la anestesióloga.

Todo cesa cuando YRM es anestesiada y amarrada. Pronto los campos estériles están sobre ella y luego hacen el primer corte. Después de tal vez tres minutos, se asoma una diminuta cabeza. El llanto Zahira llegó. Para mí, fue un alivio; estaba sana, rosada, se veía perfecta. Un breve vistazo a la nueva madre y Zahira fue trasladada para hacer la valoración. La pediatra se dirigió a YRM: “¿usted ni siquiera le empacó pañales?”. Ella le contestó mientras bajaba los campos como podía: “sí, señora, están en la parte de abajo”. “Me tocará buscar en otro lado, ¡la niña no tiene pañales!”, gritó muy molesta la pediatra.

Fuera de la sala nos reunimos los tres estudiantes de enfermería junto a la profesora. Ella nos manifestó que ese es el peor escenario: pasar por todo el proceso del parto y terminar en cesárea. Yo le dije: “profe, ¿y la humanización?”. Mi compañero acertó al decir: “acá eso no existe”. Cuando la sutura estaba terminada, me acerqué a YRM. Estaba transformada, su rostro no era el mismo, estaba pálida, su

hermoso cabello era un revoltijo, sus ojos estaban llenos de lágrimas. Me dijo: “¿dónde está mi bebé?”. Yo le dije que estaba en la unidad de recién nacidos, que allí estaba calentita y bien cuidada para que ella la pudiera tener cuando la pasaran a recuperación. Nosotros nos retiramos a descansar brevemente, volvimos para ver a YRM en recuperación.

Ella no se movía, me preguntó por sus cosas, yo le dije que su esposo había entrado y que se había llevado todo lo que había quedado en la sala de monitoria; el celular y la carpeta junto a su historia clínica estaban bajo la colchoneta de la camilla. “Tengo mucho frío”, exclamó. Solo estaba tapada con una diminuta sabana que no le cubría los pies. Mi compañera buscó prontamente una sábana adicional para cubrirla. Yo le tomaba los signos a YRM y en ese momento una auxiliar llegó con Zahira, vestida de traje rosa. Yo pensé: “bien así YRM se va a sentir más reconfortada”, pero no: la noche se cerró con broche de oro. La auxiliar se sentó con Zahira y empezó a darle fórmula. Mi compañero le preguntó: “¿por qué no se la pasas a la mamá para que le dé pecho?”, a lo que contestó: “de acá a que se pueda mover se le baja el azúcar a la bebé y ¿qué hacemos?, ya le tocó después”. Me acerqué a YRM, las lágrimas solo rodaban por su rostro, su llanto se había convertido en un reflejo. Le dije que tratara de dormir, que la bebé estaba en buenas manos, que todo pasaría, que descansara y que después podía disfrutar a su bebé. Acomodé su cabello para que no se quedara sobre su rostro y ella me tomó la mano, me susurro al oído: “te juro por Dios que no vuelvo a quedar embarazada”. Yo solo atiné a disfrazar una mueca con una sonrisa y le dije nuevamente que descansara.

YRM es muy joven y, aunque su hija no fue planeada, era obvio que era una bebé deseada y bien recibida por sus padres. Ella nunca renegó de su embarazo, no fue grosera, trató de colaborar con el personal y, dentro de sus posibilidades y en medio del miedo evidente del momento, siempre trató de hacer su parte. La pregunta es ¿todo esto era necesario, los gritos, las increpaciones, los insultos y amenazas? En la academia nos enseñan el sentido de la humanidad, pero llevarlo a la práctica parece una tarea titánica. En el marco de una violencia cultural contra la mujer, lo que debía convertirse un recuerdo maravilloso, terminó en una anécdota de terror y de control de la natalidad. YRM se cuestionó su derecho reproductivo e incluso le negaron alimentar por primera vez a su bebé.

¿Qué nos queda? Si podemos hacer algo, ese algo sería ser más humanos. Al escribir esto veo en mis pensamientos el rostro de YRM. Tal vez todo hubiese sido diferente si ese día el personal de atención hubiese sido otro, si el sitio hubiese sido otro, si la fecha de nacimiento hubiese sido otra, si tantas cosas hubiesen sido diferentes... Pero no fue así, nuestra profesión está llena de cosas bellas, apartarnos de nuestro sentir humano no debe ser de ninguna manera posible. La empatía y la escucha deben ser los pilares de las y los enfermeros. La dignidad de cada ser humano es tan preciosa como la vida misma y ser humanas y humanos en el trato a nuestros pacientes debe cada día convertirnos en mejores profesionales, en mejores personas.



REVISIÓN NARRATIVA

INTRODUCCIÓN

La monitorización hemodinámica ha permitido tener información sobre la fisiopatología de los pacientes mediante sensores que captan diferentes señales. Pese a que la información obtenida no es terapéutica, sí permite realizar un diagnóstico y guiar el tratamiento basado en objetivos en pacientes con inestabilidad hemodinámica (Ochagavía, *et al.*, 2014).

La evaluación del riesgo y del beneficio del sistema de monitorización seleccionado debe hacerse parte de un grupo interdisciplinar. Así mismo, la información obtenida debe ser procesada de manera integral con clínica del paciente y deben tenerse en cuenta todos los datos que se tengan disponibles. La evaluación es, entonces, un trabajo en equipo por parte del grupo de enfermería y de los médicos pues involucra el mantenimiento del dispositivo y la lectura acertada de datos.

Si hay una monitorización hemodinámica, esta debe ser de uso racional y con objetivos hemodinámicos concretos que conlleven beneficio al paciente; la monitoria sin ningún objetivo no supone un beneficio para el paciente (Gil, Monge y Baigorri, 2012). La monitorización no es una herramienta terapéutica, ya que esta, por sí misma, no influye en la evolución del paciente. Además, depende de factores como la fiabilidad del sistema de monitorización, la comprensión de las bases fisiológicas en las que se basa el dispositivo y la interpretación correcta de sus valores.

El catéter de arteria pulmonar (CAP) ha sido la herramienta fundamental durante décadas, considerada como el *gold standard* en la monitorización hemodinámica en Unidades de Cuidado Intensivo (UCI). Se ha usado en pacientes en estado crítico para soporte diagnóstico y orientación en el tratamiento, y ha ayudado a entender la fisiopatología hemodinámica (Mateu, *et al.*, 2012). Sin embargo, el uso del CAP ha descendido ya que en algunas revisiones no está asociado a beneficios en comparación con el uso de nuevas técnicas no invasivas o mínimamente invasivas; por el contrario, su uso aumenta las complicaciones relacionadas con arritmias auriculares, arritmias ventriculares, y alteraciones en la conducción cardiaca (Wheeler, *et al.*, 2006). Esto abre la puerta para un estudio con más profundidad de técnicas de monitorización de menor carácter invasivo que el CAP.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de revisión narrativa de la literatura, con búsqueda de términos como “monitorización hemodinámica”, “paciente crítico”, “parámetros hemodinámicos” en las bases de datos PubMed, Scielo y ScienceDirect, en español e inglés. Se obtuvieron inicialmente 24 resultados en PubMed, 31 en Scielo y 103 en ScienceDirect. A estos se aplicaron filtros de “full text/open access” como criterio de inclusión y, con la realización de la lectura de resúmenes, se seleccionaron 14 artículos. Se excluyeron, además, artículos anteriores al 2005.

RESULTADOS

Uno de los determinantes más importantes en la recuperación del paciente crítico es el transporte adecuado de oxígeno y nutrientes para llevar a cabo tareas básicas (Hernández y Salgado, 2016). Por este motivo, en muchos casos se evalúa la posibilidad de establecer una monitorización hemodinámica en pacientes críticos ya que esta nos proporciona información de cuidado al paciente con hipoperfusión y, en consecuencia, permite determinar las diferentes causas de la inestabilidad hemodinámica (Ochagavía y Baigorri, 2011). Esto, a su vez, permite realizar un seguimiento clínico al tratamiento pautado y evaluar su respuesta.

El uso del CAP, implementado en 1970 como herramienta diagnóstica de pacientes en UCI (Carrillo, Fiol y Rodríguez, 2010), permite determinar presiones intravasculares, como la presión de la arteria pulmonar, presión de la aurícula derecha, y presión de oclusión de la arteria pulmonar (Ochagavía y Baigorri, 2011). Se calcula el gasto cardíaco mediante el método de termodilución, que hace uso de la ecuación Stewart-Hamilton. El procedimiento consiste, en concreto, en el paso de un pequeño bolo de líquido (usualmente solución salina normal al 0.9 %) por el puerto proximal, el cual debe tener una temperatura inferior a la de la sangre para detectar los cambios que se presenten a lo largo del tiempo mediante la medición del flujo sanguíneo, gracias al termistor ubicado en el puerto distal del CAP. Se tiene, además, acceso a los volúmenes del ventrículo derecho y a la saturación venosa de oxígeno (SVO₂), que puede considerarse como uno de los mejores indicadores de la adecuación del aporte de oxígeno (Ochagavía A., *et al.*, 2014). Mientras se hace

el monitoreo, se deben considerar las necesidades metabólicas, que incrementan la extracción de oxígeno, causa de un descenso de la SVO₂, probablemente precedido de un aumento en el lactato sérico. El lactato con presencia elevada en sangre nos habla de hipoxemia celular y metabolismo anaerobio. Este método de monitorización hemodinámica es considerado de carácter invasivo.

El CAP ha caído en desuso, especialmente por las complicaciones potenciales. Como cualquier técnica de carácter invasivo, se ha asociado con incremento de infecciones, fenómenos tromboticos por usos prolongados, y riesgo de arritmias durante su inserción (Mateu, *et al.*, 2012).

El monitoreo hemodinámico mínimamente invasivo se ha desarrollado en las últimas décadas para lograr hacer una cuantificación del gasto cardiaco (GC). Actualmente encontramos varios tipos, pero todos poseen una característica en común: requieren la canalización de una arteria, es decir, se basan en el análisis del contorno de onda de pulso valiéndose de la formula enunciada por Otto Frank (Almela, *et al.*, 2015), la cual permite la estimación del Volumen Sistólico (VS) a través de las variaciones de la onda de pulso (Mateu, *et al.*, 2012). El GC se obtiene del producto del VS por la frecuencia de pulso, método que permite conocer de forma continua las variables de precarga, poscarga y contractilidad, además de calcular la Variabilidad de Presión de Pulso (VPP) o la Variabilidad del Volumen Sistólico (VVS). De tal manera, se orienta el tratamiento con líquidos y se evalúa la respuesta al volumen (Pérez, *et al.*, 2017; Scheeren y Ramsay, 2019). Encontramos en el mercado diversos sistemas disponibles que varían en la manera en que cada uno calibra el GC. Estas variaciones van desde el uso de onda de pulso arterial, algoritmos, modos de calibración y lugar anatómico donde se debe canalizar la arteria hasta los parámetros que analiza y su exactitud (Almela, *et al.*, 2015).

El sistema PiCCO® (PiCCO System, PULSION Medical Systems AG, Munich, Alemania — *pulse contour cardiac output*, gasto cardíaco por análisis del contorno de la onda de pulso) emplea la termodilución transpulmonar (TDTP), técnica que hace uso de una línea arterial femoral o axilar que, además de medir la presión arterial, posee un sensor de temperatura y un catéter venoso central (CVC) con la capacidad de medir la tem-

peratura de la solución que se inyecta. Por esto, el líquido a inyectar por el CVC debe tener una temperatura inferior a la de la sangre. Este cambio de temperatura en la sangre es identificado por el sensor de temperatura que posee la línea arterial, lo que permite obtener un valor del GC mediante la ecuación modificada de Stewart-Hamilton. Los resultados de este sistema en comparación con los de CAP han demostrado ser favorables (Vitón, Rego y Mena, 2021; García, *et al.*, 2011).

La obtención del GC mediante la técnica usada por el sistema LiDCO plus® (*lithium dilution cardiac output*, —gasto cardiaco por dilución de litio) es muy similar al procedimiento mencionado anteriormente. No obstante, tiene la marcada diferencia de que la medición del GC se hace por medio de una inyección mínima de cloruro de litio mediante un CVC, el cual es medido por un sensor ubicado en la línea arterial, con lo que se crea una curva similar a la de termodilución, que permite detectar el tiempo transcurrido desde su administración en el CVC hasta su llegada al sensor en la línea arterial (Mateu, *et al.*, 2012). Es de destacar que este sistema es menos invasivo pues no requiere imperativamente una vía de acceso venoso central dado que es suficiente la canalización arterial radial. Se establece el uso del litio ya que este no se encuentra de manera natural en el torrente sanguíneo. Cabe aclarar que no debe ser usado en pacientes con tratamiento instaurado con sales de litio y relajantes musculares no despolarizantes ya que genera errores en la determinación del GC (Vitón, Rego y Mena, 2021). Además, el sistema requiere calibración al menos cada 24 horas, pero es recomendable realizarla cada vez que en el paciente se produzca un cambio hemodinámico de importancia.

El sistema FloTrac®/Vigileo® (Edwards LifeSciences, Irvine, Estados Unidos), compuesto por el sensor FloTrac® y el monitor Vigileo®, hace uso de la medición de contorno de pulso arterial. A diferencia de los sistemas mencionados anteriormente, no requiere calibración externa, ya que se basa en factores correctivos como la presión arterial media (PAM) y en medidas antropométricas, como edad, sexo, peso y altura (Mateu, *et al.*, 2012). No requiere canalización de arteria de gran calibre, la arteria radial es suficiente; no precisa de CVC, pero, si se utiliza uno con fibra óptica, es capaz de realizar monitoria de la Saturación Venosa de CO₂ (SvCO₂) y Saturación de oxígeno a nivel de arte-

ria pulmonar o saturación venosa mixta. El sistema Flo-Trac®/Vigileo® permite evaluar la respuesta a la terapia hídrica; por ejemplo, si la terapia de líquidos es guiada por objetivos, en pacientes en shock permite identificar el tipo de shock, y evaluar la respuesta del paciente al tratamiento instaurado (Vitón, Rego y Mena, 2021). Sin embargo, presenta limitaciones de uso en casos de pacientes con distensibilidad arterial alterada (ya que se afecta la medición del GC, puesto que esta está basada en la morfología de la onda de la presión arterial) o con vasoconstricción periférica grave durante estados de shock o en hipotermia. En estos casos, debe considerarse una inserción arterial de mayor calibre, como la femoral. Además, el procedimiento no se encuentra validado para usar en pacientes con dispositivos de asistencia ventricular o balón de contrapulsación intraaórtico (García, *et al.*, 2011; Pérez, *et al.*, 2017).

El método utilizado por el sistema MostCare® de Vygon (Vytech, Padova, Italy) requiere un catéter arterial que puede ser radial, analiza los componentes de la onda de pulso con el uso del sistema analítico de registro de presión PRAM (pressure recording analytical method), calcula el VS para cada latido, obtiene el GC multiplicando el VS por la frecuencia cardíaca y no requiere calibración manual (Mateu, *et al.*, 2012).

El sistema Modelflow-Nexfin® (FMS, Amsterdam, Holanda) requiere de acceso de manera invasiva a una línea arterial para obtener el GC mediante análisis de onda de pulso; calcula el VS, la Resistencia Vascular sistémica (RVS), y un índice de contractilidad del ventrículo izquierdo. De manera no invasiva, hace uso de un manguito inflable en el dedo, el cual analiza la Presión de Pulso (PP) mediante pletismografía fotoeléctrica (Mateu, *et al.*, 2012).

Los métodos no invasivos son técnicas más recientes, que han sido desarrolladas para la medición del GC. El sistema NICOM® analiza los cambios de amplitud y frecuencia de los impulsos eléctricos que pasan por el tórax por los cambios en el volumen sanguíneo. La variación del flujo sanguíneo en grandes vasos puede producir cambios en el voltaje y en la impedancia eléctrica torácica, lo que genera parámetros que son traducidos en: GC, VS, RVS (Moreno, *et al.*, 2021). El sistema requiere el uso de cuatro parches adhesivos, que pueden ser ubicados en el tórax o de manera posterior.

La ecocardiografía y tecnología Doppler consiste en la emisión de ondas de sonido en frecuencia continua, que rebotan en los eritrocitos que se encuentran en continuo movimiento, lo que permite obtener una medida de flujo (Mateu, *et al.*, 2012). Así se consigue el GC de manera no invasiva y se ofrece amplia información hemodinámica. Por su parte, el sistema USCOM® utiliza la tecnología Doppler para obtener medidas de VS, hace uso de una sonda que emite ondas de sonido para hacer una valoración del flujo aórtico mediante un cálculo que involucra el peso y la talla del paciente (Cruz, *et al.*, 2018).

La ecocardiografía también consiste en ultrasonido. A pesar de no ser un sistema de monitorización continua, se realiza de manera rutinaria en el diagnóstico cardiológico, pues permite la evaluación morfológica y hemodinámica del paciente (Moreno, *et al.*, 2021).

Por último, la técnica esCCO es una técnica de monitoria hemodinámica que proporciona información sobre el GC a partir de datos obtenidos mediante ondas de electrocardiograma, curva pletismográfica de pulsioximetría y onda de pulso periférico, a través de la toma de presión arterial no invasiva. Realiza una correlación inversa entre el VS y el tiempo de tránsito de la onda de pulso (PWTT) (NIHON KOHDEN, 2021).

CONCLUSIONES

La monitorización hemodinámica se instaura con el objetivo de medir variables fisiológicas, para diagnosticar y tratar alteraciones de manera oportuna, y evitar complicaciones.

Existen diversos factores determinantes para la elección de sistemas de monitoría hemodinámica que deben ser individualizados. Se debe tener en cuenta la patología cursada, el posible tiempo de evolución, el conocimiento del equipo de salud sobre las bases fisiológicas del dispositivo y una adecuada interpretación de este; así como la disponibilidad, el costo y la efectividad.

Se evidencia una disminución del uso de CAP, que es reemplazado por métodos “mínimamente” invasivos, basados en algoritmos de análisis de contorno de pulso y que pueden ser combinados con técnicas de termodilución, empleo de características propias del paciente y calibración externa.

Existe un evidente avance tecnológico que permite la implementación de sistemas de monitorización hemodinámica de carácter no invasivo. Se ha logrado tener parámetros basados en algoritmos que no requieren medios invasivos para el paciente, los cuales aún se encuentran en estudios de validación clínica.

REFERENCIAS

- Almela, A., Millán, J., Alonso, J., y García, P. (2015). Monitorización hemodinámica no invasiva o mínimamente invasiva en el paciente crítico en los servicios de urgencias y emergencias. *Emergencias*, (27). <https://www.semes.org/wp-content/uploads/2019/06/articulo-monitores.pdf>
- Carrillo, A., Fiol, M., y Rodríguez. (2010). El papel del catéter de Swan-Ganz. *Medicina Intensiva*, 34(3), 203-214. DOI:10.1016/j.medin.2009.05.001
- Cruz, M., Carmona, A., Tapia, R., Nava, J., y Montelongo, F. (2018). Correlación de gasto cardiaco obtenido por termodilución y por monitor ultrasónico (USCOM) en pacientes con choque séptico. *Medicina Crítica*, 23(4), 191-200. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092018000400191
- García, X., Mateu, L., Maynar, J., Mercadal, J., Ochagavía, A., y Ferrandiz, A. (2011). Estimación del gasto cardíaco. Utilidad en la práctica clínica. Monitorización disponible invasiva y no invasiva. *Medicina Intensiva*, 35(9), 5522-561. DOI:10.1016/j.medin.2011.01.014
- Gil, A., Monge, M., y Baigorri, F. (2012). Evidencia de la utilidad de la monitorización hemodinámica en el paciente crítico. *Medicina Intensiva*, 36(9), 650-655. DOI:10.1016/j.medin.2012.06.004
- Hernández, G., y Salgado, J. (2016). Monitorización de la perfusión tisular en el paciente críticamente enfermo. *Revista científica ciencia médica*, 19(2). DOI:<https://doi.org/10.51581/rccm.v19i2.211>
- Mateu, M., Ferrándiz, A., Guartmoner de Vera, G., Mesquida, J., Sabatier, C., Poveda, Y., y García, X. (2012). Técnicas disponibles de monitorización hemodinámica. Ventajas y limitaciones. *Medicina Intensiva*, 36(6), 434-44. DOI:<https://dx.doi.org/dx.doi.org/10.1016/j.medin.2012.05.003>
- Moreno, N., Vélez, J., Campuzano, M., Zambrano, J., y Vera, R. (2021). Monitorización invasiva y no invasiva en pacientes ingresados a UCI. *Recimundo*, 5(3). DOI:10.26820/recimundo/5.(2).julio.2021.278-292
- Nihon Kohden. (2021). Tecnologías innovadoras. *NIHON KOHDEN*. <https://mx.nihonkohden.com/es/innovativetechnologies/escce/principleofescce.html>
- Ochagavía, A., Baigorri, F., Mesquida, J., Ayuela, J., Ferrándiz, A., García, X., Monge, M., Mateu, L., Sabatier, C., Clau-Terré, F., Vicho, R., Zapata, L., Maynar, J., Gil, A. (2014). Monitorización hemodinámica en el paciente crítico. Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Cuidados Intensivos Cardiológicos y RCP de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. *Medicina Intensiva*, 38(3), 154-169. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.medin.2013.10.006>
- Ochagavía, A., y Baigorri, F. (2011). Introducción de la serie «Puesta al día»: Monitorización hemodinámica en el paciente crítico. *Medicina Intensiva*, 35(8), 497-498. DOI:10.1016/j.medin.2010.10.004
- Pérez, Á., Linarte-Basilio, M., de León, M., Carrillo, R., y Briones-Garduño, J. (2017). Monitoreo hemodinámico no invasivo y mínimamente invasivo en la paciente obstétrica grave. *Medicina Crítica*, 31(5), 275-284. <http://www.scielo.org.mx/pdf/mccmmc/v31n5/2448-8909-mccmmc-31-05-275.pdf>
- Scheeren, T., y Ramsay, M. (2019). New Developments in Hemodynamic Monitoring.

Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia, 33(1), S67-S72. DOI: <https://doi.org/10.1053/j.jvca.2019.03.043>

Vitón, A., Rego, H., y Mena, V. (2021). Monitoreo hemodinámico en el paciente crítico. *CorSalud*, 13(2), 229-239. <http://scielo.sld.cu/pdf/cs/v13n2/2078-7170-cs-13-02-229.pdf>

Wheeler, A., Wiedemann, H., Bernard, G., Thompson, B., deBoisblanc, B., Connors, A., Hite, R. Harabin, A. (2006). *The New England journal of medicine*, 354(21), 2213-2224. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa061895>



REFLEXIÓN

DESAFÍOS DE SER ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA EN TIEMPOS DE COVID-19

BRAYAN FERNANDO CALIXTO ACOSTA
BFCALIXTOA@UNAL.EDU.CO

EGRESADO DEL PREGRADO DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Desde el descubrimiento del nuevo virus SARS-CoV-2 en la provincia de Wuhan, China, la humanidad ha debido enfrentar numerosos desafíos tanto de salud como económicos. En marzo del 2020, en Colombia, se dio inicio al aislamiento preventivo en todo el territorio. Como consecuencia, los centros educativos migraron sus actividades a la virtualidad. Las universidades y escuelas de enfermería no fueron la excepción, lo cual creó retos para la educación profesional y técnica.

Estos retos incluyeron a los docentes, que no fueron ajenos a los cambios. Tuvieron que ser flexibles, innovadores y ágiles a la hora de compartir sus conocimientos y de cuantificar el aprendizaje de los estudiantes en los procesos educativos. A raíz de todos los cambios generados por la virtualidad, la participación por parte de los estudiantes disminuyó de una manera exponencial, con lo que se redujeron las garantías de aprendizaje, presuntamente a causa de las pocas garantías tecnológicas, de conexión o de interés por parte de los estudiantes. La disminución de la participación obligó a los docentes a cambiar metodologías de enseñanza drásticamente. Estos cambios pusieron de manifiesto las dificultades y los límites que tiene ofertar educación en línea en el contexto de una emergencia (Morin, 2020). Aunque es necesario resaltar los esfuerzos realizados por los docentes, se debe generar un cambio en la enseñanza, ya que, a pesar de que este es “un cambio temporal de la entrega de instrucciones a

un modo de entrega alternativo debido a la circunstancia de crisis” (Hodges, *et al.*, 2020), podría ocurrir otra eventualidad que obligue nuevamente a la virtualidad. Es necesario tener presentes las circunstancias particulares de muchos estudiantes, como la pobre conexión a wifi en sus hogares, su lugar de residencia y su salud mental, que se ha visto afectada en los últimos tiempos.

Es necesario dar reconocimiento a los programas y proyectos que ha desarrollado el Ministerio de Salud y Protección Social (2020) frente al cuidado de la salud mental, puesto que la incertidumbre y el miedo a esta nueva enfermedad puede generar reacciones emocionales, como aburrimiento, soledad, rabia o incluso irritabilidad. Además, es imposible no sumar las múltiples consecuencias que se presentan al ser estudiantes y sentir que no se ha aprendido cabalmente, o frustrarse por los problemas de conexión mencionados anteriormente.

Las universidades y los centros educativos en salud han puesto en marcha múltiples metodologías para la enseñanza, como la simulación, la telesalud y la realidad virtual, sin dejar de lado la importancia del contacto físico con los sujetos de cuidado y la comunidad. Estas medidas tuvieron que desarrollarse dentro del riesgo y la tensión producida tanto para los estudiantes como para los docentes al dirigirse a realizar las prácticas necesarias que complementan su educación (Dewart, *et al.*, 2020). Es necesario resaltar que el riesgo de contagio es aún más significativo para muchos docentes universitarios de enfermería ya que entran dentro del grupo de adultos mayores con comorbilidades, lo que aumenta las posibilidades de complicaciones. También está presente el riesgo de contagio para las familias de los estudiantes que están en contacto con el ambiente contaminado por COVID-19.

Esta problemática tuvo que ser puesta en una balanza y evaluar los beneficios y perjuicios de continuar la educación presencial en enfermería en los diferentes campos de práctica. Los estudiantes que estaban a puertas de finalizar esta etapa mencionaron que estaban interesados en asistir a los centros hospitalarios con el fin de culminar su plan curricular, sin importar el riesgo que esto trajera para el estudiante y su familia. Sin embargo, esta propuesta debió ser evaluada con cautela porque no estaban teniendo en cuenta el riesgo de muerte que esta enfermedad traía.

A pesar de que múltiples centros educativos han permitido regresar de manera presencial a los estudiantes de enfermería a los campos de práctica clínica, fue necesario hacer un ajuste en las horas de presencialidad. En algunos casos, se redujeron las horas dedicadas a ciertos servicios. La Guía de restricción de horas de práctica clínica de estudiantes de enfermería del estado de California, en Estados Unidos, dice, por ejemplo, que pueden reducirse horas de práctica clínica en servicios como psiquiatría, pediatría u obstetricia, y pueden aumentarse en la práctica clínica hospitalaria (State of California, Department of consumer affairs, 2020). No obstante, es necesario tener en claro que en nuestro país varios centros hospitalarios, después de revisiones éticas y presupuestales, no han permitido este regreso debido a que no se pueden ofrecer los elementos de protección personal a los estudiantes para disminuir el riesgo de contagio.

Durante el transcurso de la pandemia, a causa de los retos enfrentados por los centros educativos, se ha estudiado la necesidad del cambio de los programas académicos de las universidades y escuelas de enfermería. Se ha planteado que es necesario agregar o reforzar contenido sobre las enfermedades infecciosas que abarque temas como vigilancia y detección, aislamiento, cuarentena y contención, lavado de manos, síntomas y etiquetas respiratorios (Morin, 2020). Dicho contenido debería ser agregado a los programas de algunas asignaturas sin sobrecargar a docentes y estudiantes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020) menciona que la preparación de las y los futuros enfermeros debe estar encaminada a “asegurar la calidad de la atención y la seguridad del paciente, prevenir y controlar infecciones y luchar contra la resistencia a los antimicrobianos” (p.12). Es por esto por lo que los planes de estudio deben estar encaminados a la formación de los estudiantes en la promoción de la salud, la alfabetización en temas de salud y el manejo de las enfermedades no transmisibles (OMS, 2020); todo ello, con el fin de generar profesionales que ejerzan su papel fundamental en la gestión de las epidemias.

Es necesario iniciar con cambios en los planes de educación que refuercen las capacidades de los futuros profesionales para atender a una población en la que hay más gente vieja, para estigmatizar menos la salud mental y para integrar los avances de la neurociencia (Morin, 2020). También se debe responder a otras necesidades actuales de la población. Para

ello, por ejemplo, se podría disminuir la enseñanza sobre atención de ginecobstetricia, y priorizar el aprendizaje sobre la atención a pacientes en estado crítico, las enfermedades no transmisibles y el papel de la enfermería en salud pública.

Por último, se debe mencionar que las condiciones generadas por la pandemia por COVID-19 hicieron pensar a muchos estudiantes en abandonar la carrera profesional; en otro grupo reforzaron el amor por la enfermería y la necesidad de seguir educándose en múltiples modalidades para complementar su formación.

REFERENCIAS

- Dewart, G. Corcoran, L. Thirsk, L., y Petrovic, K. (2020). Nursing education in a pandemic: Academic challenges in response to COVID-19. *Nurse Education Today*, (92).
- Hodges, C. Moore, S. Lockee, B., y Bond, A. (27 de marzo de 2020). The difference between emergency remote teaching and online learning. *Educause Review*. <https://er.educause.edu/articles/2020/3/the-difference-between-emergency-remote-teaching-and-online-learning>
- Ministerio de Salud (2020). Minsalud ratifica su compromiso con la salud mental de los colombianos. (2020). *Minsalud*. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-ratifica-su-compromiso-con-la-salud-mental-de-los-colombianos.aspx>
- Morin, K. (2020). Nursing education after COVID-19: Same or different? *Journal of Clinical Nursing*, 29(17-18), 3117-3119.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *Situación de la enfermería en el mundo. Invertir en educación, empleo y liderazgo*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240003279>
- State of California, Department of consumer affairs. *Guidance on Waiver of Restrictions on Nursing Students Clinical Hours Under DCA Waiver DCA-20-03*. https://www.dca.ca.gov/licensees/clinical_hours_guidance.pdf

DEL ESTIGMA DE LOS “INVISIBLES” AL RESPETO A QUIENES VIVEN EN SITUACIÓN DE CALLE

PAOLA PULGARÍN MONCADA
PAOLA.PULGARIN@UPB.EDU.CO

ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

A medida que la sociedad avanza, los términos para referirse a las personas que habitan en la calle han tenido también diversas variaciones; por ejemplo, en 1886 aparece “gamín”, un término francés que se empleaba principalmente para catalogar a los niños que dormían en las calles. Posteriormente, se consideró que estos niños vivían una infancia anormal y que, por lo tanto, representaban un peligro para el futuro de la sociedad. Para 1997, el gobierno se refería a esta población y en general a todos los que habitaban en la calle como “indigentes” (Zamudi, 2017). En 1999 se decía:

Aquellas personas que han abandonado a su familia se encuentra en condiciones de absoluta miseria, abandono total de su apariencia personal, desaseo y desgreño, y viven a la intemperie, pues la calle es su hábitat. Su situación de miseria generalizada y sus condiciones de vida conducen al rechazo, al temor y al desprecio por parte de la sociedad. (*DANE, 2000, p.15*)

Aunque en el año 2001 empezó a entrar en apogeo “ciudadano de la calle”, fue un término pasajero, dado que en 2004 se volvió a utilizar el término “habitante de calle” (Zamudio, 2017). De igual manera, en las últimas décadas, se ha utilizado el término “desechable”, el cual, considero, es el más estigmatizador que existe, dado que este término hace referencia algo que puede ser desechado por resultar “inútil, incómodo o molesto” (Oxford, s.f.). Esto queda evidenciado en el comportamiento de las personas cuando ven un habitante de la calle, pues prefieren alejarse, cruzar la calle para llegar a la otra acera.

En general, todos se sienten intimidados, quizás tienen miedo de ser víctimas de un hurto; tal vez sienten algún grado de desagrado, ya sea por su aspecto o por su olor.

En las definiciones de estos términos ya se puede apreciar la estigmatización que encierran. ¿Cómo podemos decir que los habitantes de la calle ponen en peligro nuestra sociedad?, ¿acaso no se debería hablar de una manera invertida?, ¿no es la sociedad misma la que pone en peligro el destino de estas personas? Cuando tachamos a estas personas como de desechables, parece que pensamos que la sociedad ya las usó y que tiene la potestad de arrinconarlas en un basurero delimitado por su nuevo ritmo, un ritmo que se encuentra más enfocado en el rápido nivel de producción que deben alcanzar las personas, el cual no tolera la diferencia, ni tiene piedad con los trastornos o problemas de salud mental.

El Ministerio de salud, por su parte, propone la siguiente definición, que carga con menos estigma:

Quienes hacen de la calle su lugar de habitación, donde satisfacen todas sus necesidades, (Barrios, Góngora y Suárez, 2006) ya sea de forma permanente o transitoria (Ley 1641 de 2013), es decir, desarrollan todas las dimensiones de su vida en el espacio público, (actividades de su vida íntima y social). (Ministerio de Salud, s. f., párr.4)

En cuanto al

[...] proceso de estructuración de la política pública social para habitantes de la calle[, este] fue liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social por mandato de la Ley 1641 de 2013 [y tiene como objetivo] garantizar, promocionar, proteger y restablecer los derechos de estas personas, con el propósito de lograr su atención integral, rehabilitación e inclusión social (Ministerio de Salud, s. f., párr.9).

Sin embargo, muchos habitantes de calle tienen un conflicto con la "inclusión social", dado que manifiestan que ellos ya están incluidos dentro de la sociedad, pero son las personas mismas quienes no les dan la visibilidad que se merecen, a pesar de que por el solo hecho de ser personas, ciudadanos colombianos, merecen un trato digno.

Dicho proceso se realizó bajo el enfoque de derechos y de deberes, que fueron definidos a partir de principios vitales, como la dignidad humana. Esta encierra temas tan importantes como el reconocimiento de las capacidades de las personas, la reducción del estigma y la discriminación, y la corresponsabilidad, entre otros. El trabajo se llevó a cabo mediante líneas de acción para la inclusión del habitante de la calle y de quienes están en proceso de superar esta condición, centradas en temas relacionados con el cambio económico, político, social y cultural por el cual está atravesando nuestra sociedad (Ministerio de Salud, s.f.).

Cuando se emprenden dichos procesos, se debe recordar que se está hablando de seres humanos a quienes muchas veces se le han vulnerado sus derechos (la salud, la educación, la vivienda, el trabajo o la justicia) y que se ven enfrentados a habitar de manera precaria, en lugares que no constituyen verdaderamente una vivienda (Arce y Di Iorio, 2019). Muchas de las personas asocian a los habitantes de calle con la decadencia, la delincuencia y la drogadicción. Solo unas cuantas son capaces de asociarlos con trastornos o problemas de salud mental, con dificultades en la resolución de altercados familiares (los cuales se pueden potenciar con el consumo de sustancias psicoactivas), y con la carencia de afecto y de esperanza, al igual que con el aumento de la estigmatización y el rechazo que sienten por parte de la sociedad.

Es por esto por lo que se tiene el deber de elevar la calidad de vida, proporcionar mayor bienestar y reducir al máximo la marginación junto con el estigma. Este deber no es solo de la enfermería, sino también de múltiples actores gubernamentales y sociales. Sin embargo, la enfermería puede aportar sus conocimientos y habilidades gestionando y ejecutando actividades dirigidas al habitante de calle: programas de atención e inclusión social, en los que estas personas puedan adquirir o afianzar habilidades que sean útiles para la sociedad y con las cuales puedan generar ingresos económicos. De igual manera, se puede realizar actividades educativas en la población en general, para crear conciencia e incentivar el respeto.

Para concluir, antes de llevar a cabo estas acciones de cuidado, el profesional de enfermería debe de ser el primero en dejar de lado sus estigmas y preconcepciones sobre los habitantes de la calle, sacarlos de las sombras de la margi-

nación y hacerlos visibles para un nuevo mundo centrado en crear lazos de respeto dentro de la misma diferencia. Solo así se puede abordar al habitante de calle de manera integral para fortalecer la confianza y contribuir a que la calle deje de ser un hogar para quienes hoy viven en ella.

REFERENCIAS

- Arce, C. y Di Iorio, J. (2019). *Prejuicios y discriminación hacia personas en situación de calle*. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- DANE. (2000). *Censo sectorial. Habitantes de la calle*. DANE. https://www.idipron.gov.co/sites/default/files/repositorio/docs_conocimiento/1999-IDIPRON-DANE-II-Censo-Sectorial-Habitantes-de-Calle.pdf
- Ministerio de Salud (s.f.). *Habitantes de calle*. Minsalud. [consultado el 16 de septiembre de 2021]. <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/habitantes-en-calle.aspx>
- Oxford (s.f.). *Desear*. En: Lexico.com [consultado el 16 de septiembre de 2021]. <https://www.lexico.com/es/definicion/desechar>.
- Zamudio, L. (2017). *Políticas de habitabilidad en calle en Bogotá: entre el desarrollo humano integral y la necropolítica* [Proyecto de grado]. Universidad Santo Tomás. <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/10246>



INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN

La actual pandemia por COVID 19 generó cambios en la modalidad de estudio. La Universidad tuvo que implementar tecnologías de la información y comunicación para continuar sus actividades desde una modalidad virtual (Ministerio de Educación, 2020). Esto alteró directamente el estilo de vida universitario, que se había construido en torno a la institución educativa. El mayor obstáculo en la virtualidad es el acceso a internet y a equipos tecnológicos (Bustamante, 2020). Este impacta aún más a la población de universidades públicas, donde hay deficiencias económicas. En un estudio realizado por el DANE, para el año 2019 se evidencia que el 17 % de los estudiantes de universidades privadas no cuentan con acceso a internet, mientras que en las instituciones públicas la cifra es del 29 % (DANE, 2019).

Asimismo, en un estudio realizado por la Universidad de Granada se identificó que el 81 % de los estudiantes indican haber sufrido algún tipo de estrés derivado de la pandemia por COVID-19 y la carga de trabajo que poseen actualmente. Además, el 79 % de los estudiantes expresa que no logran afianzar los conocimientos en el contexto actual (Asensio, 2020). Adicionalmente, el uso de “la casa” como lugar de estudio dificulta el desarrollo de actividades académicas por el alto índice de violencia intrafamiliar que ha venido en aumento en los últimos meses en Colombia (Vicepresidencia de la República, 2020). Igualmente, los estudiantes del área de salud no han logrado retomar el componente práctico, lo cual afecta directamente su avance académico (Nadal, 2020). Finalmente, no existe una perspectiva clara del desarrollo futuro de las actividades que involucran habilidades y actitudes clínicas para el cuidado (Costa, *et al.*, 2020).

OBJETIVO

Conocer las experiencias de los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, con carga de créditos alta y que se encuentran cursando alguna práctica académica durante la cuarentena obligatoria por COVID-19, para determinar el panorama general de la virtualidad.

METODOLOGÍA

El presente trabajo es una investigación cualitativa de tipo fenomenológico, que analiza el discurso del estudiantado desde su categorización. Se construyen dos dimensiones de análisis y tanto categorías como subcategorías derivadas de las dimensiones. La forma en la que se estructura la investigación es deductiva y tiene una relación nomotética, de acuerdo con la cual los participantes tienen relaciones convergentes de las que se derivan los resultados de la investigación.

Para el desarrollo de esta investigación se emplearon tres métodos de recolección de la información: observación participante, entrevista a profundidad y grupos focales. El proceso de observación se desarrolló durante una semana, en la que se describieron las diferentes dinámicas que vivía el estudiante en 24 horas. Ese proceso de observación estuvo compuesto por cinco sesiones de ejecución diarias, con una duración aproximada de 20 minutos. La entrevista a profundidad y el grupo focal se desplegaron cada uno en un único espacio virtual grabado, que abordó la dimensión afectiva y los cambios académicos de los participantes ante la cuarentena obligatoria por COVID-19. Ahora bien, la entrevista a profundidad tuvo una duración aproximada de 45 minutos y el grupo focal de 60 minutos; en ambos espacios se realizó transcripción manual y, a partir de esta, se empezó la categorización de la información. Cabe resaltar que durante todo el proceso de recolección de información se mantuvo la ética profesional del manejo de información desde el consentimiento informado.

Los criterios de selección de la muestra fueron: estudiantes activos de la facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá, con una práctica académica inscrita durante el primer semestre de 2020 y una cantidad mínima de 18 créditos, con una edad igual o mayor a 18 años y con residencia en Bogotá. La carga académica alta se asocia con dicha cantidad de créditos, ya que en Colombia cada crédito equivale a 48 horas de trabajo académico (Ministerio de Educación, 2003), y ella lleva a falta de tiempo para la realización de las responsabilidades académicas (Alfonso, *et al.*, 2015). La convocatoria de los participantes fue a través de relaciones académicas (compañeros de clase, conocidos o amigos de la carrera). La población abarcada fue de 15 estudiantes: 5 estudiantes

en observación participante, 4 estudiantes en entrevista a profundidad y 6 estudiantes en el grupo focal.

RESULTADOS

La estructuración de los resultados parte de dos dimensiones: subjetiva y académica. La *dimensión subjetiva* contempla *estado de ánimo* y *perspectivas en el aislamiento obligatorio* (retos, puntos positivos y negativos de la virtualidad, y opiniones sobre los docentes). La *dimensión académica* se constituye por *el entorno de estudio* (momento antes del confinamiento obligatorio, aspectos positivos y negativos del confinamiento obligatorio y distractores del ambiente) y *modalidades académicas* (modalidades antes y durante la cuarentena obligatoria por parte de los estudiantes, los docentes y la Universidad).

DIMENSIÓN SUBJETIVA: ESTADO DE ÁNIMO EN EL AISLAMIENTO OBLIGATORIO

El estado de ánimo de la mayoría de los estudiantes presenta una tendencia negativa. El sentimiento que mayoritariamente domina al estudiantado es la frustración, que se presenta en el choque que surge entre las nuevas modalidades académicas y las responsabilidades del hogar. Para muchos, el día no tiene suficiente tiempo para cumplir con la carga total de responsabilidades. Este estado anímico se evidencia porque el estudiantado no se siente totalmente adaptado a las nuevas exigencias de la modalidad virtual. La frustración surge a partir de la obligación que se siente de cancelar las prácticas académicas, ya que ni se entienden y ni se están desarrollando acorde a lo esperado. Finalmente, este sentimiento se encuentra en otras dos nociones que no están directamente ligadas a la academia: no estar con los seres queridos y no sentirse parte del lugar donde se reside.

El sentimiento de pérdida también está presente. El estudiantado siente que ha perdido el contacto directo con sus amigos y la Universidad, además de oportunidades académicas, contenidos en las clases por la mala conexión, condición física y, en general, la normalidad académica. Por otro lado, se gesta la incertidumbre ante la incógnita del desarrollo del componente práctico.

DIMENSIÓN SUBJETIVA: PERSPECTIVAS EN EL AISLAMIENTO OBLIGATORIO

Retos que supone la virtualidad para los estudiantes. El volver a casa ha sido una nueva experiencia, ya que se ha tenido que volver a aprender a vivir en ella; sin embargo, existe la posibilidad de emplear esta situación como una excusa para mejorar las relaciones familiares. Un punto clave es la poca claridad que se posee sobre cómo se ofertarán en un futuro las asignaturas y cómo se van a desarrollar garantizando la calidad del aprendizaje.

Puntos positivos de la virtualidad. Con el aislamiento obligatorio se detiene toda la movilización hacia la Universidad, lo que implica no perder tiempo en dicha acción. La modificación del calendario académico facilitó el logro de los objetivos de cada asignatura y trató de generar una solución ante el componente práctico.

Puntos negativos de la virtualidad. La virtualidad supone un gran contraste con la presencialidad porque se percibe mayor complejidad a causa de la barrera que se generó entre los docentes y los estudiantes, y los problemas de conectividad, que no permiten el desarrollo continuo de la clase. Se hace necesario prestar más atención en comparación con la modalidad presencial.

Opiniones sobre los docentes. Se asume que algunos profesores se han adaptado a las nuevas circunstancias ya que los estudiantes comprenden fácilmente los contenidos de la clase y los trabajos que son asignados no se convierten en un obstáculo para el alumno. Los docentes que insisten en mantener clases magistrales y no tienen en cuenta los problemas de conexión se perciben como profesores no preparados ante las características de la virtualidad.

DIMENSIÓN ACADÉMICA: ENTORNO DE ESTUDIO

Momento antes del confinamiento obligatorio. El cambio del entorno fue drástico porque anteriormente se veía la casa como un lugar de descanso. El espacio que se solía disponer para las actividades académicas se caracterizaba por un notorio silencio, y por presentar la compañía de compañeros y amigos.

Aspectos positivos del confinamiento obligatorio. Dentro de este ámbito solo se puede afirmar que poseer un espacio cómodo e iluminado, además de conexión a internet, un computador y un celular, son factores que disminuyen los problemas frente a la modalidad remota.

Aspectos negativos del confinamiento obligatorio. El lugar donde se habita no se considera un lugar idóneo para los procesos educativos, puesto que en el hogar hay ruido durante el desarrollo de las clases. También hay menos equipos electrónicos y menos espacios para el progreso formativo y el estudio autónomo. Además, se genera un constante choque en los espacios por las actividades académicas y las actividades del hogar. En general, existen tensiones en el ambiente del hogar por ese reencuentro familiar y por las características del espacio.

Distractores del ambiente. La presencia de ruido es ocasionada gracias a videos reproducidos en una habitación adyacente, por un televisor u otra persona, que puede estar en clase igualmente.

DIMENSIÓN ACADÉMICA: MODALIDADES ACADÉMICAS

Modalidades antes de la cuarentena obligatoria por parte de los estudiantes. Las principales estrategias de aprendizaje eran hacer grabaciones de las clases y tomar apuntes durante el desarrollo de la clase, así como leer varias veces los apuntes, los textos o artículos. Se realizaban guías, resúmenes, transcripción repetida de los apuntes y preguntas entre compañeros.

Modalidades durante la cuarentena obligatoria por parte de los estudiantes. Estas estrategias son la construcción de esquemas, el uso de rotuladores, la toma de notas y la realización de dibujos en los apuntes. Asimismo, se hace lectura de diapositivas y mapas conceptuales, y se toman apuntes durante la clase. Una modalidad nueva en particular es el uso de videollamadas para estudiar en grupo. Otra estrategia para destacar es la repetición de las grabaciones de la clase.

Modalidades durante la cuarentena obligatoria por parte de los docentes. Las estrategias y recursos percibidos como enriquecedores en el proceso enseñanza-aprendizaje son material gráfico, reducción del tiempo de la clase, parciales

flexibles, la creación de una semana en la que se solucionan las dudas y la realización de grabaciones de clase, que facilitan la adaptación a la modalidad remota. Por otro lado, las estrategias y recursos percibidos como obstáculos en dicho proceso son: clases extensas, lineales y monótonas; priorización de la asistencia; obligación a participar; trabajos extensos y difíciles de entender; y no hacer grabación de clases.

Modalidades durante la cuarentena obligatoria por parte de la universidad. Las únicas estrategias que destacan son las encuestas de bienestar y los grupos de estudio autónomo.

CONCLUSIONES

La experiencia estudiantil frente a la nueva modalidad académica que exige la pandemia por COVID-19 plantea un nuevo paradigma, para hacer frente como comunidad y sociedad. El cambio de la vida universitaria fue drástico pues esta tuvo que desarrollarse en el hogar, un espacio donde existen diversas limitaciones para el desarrollo de las actividades académicas. La lucha actual se basa en acomodar la casa, el apartamento o el cuarto para convertirlo en un lugar idóneo para el aprendizaje. Es necesario, además, establecer rutinas y desarrollar estrategias para poder mantener un equilibrio entre lo académico y lo personal. Aun así, hay que resaltar que en el estudio también se identificaron algunos factores positivos que favorecen la adaptación de las personas a este nuevo panorama.

Finalmente, la alteración negativa y marcada del afecto expone la principal consecuencia de la realidad con COVID-19. Así pues, la experiencia estudiantil se debe analizar con profundidad, para generar estrategias locales y nacionales que superen el nuevo reto de la educación en Colombia, en tiempos de pandemia por COVID-19: la viabilidad de la presencialidad.

REFERENCIAS

- Alfonso, A., Calcines, M., Monteagudo, R., Nieves, Z. (2015). Estrés Académico. *EDUMECENTRO* 7 (2), 163-178. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742015000200013

- Asensio, A. (20 de mayo de 2020). Ansiedad y estrés, así afecta a los estudiantes de la Universidad de Granada la crisis del Covid-19. *Granada Hoy*. https://www.granadahoy.com/granada/Ansiedad-Universidad-Granada-Covid-19_0_1462354022.html
- Bustamante, R. (2020). *Educación en cuarentena: cuando la emergencia se vuelve permanente*. Grupo de Análisis para el Desarrollo. <http://www.grade.org.pe/creer/archivos/articulo-4.pdf>
- Costa, R., Motta, M., Jabotá de Souza, A., Lorenzini, E., Manfrini, G., Berhmer, L., de Oliveira Vargas, M., Honório, M., y Gonçalves, N. (2020). Enseñanza de enfermería en tiempo de COVID-19: ¿Cómo reinventarse en este contexto? *Texto y Contexto Enfermagem*, (29).
- DANE. (2019). Indicadores básicos de TIC en Hogares. *DANE*. <https://bit.ly/3yeredG>
- Ministerio de Educación. (10 de septiembre de 2003). *Decreto 2566 de septiembre 10 de 2003*. https://www.mineduacion.gov.co/1621/articles-86425_Archivo_pdf.pdf
- Ministerio de Educación. (18 de marzo de 2020). *Circular No. 21 de marzo 17 de 2020*. https://www.mineduacion.gov.co/1759/w3-article-394115.html?_noredirect=1
- Nadal, M. (4 de abril de 2020). ¿Cómo viven los estudiantes la crisis del coronavirus? *El Diario de la Educación*. <https://eldiario-delaeducacion.com/2020/04/06/como-viven-los-estudiantes-la-tesis-del-coronavirus/>
- Vicepresidencia de la República de Colombia (6 de abril de 2020). “La violencia intrafamiliar es otra pandemia que el Estado en pleno está dispuesto a derrotar”: Vicepresidente. <https://bit.ly/3OBWYi7>

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO EN EL PACIENTE CON INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA CARDIOVASCULAR

CASTAÑEDA RUIZ KAREN YULIETH¹
KCASTANEDA742@UNAB.EDU.CO

PABÓN QUEZADA ANGIE ROCÍO¹
APABON82@UNAB.EDU.CO

VALERO MARTÍNEZ EMILY ALEXANDRA¹
EVALERO600@UNAB.EDU.CO

CÁRDENAS CAICEDO FERNANDA SOFÍA²
FCARDENAS717@UNAB.EDU.CO

BONILLA MARCIALES ADRIANA PATRICIA³
ABONILLA702@UNAB.EDU.CO

ARGUELLO DUARTE JOHN FREDDY³
JARGUELLO451@UNAB.EDU.CO

¹ENFERMERAS,
²ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA,
³DOCENTES
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA – REGIONAL SANTANDER

INTRODUCCIÓN

Según la American Heart Association, “para el 2013 las enfermedades cardiovasculares causaron más de 17.3 millones de muertes, se estima que para el año 2030 las cifras aumentarán a más de 23.6 millones, la insuficiencia mitral representa aproximadamente el 1.7% de las enfermedades cardiovasculares” (Benjamin, *et al.*, 2017).

La estenosis mitral es una alteración del ventrículo izquierdo del corazón y consiste en un estrechamiento del orificio de la válvula mitral, que impide el flujo adecuado de sangre desde la aurícula hacia el ventrículo izquierdo (Armstrong, 2021). Esta afección genera una insuficiencia mitral que es el resultado de cualquier anomalía del funcionamiento del sistema valvular que impide su coaptación (Gobierno Federal de los Estados Unidos Mexicanos, 2009).

La estenosis se debe a un proceso inflamatorio que causa fibrosis, generada principalmente por la fiebre reumática. Esta respuesta autoinmune produce rigidez del tejido valvular, fusión de comisuras y retracción de las cuerdas tendinosas. Sin embargo, hay otras causas menos frecuentes, “[...] como la estenosis congénita de la válvula mitral, el corazón triauricular, calcificación del anillo mitral con extensión a las valvas, lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, mixoma auricular izquierdo y endocarditis infecciosa con grandes vegetaciones” (Kasper, *et al.*, 2018).

Cuando la estenosis mitral se debe a un proceso de fiebre reumática, sus síntomas tardan de 15 a 40 años en manifestarse y son secundarios a la congestión pulmonar causada por la hipertensión pulmonar o por la insuficiencia cardíaca derecha (Bonow, *et al.*, 2006). Con el paso del tiempo, los pacientes con esta condición clínica presentan fibrilación auricular que predispone en gran medida a la formación de trombos, lo que, a su vez, incrementa el riesgo de los pacientes de presentar patologías derivadas de la estenosis. La mayoría de las veces el diagnóstico es realizado incidentalmente, ya que el paciente consulta por una sintomatología sin conocer la verdadera causa. También se diagnostica mediante el soplo cardíaco característico que provoca la condición (Fundación española del corazón, 2012).

El tratamiento de esta enfermedad está encaminado a la

disminución de los síntomas y a prevenir la congestión pulmonar debido al aumento de la presión auricular izquierda. Esto se logra con medidas farmacológicas y quirúrgica, así como con la adhesión a una dieta específica (Fundación española del corazón, 2012).

Por consiguiente, la enfermería observa el tratamiento como un proceso integral en el cual se debe tener en cuenta no solo la respuesta fisiológica del paciente, sino también las repercusiones psicológicas y sociales. Por esta razón un grupo de estudiantes de enfermería de la Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB) del curso de cuidado holístico al adulto y adulto mayor realizó este estudio de caso, con el propósito de brindar un cuidado integral a una paciente de 67 años que cursó por un postoperatorio tardío de cirugía de reemplazo valvular mitral. Ella manifestó que quería ser educada sobre qué conductas específicas debía seguir para lograr una óptima recuperación y una adecuada reintegración a sus actividades habituales.

En la valoración, se identificó un afrontamiento ineficaz ante el estado de salud y que la paciente, en efecto, necesitaba ser educada y acompañada en su proceso de rehabilitación cardíaca. Lo primero estaba relacionado con su crisis situacional, su incapacidad para conservar las energías adaptativas, la incertidumbre, un insuficiente sentido de control y recursos de afrontamiento inadecuados. Estos problemas se manifestaban en un acceso insuficiente al apoyo social, un cambio en el patrón de la comunicación, estrategias de afrontamiento ineficaces, fatiga, habilidades insuficientes para la solución de problemas, incapacidad para satisfacer las expectativas del rol y una conducta insuficiente para el logro de objetivos. La paciente manifestaba incomodidad con su estado de salud actual, pues no podía desempeñar las actividades que realizaba cotidianamente (trabajar, viajar, hacer labores del hogar, actividad física, autocuidado e incluso compartir con sus mascotas). Además, se sentía una carga para su familia.

Por esta razón, se realizaron visitas domiciliarias en las cuales se brindó educación individualizada, fundamentada en evidencia científica y se llevaron a cabo actividades para mejorar la adherencia a los cuidados postoperatorios (dieta, actividad física, toma de medicamentos) y, también, actividades propias de salud mental que permitieron la mejora de la calidad de vida

y de la capacidad de afrontamiento de la paciente ante su estado de salud (Paz, Masalan y Barrios, 2010).

VALORACIÓN

Se realizó seguimiento del caso de la paciente de 67 años de género femenino residente de Piedecuesta en servicio de cardiología de una Institución de tercer nivel. La usuaria se encontraba en un posoperatorio de 30 días de una cirugía de reemplazo valvular mitral con prótesis biológica y remodelación ventricular tipo buffolo, realizada el día 30 de agosto de 2019, con antecedentes de fiebre reumática infantil, paratiroidectomía y osteosíntesis en miembros superiores.

La valoración se realizó con el Modelo de Adaptación de Callista Roy (Díaz de Flores, *et al*, 2002; Hernández *et al*, 2016), que contiene diversos procesos catalogados en estímulos, funciones y modos de adaptación. Dentro de los estímulos se encuentran: el *estímulo focal*, que en la paciente corresponde a un postoperatorio de reemplazo valvular mitral y afrontamiento ineficaz; el *estímulo contextual*, que en ella es una fiebre reumática infantil que tiene como resultado un proceso de estenosis mitral; y el *estímulo residual*, el cual se refiere al autocontrol de la enfermedad cardíaca y mejora del afrontamiento.

En cuanto a las funciones, se identificó que, de acuerdo con la *función de rol primario*, la paciente es adulto mayor de 67 años de género femenino. En la *función de rol secundario*, se destaca que es esposa, madre y abuela, y en la *función del rol terciario*, que es docente pensionada. En cuanto a los modos de adaptación, en relación con el *modo físico-fisiológico*, después de hacer una revisión de la historia clínica, se encontró que en agosto de 2019 la paciente fue diagnosticada con insuficiencia mitral severa indicada para cambio valvular; mediante una prueba de angiografía coronaria, se evidenció una estenosis valvular mitral moderada de origen reumático. Al siguiente día se le realizó el reemplazo de válvula mitral con prótesis biológica y remodelación ventricular tipo buffolo, con un postoperatorio estable y sin complicaciones. A propósito de la evolución de la herida, se realizaron las curaciones pertinentes y esta se encontraba sin signos de infección. La paciente presentaba leve fatiga al caminar, una hipoventilación basal y

dolor en la herida quirúrgica. Al egreso, a la paciente se le recetó anticoagulación con Warfarina, terapia puente con enoxaparina y un seguimiento en casa de los niveles de INR, a cargo de los estudiantes de práctica de la UNAB. Estos valores fluctuaron de manera acorde para una persona con Warfarina (de 2,0 a 3,0).

Durante las visitas iniciales, se evidenció que la paciente presentaba cansancio, fatiga, debilidad, necesidad de acompañamiento psicológico, problemas para conciliar el sueño, dificultad para realizar actividades de la vida diaria y disnea de esfuerzo. Al inicio del seguimiento de caso, se notó hipotensión y bradicardia. En las visitas posteriores, las cifras de tensión y frecuencia cardíaca se encontraron en valores normales. Adicionalmente la paciente manifestó interés por aprender y por mejorar su estado de salud.

En cuanto al *modo de autoconcepto*, la paciente mencionó que, antes de la realización de su cirugía, solía mantener un estilo de vida activo que consistía en pertenecer a grupos de caminantes, viajar, realizar deportes, estar con sus mascotas y participar de actividades religiosas. Todas estas actividades tuvieron que ser suspendidas durante su postoperatorio, lo cual la hacía sentir desanimada, frustrada y con ansiedad ante el futuro. Con referencia al *modo de Interdependencia*, se destaca que había ejercido la profesión de docente, pero que hace dos años se pensionó, a causa de la sintomatología de su patología cardiovascular. Adicionalmente, se le realizó familiograma, Apgar y Ecomapa. Estos pusieron de manifiesto que mantenía una relación estrecha con su pareja, con su hijo y con los demás miembros de su familia, los cuales le brindaban redes de apoyo estables. Sin embargo, ella manifestó que no le gustaba depender de los demás para realizar las actividades de la vida diaria. En el *modo de Afrontamiento* se evidenció que este estaba comprometido debido a que la paciente manifiesta inconformidad con su estado de salud, ya que había tenido que suspender gran parte de las actividades que disfrutaba realizar y su proceso salud-enfermedad le exigía cambios importantes en su estilo de vida.

PLAN DE CUIDADOS

Se realizó el proceso de atención de enfermería utilizando la interrelación del lenguaje estandarizado NANDA-

NOC-NIC. Esto permitió identificar en la paciente el diagnóstico de Afrontamiento Ineficaz (Moorhead, *et al.*, 2018), debido a que su estado de salud y los cuidados que debía tener durante su rehabilitación le dificultaban continuar con su estilo de vida cotidiano y disminuían su calidad de vida (Sarmiento, Botero y Carvajal, 2013; Rodríguez, Pastor y López, 1993; Achury, *et al.*, 2011). A causa de esto, se implementó el NOC: “Calidad de vida”, con el fin de que la paciente alcanzara una percepción positiva en su proceso de recuperación, teniendo en cuenta el cumplimiento de los indicadores: “satisfacción con el estado de salud”, “satisfacción con las condiciones sociales”, “satisfacción con la capacidad de superación”, “satisfacción con el estado de ánimo general” e “independencia en las actividades de la vida diaria” (Moorhead, *et al.*, 2014).

La operacionalización de los indicadores del NOC se realizó con el “cuestionario de salud SF-36” (Alonso, *et al.*, 2003).

El SF-36 en su idioma original [inglés] mostró confiabilidad y validez de apariencia, de contenido, de criterio y de constructo. Se usó en más de 40 países en el proyecto International Quality of Life Assessment, está documentado en más de 1.000 publicaciones, su utilidad para estimar la carga de la enfermedad está descrita en más de 130 condiciones y, por su brevedad y fácil comprensión, se usa ampliamente en el mundo [...]. (Quan, 2012, p.30)

Posteriormente España realizó una validación con equivalencia lingüística entre los ítems traducidos y los originales y con coeficientes de Cronbach entre 0,7 y 0,94 (Lugo, García y Gómez, 2006, p.2). Lugo, García y Gómez (2006), además, realizaron una adaptación cultural del cuestionario para su uso en Instituciones de salud en Medellín. Este cuestionario consta de 36 preguntas distribuidas en 8 dimensiones: función física, función social, salud general, rol físico, rol emocional, dolor corporal, vitalidad y salud mental.

Para incrementar la calidad de vida de la paciente se llevaron a cabo intervenciones basadas en el NIC “Mejorar el afrontamiento” (Moorhead, *et al.*, 2014), que permitieron establecer actividades de enfermería específicas para el abordaje integral de la paciente. Dichas actividades generaron una conducta de aceptación y adherencia de ella a su estado de salud por medio del modelo de Callista Roy

(Díaz de Flores, *et al.*, 2002), lo que promovió la adaptación durante su proceso de recuperación.

Las intervenciones realizadas fueron: ayudar a la paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios en su estilo de vida, fomentar las actividades sociales y comunitarias, estimular la implicación familiar, animar a la paciente a identificar sus puntos fuertes y capacidades, proporcionar un entrenamiento en habilidades sociales adecuadas, y favorecer situaciones que fomentan la autonomía de la paciente (Moorhead, *et al.*, 2014).

Para poner en práctica las intervenciones propuestas en el NIC se llevaron a cabo diferentes actividades como “escribe una carta”, que ayudó a generar un ambiente de confianza e interacción terapéutica con la paciente (Vidal, Adamuz, y Feliu, 2009), gracias a que permitía indagar por sus necesidades, sentimientos y emociones a propósito del proceso de enfermedad, el modo de afrontarla y los cambios en su estilo de vida tras la cirugía. También se hizo un “video reflexivo el valor de la aceptación y la superación personal”, el cual enfatiza la importancia de aceptar ciertas situaciones en la vida que no se pueden cambiar sin perder de vista que es posible tomar decisiones para seguir adelante y transformar las dificultades en oportunidades (Vidal y Rodríguez, 2006). Otra actividad que se aplicó fue “crecer ante la adversidad” para recordarle a la paciente el valor de la resiliencia (Arrogante, 2015). En el marco de la actividad, se le entregó una planta (bromelia) que puede adaptarse a diferentes medios y sobrevivir sin agua y sin sol por tiempos prolongados. Se llevó a cabo, además, “el mesero”, cuyo objetivo era generar un ambiente armonioso que facilitara la expresión de sentimientos y emociones de manera terapéutica (Rodríguez, 2011), y “mi mejor declamación”, que consiste en que cada participante declama un poema (León, 2007). Esta actividad se propuso debido a que la paciente dijo que le gustaba la poesía. Sirvió porque, dado que no requiere esfuerzo físico, le permitió ver que podía realizar actividades que le gustaran sin tener que comprometer su salud. Se realizó también “un nuevo hábito de vida”, actividad que se centra en fortalecer el optimismo y la motivación convirtiendo las metas en hábitos de vida (López-Jiménez, *et al.*, 2013), así como “el teatro de sombras chinas”, en la que se presentó una historia llamada “El buscador” (Honrubia, 2020), cuya moraleja es que lo mejor es vivir el ahora, disfrutando y viendo el

lado positivo a cada momento (Trevizan, *et al*, 2017). Para finalizar las intervenciones, se realizó una actividad integrativa con el equipo de trabajo, la paciente y su hermano, la cual consistió en hacer un picnic al aire libre y realizar manualidades como “la tarjeta de buenos deseos”, en la que cada participante elaboró una tarjeta navideña con estrellas (que representaban los deseos) y corazones (que simbolizaban las cosas por las cuales se está agradecido); a final, los participantes debían explicar el contenido de su tarjeta (Yanguas, *et al*, 2016).

RESULTADOS

El NOC final presentó un aumento en los puntajes de todas sus dimensiones y se logró un resultado positivo con un incremento del 44 % al 80 %, que evidencia una mejora en la calidad de vida de la paciente y la importancia del acompañamiento a los usuarios pos-intervención cardiovascular, para educarlos, resolver dudas y promover estrategias de salud mental que mejoren la adaptación al proceso de recuperación (Acuña y Agudelo, 2007).

CONCLUSIONES

El acompañamiento a los pacientes en el postoperatorio de cirugía cardiovascular permite vigilar su evolución, brindar educación para la salud y disminuir eventuales complicaciones derivadas de la rehabilitación. Se obtuvieron resultados favorables gracias a la eficacia de las intervenciones. Se recomienda extender este proceso a una muestra significativa para mejorar la calidad de vida de los pacientes cardiovasculares. El uso de la taxonomía estandarizada NANDA-NOC-NIC brinda una guía y fundamentación al profesional de enfermería para realizar el seguimiento a los pacientes con intervenciones quirúrgicas cardiovasculares. El cuidado holístico que provee el profesional de enfermería es de gran importancia al momento de brindar atención a los pacientes cardiovasculares, pues tiene en cuenta aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales, e involucra a los pacientes y sus familias en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación cardiaca. Se considera importante que las instituciones de salud de tercer nivel realicen una guía de atención domiciliaria que contenga un abordaje biopsicosocial para los pacientes en postoperatorio de cirugía cardiovascular.

REFERENCIAS

- Achury, D., Rodríguez-Colmenares, S., Agudelo-Contreras, L., Hoyos-Segura, J., y Acuña-Español, J. (2011). Calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular que asiste al programa de rehabilitación cardiaca. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 13(2), 49-74. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145222559004>
- Acuña, J., y Agudelo, L. (2007). *Calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular asistente al programa de rehabilitación cardiaca en fase II en una Institución de IV nivel en la ciudad de Bogotá* [Tesis de pregrado]. Pontificia Universidad Javeriana. <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/9748/tesis07-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Alonso, J., y cols. (2003). *Cuestionario de Salud SF-36 (versión 2) Versión española de SF-36v2™*. Health Survey ©. (1996, 2000). <https://bit.ly/3xOw4gc>
- Armstrong, G. (Agosto de 2021). *Estenosis mitral*. Manuales MSD Versión para profesionales. <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-cardiovasculares/enfermedades-valvulares/estenosis-mitral>
- Arrogante, O. (2015). Resiliencia en Enfermería: definición, evidencia empírica e intervenciones. *Index de Enfermería*, 24(4), 232-235. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000300009>
- Benjamin, E., Blaha, M., Chiuve, S., Cushman, M., Das, S., Deo, R., *et al*. (2017). *American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart Disease and Stroke Statistics-2017 Update: A Report From the American Heart Association*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5408160/>
- Bonow, O., Carabello, A., Chatterjee, K., de León A., Faxon D., Freed, M., *et al*. (2006).

- ACC/AHA 2006 Guidelines for the Management of Patients With Valvular Heart Disease. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines.* <https://doi.org/10.1161/CIRCULACIONAHA.106.176857>
- Díaz de Flores, L., Durán de Villalobos, M., Gallego de Pardo, P., Gómez, B., Gómez de Obando, E., González de Acuña, Y., Gutiérrez de Giraldo, M., Hernández, Á., Londoño, J., Moreno, M., Pérez, B., Rodríguez, C., Roza de Arévalo, C., Umaña de Lozano, C., Valbuena, S., Vargas, R., y Venegas Bustos, B. C. (2002). Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Aquichan*, 2(1), 19-23. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100004&lng=en&tlng=es.
- Fundación española del corazón. (2012). *Valvulopatía mitral*. Fundación española del corazón. <https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/valvulopatias/valvulopatias-mitral.html>
- Hernández, J., Jaimes, M., Carvajal, Y., Suárez, D., Medina, P., y Fajardo, S. (2016). Modelo de adaptación de Callista Roy: Instrumentos de valoración reportados por la literatura en escenarios cardiovasculares. *Cultura del Cuidado Enfermería*, 13(1), 6-21. <http://www.unilibre.edu.co/pereira/images/pdf/culturacuidado-revista2016.pdf>
- Honrubia, L. (2020). *El buscador: cuento para reflexionar sobre la vida. serendipia psicología*. Serendipia Psicología. <https://psicoterapiaserendipia.com/el-buscador-cuento-para-reflexionar/>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2009). *Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la Patología de la Válvula Mitral*. México DF: IMSS.
- Kasper, D., Fauci, A., Hauser, S., Longo, D., Jameson, L., Loscalzo, L. y Harrison, J. (2018). *Principios de Medicina Interna. Parte 6: Trastornos del aparato cardiovascular*; 20.^a Ed. Philadelphia: Mc Graw Hill
- León, M. (2007). La poesía-terapia: enfrentando y manejando el dolor. *Abra*, 27(36), 169-182. https://www.researchgate.net/publication/277876365_La_poesiaterapia_enfrentando_y_manejando_el_dolor
- López-Jiménez, F., Pérez-Terzic, C., Zeballos, P., Anchique, C., Burdiat, G., González, K., González, G., Fernández, R., Santibáñez, C., Herdy, A., Rodríguez, J., y Ibarra-Lomelí, H. (2013). Consenso de Rehabilitación Cardiovascular y Prevención Secundaria de las Sociedades Interamericana y Sudamericana de Cardiología. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 28(2), 189-224. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202013000200011&lng=es&tlng=es.
- Lugo, L., García, y Gómez, C. (2006). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 24(2), 37-50. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2006000200005&lng=en&tlng=es
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., y Swanson, E. (2014) *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. Elsevier. <https://enfermeriaactual.com/listado-intervenciones-nic/>
- Moorhead, S., Johnson, M., Mass, M. L., y Swanson, E. (2014). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)* (5ta ed.). ELSEVIER.
- Moorhead, S., Johnson, M., Mass, M. L., y Swanson, E. (2018). *Clasificación de diagnósticos enfermeros (NANDA)* (5ta ed.).

ELSEVIER.

- Quam, A. M. (2012). *Evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que asisten a la consulta externa de endocrinología del hospital Roosevelt* [tesis de pregrado, Universidad de San Carlos de Guatemala]. <https://biblioteca-farmacia.usac.edu.gt/Tesis/QF1251.pdf>
- Rodríguez, M., Pastor, A., López, S., (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, 349-372.
- Rodríguez, T. (2011). Manejo y orientación psicológica en el paciente con enfermedad cardiovascular en estado de gravedad. *Revista Psicología Científica*. <https://www.psicologiacientifica.com/enfermedad-cardiovascular-orientacion-psicologica/>
- Sarmiento, P., Botero, J., y Carvajal, G. (2013). Validez de constructo de la escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de roy, versión modificada en español. *Index de Enfermería*, 22(4), 233-236.
- Soto, P., Masalán, P., y Barrios, S. (2018). La educación en salud, un elemento central del cuidado de enfermería. *CLC. Rev. Med. Clin. Condes*, 29(3), 288-300.
- Trevizan, F., Miyazaki, M., Silva, Y., y Roque, C. (2017). Quality of life, depression, anxiety and coping strategies after heart transplantation. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*, 32(3), 162-170. <https://doi.org/10.21470/1678-9741-2017-0029>
- Vidal, B. Adamuz, T., y Feliu, B. (2009). Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Enfermería Global*, (17) http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300021&lng=es&tlng=es.
- Vidal, J., y Rodríguez, J. (2006). *Aspectos psicológicos en las enfermedades cardiovasculares*. Sociedad Española de Cardiología. <https://secardiologia.es/images/publicaciones/libros/2006-sec-monografia-aspectos-psicologicos.pdf>
- Yanguas, J., Díaz-Veiga, P., García, A., Galdona, N., y Sancho M. (2016). *Vivir en Positivo*. Obra Social “La Caiza”. https://fundacion-lacaixa.org/documents/10280/660546/vivir_en_positivo_es.pdf/0dd61d-de-59cd-47b7-b03e-64f670c7aa4e



Asociación Colombiana Estudiantil de Enfermería

¿QUIÉNES SOMOS?

"Somos una organización sin ánimo de lucro que busca promover y mejorar el ejercicio de la profesión de Enfermería e incentivar la agremiación, investigación y la formación académica integral en el país y en Latinoamérica".

OBJETIVOS

Fortalecer la profesión desde la academia, empoderando a los estudiantes para el crecimiento de enfermería.

Representar y promover los intereses y derechos de los estudiantes y profesionales de enfermería.

Propender por una enfermería visible y reconocida a nivel nacional e internacional.

Redes Sociales



/acoeen.nacional



@acoeen.nacional



@ACOEEN_Oficial



/ACOEEN Nacional



www.acoeen.org.co

CONVENIOS

OCE - Revista Comúncuidado - Boletín Zujucua - ASCEMCOL - ACEFIT - GeduSalud - ACOME - Elsevier.

DIRIGIDO A:

Estudiantes de enfermería profesional de Colombia.



Nursing now



2020

AÑO INTERNACIONAL
DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA
Y DE PARTERÍA

ENFERMERÍA
UNA VOZ PARA LIDERAR
LLEVANDO AL MUNDO HACIA LA SALUD



CRITERIOS DE PUBLICACIÓN

Comúncuidado pretende orientar al estudiante hacia una publicación más profesional, por medio de artículos de análisis de situaciones de la disciplina y de experiencias de trabajo que se realizan dentro de la dinámica de los diferentes planes de estudios. Teniendo en cuenta lo anterior, se establecen criterios de publicación amplios en los cuales se puede participar con artículos relacionados con

- Situaciones de Enfermería
- Casos clínicos
- Opiniones sobre el rumbo académico de nuestra formación profesional
- Opiniones sobre la situación actual de la enfermería del país o en general
- Experiencias de prácticas tanto hospitalarias como comunitarias
- Reseña de trabajos finales de alguna área
- Poesías
- Anécdotas
- Críticas

Los productos deben enmarcarse en los parámetros de respeto y responsabilidad sobre lo que se escribe y el aporte a la profesión.

¿QUIERES HACER PARTE DE LA REVISTA DE ESTUDIANTES?

Envía tus artículos a nuestro correo electrónico rcomcuid_febog@unal.edu.co

¡INGRESA AL AL EQUIPO DE COMÚNCUIDADO!

Encuétranos en:

Facebook: <https://www.facebook.com/RevistaComUNcuidado>

Instagram: https://www.instagram.com/revista_comuncuidado/

Whatsapp: (+57) 321 226 86 29



Comúncuidado

Revista de estudiantes de Enfermería