Volumen 18 No.2 - 2015
ISSN No. 1692-407X

ComunCuidado

Revista de Estudiantes de Enfermería

Artículo Investigativo
Lavado de manos en preescolares utilizando estrategias educativas constructivistas
Página 6

Caso Clínico
Cuidado de enfermería a la persona con alteración en el intercambio gaseoso
Página 30

Situación de Enfermería
Un alivio en medio del dolor
Página 36

Ensayo
Orgullosamente Bruja
Página 38

Revista Comuncuidado

Volumen 18 - 2/ ISSN 1692 – 407X

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Rector

Ignacio Mantilla Prada

Vicerrector, Sede Bogotá

Diego Fernando Hernández Losada

Director de Bienestar de Sede

Oscar Oliveros Garay

Coordinadora

Programa Gestión de Proyectos

Elizabeth Moreno Domínguez

Decana Facultad de Enfermería

Renata Virginia González

Directora de Bienestar

Facultad de Enfermería

Martha Patricia Bejarano

Corrección de estilo

Albalucia del Pilar Gutiérrez

Diagramación & Diseño

Juan Pablo Nieto

Impresor

GRACOM Gráficas Comerciales

COMITÉ EDITORIAL

Directora

Yeimy Marcela León Prieto

Editor

Edward Fernando Zambrano Molina

Comité de contenido y redacción

Jessica Hernández Torres

Germán Marentes Hortúa

David Matiz Vera

Revisión Docente

Martha Patricia Bejarano

Contacto

rcomcuid_febog@unal.edu.co

/comuncuidado.unal

@comUNcuidado

Issuu.com/gestiondeproyectos

Universidad Nacional de Colombia

Sede Bogotá

www.unal.edu.co

proyectoug_bog@unal.edu.co

proyectougbog@gmail.com

ugp.unal.edu.co

/gestiondeproyectosun

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.

COMUNCUIDADO 18-2

Marzo de 2015

Ubuntu,Light, Regular y **Bold**, Normal e *Itálica*

Impresa en los talleres de **GRACOM**

Gráficas Comerciales , Carrera 69K # 70-76.

500 ejemplares

Bogotá, Colombia, 2015

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE ENFERMERÍA

DIRECCIÓN DE BIENESTAR

DIRECCIÓN DE BIENESTAR UNIVERSITARIO

ÁREA DE ACOMPAÑAMIENTO INTEGRAL

PROGRAMA GESTIÓN DE PROYECTOS

CONTENIDO

Cartal al lector // Página 4

Artículos Investigativos

Lavado de manos en preescolares utilizando estrategias educativas constructivistas // Página 6

Alianzas estratégicas y aplicación del proceso de enfermería, para lograr una maternidad y crianza saludables, mediante el curso de maternidad y paternidad: un proyecto de vida en la localidad de Kennedy, año 2013 // Página 12

Situación de Enfermería

Eufonías patológicas // Página 19

Caso Clínico

Cuidado de enfermería a la persona con alteración en el intercambio gaseoso // Página 30

Situación de Enfermería

Un alivio en medio del dolor // Página 36

Ensayo

Orgullosamente bruja // Página 38

Poema

Estar // Página 42

TEXTO LITERARIO

Reminiscencias // Página 43

PARA LOS AUTORES

Criterios de Publicación // Página 45

Carta al lector

Mil gracias por la gentil invitación a tan maravilloso evento Panel Revista nada más y nada menos que en el marco del XVIII Seminario Internacional de Cuidado: Cuidado de la Salud de la Mujer como Motor del Desarrollo Social el 14 noviembre de 2014.

Recordar, compartir y observar la evolución, trayectoria y trascendencia que ha tenido la revista *ComUNcuidado*, antes revista *Proceso*, que cumple en este camino 25 años, es motivo de orgullo, pues los éxitos hasta ahora cosechados son fruto del compromiso, la entrega, dedicación, responsabilidad, competitividad, sensibilidad, mirada reflexiva - crítica y liderazgo de los equipos humanos estudiantiles que han hecho parte de la revista.

Me centro en dos reflexiones:

1. ¿Qué significó en mi vida pertenecer al grupo editorial de la revista *Proceso* (ahora *ComUNcuidado*)?

Crecimiento. Concebir tanto mi vida personal como la profesional de distinta forma gracias a los retos y tareas que se generaban: coherencia, exigencia, excelencia, disciplina, puntualidad, organización, metodología, solidaridad, respeto, felicidad, placer, capacidad de conectarnos e interactuar con estudiantes de todo el país aún sin la tecnología de los tiempos actuales; antes solo teléfono fijo, correo, cartas, máquina manual y la señorita Nohemí, secretaria de Decanatura, quien a veces nos prestaba su «supersofisticada» máquina eléctrica pues los primeros, muy costosos y grandes computadores llegaron al país y a nuestra Universidad a finales del año 91, ya a partir del 92 si usábamos computadores. También desarrollamos capacidad lectora de todas las revistas, libros y periódicos de la época (1990 - 1994) para estar actualizados y sacar de allí además de los temas sociales, investigativos, políticos, académicos y de salud, fotos y caricaturas, pues nos encontrábamos en pleno racionamiento eléctrico en el país. Esa exploración lectora nos abrió a un pensamiento reflexivo, crítico, argumentativo y propositivo en todos los entornos e instancias; la calidad estaba presente en todo lo que hacíamos, pero también la calidez y la sensibilidad humana.

Situación que me ha llevado, desde mi paso por esta Facultad, a pensar, sentir y actuar por el bienestar y dignidad de los otros, para esto, junto a otros interesados, se han creado 11 grupos de trabajo que permitieran abordar las dificultades que en un momento dado podían comprometer la permanencia de esos brillantes estudiantes que habían ingresado a nuestra Facultad, entre ellos la misma representación estudiantil, la revista *Proceso*, usuarios de préstamo beca, madres y padres, indígenas y negros, grupo Encuentro, en fin, lo que sirviera; eso sí sin dejar de ser excelentes estudiantes para no perder credibilidad ante compañeros y docentes.

Mi trabajo de grado fue *Humanización del Servicio de Urgencias del Hospital San Juan de Dios: Programa de Capacitación al Personal de Enfermería.* Fui la magistrada más joven que ha llegado al Tribunal Nacional Ético de Enfermería (2006 - 2010), y todo ello me ha permitido venir de una sesión del Tribunal Departamental Ético de Enfermería Centroriental y firmar mi nombramiento como presidenta de este cuerpo colegiado.

2. ¿Qué enseñanzas o aporte me brindó esta actividad?

Puedo decir que en esencia son tres. La primera enseñanza: amistad, respeto, tolerancia, amor y sentido de pertenencia por las personas (estudiantes, colegas, nuestras propias familias y las de nuestros amigos), la Facultad (docentes, administrativos), la Universidad, nuestra ciudad y el país, independientemente de sus particularidades, limitaciones, debilidades o errores. La segunda, gran capacidad de trabajo en equipo, a partir del reconocimiento, la aceptación y la potenciación de las diferencias, pues solo de esa manera es posible construir, proponer, transformar para que la idea perdure en el tiempo, como decía Luis Carlos Galán Sarmiento «una buena idea es aquella que no muere si muere el que la gestó». Y la tercera, una formación política que me permitió entender el contexto local, regional y mundial, además de hacerme más sensible frente a todo lo que ocurre en nuestro entorno, por eso conseguí participar y gestionar activamente, ya que desde mi perspectiva no es posible generar cambios si nos quedamos solamente en observar o criticar, en este sentido, soñar constantemente con entornos distintos y desde nuestra actividad particular significa trabajar para transformarlos; a través de la coherencia y la consistencia con nuestros valores, principios, pensamientos y acciones, sin levantar pensamientos, palabras o acciones para dañar a nadie. En conclusión, siempre se hará, se dirá o se pensará si se puede aportar o ayudar.

Dios los bendiga por haber pensado en mí para este momento y la invitación es a todos quienes actualmente están en la revista *ComUNcuidado* y a los demás miembros de la Facultad para que se comprometan a participar en la dirección de la revista o a escribir en ella y para ella, todo lo que ganarán es placentero y motivante, y hará de su paso por la Facultad una huella imborrable en su vida personal y profesional, algo maravilloso y distinto a lo que ocurre con el común de la gente.

Muchas gracias, cordialmente,

Elizabeth Murrain Knudson

Autocuidado: lavado de manos en preescolares utilizando estrategias educativas constructivistas

Mónica Tatiana Correa Medina
mtcorream@unal.edu.co
Estudiante de Enfermería IX Semestre
Universidad Nacional de Colombia

Francisco Fernando Salgado Ruano
ffsalgador@unal.edu.co
Estudiante de Enfermería X Semestre
Universidad Nacional de Colombia

Harold Ellis Suescun
helliss@unal.edu.co
Estudiante de Enfermería IX Semestre
Universidad Nacional de Colombia

Asesora: Yaneth Mercedes Parrado Lozano.
ymparradol@unal.edu.co
Profesora asociada Facultad de Enfermería.
Universidad Nacional de Colombia

Introducción

Teniendo presente que es más fácil crear hábitos que modificar los ya existentes (Abril, et al, 2012, 361), surge la necesidad de instaurar intervenciones dirigidas a los niños y niñas que aún están adoptando hábitos; sin embargo, aunque se ha demostrado que la educación permite la adquisición de estos y, por consiguiente, la prevención de enfermedades, es preciso hacer visibles estrategias educativas efectivas que ayuden a menores de 5 años a aprender la importancia y la manera correcta de realizar el lavado de manos como parte de su cuidado.

La enfermedad diarreica aguda (EDA) y la infección respiratoria aguda (IRA) tienen gran incidencia e impacto en la salud de niños y niñas menores de 5 años, así lo reporta la literatura científica, que las identifica dentro de las primeras causas de mortalidad y morbilidad en esta población, tanto en el ámbito mundial como en el nacional. Existen condiciones sociales, de infraestructura, culturales y de

deficiencia de conocimientos que influyen en los hábitos, así, estas conductas pueden convertirse en saludables o nocivas para la salud. La información y la educación permanente regula el cuidado y la adquisición de hábitos saludables.

Este trabajo de grado modalidad pasantía, se deriva de los avances de la «propuesta de intervención de autocuidado para la promoción de hábitos saludables, frente a la prevención y control de enfermedades infecciosas en niños de la localidad de Kennedy» (proyecto financiado COL0002985), la cual señala la importancia y necesidad de implementar el lavado de manos como mejor estrategia costo efectiva en la prevención de infecciones en niños.

El propósito fue aportar en la prevención de peligros para la vida, a partir del fortalecimiento del autocuidado, para así promocionar el lavado de manos en niños y niñas de primera infancia del Colegio José Acevedo y Gómez (CJAG) durante el primer semestre de 2014 en localidad cuarta San Cristóbal Bogotá, mediante la medición del hábito y proceso del lavado de manos antes y después de una intervención, la cual se centró en un proceso educativo de reforzamiento positivo de rutinas de lavado de manos.

Es fundamental que enfermería diseñe intervenciones que posibiliten brindar conocimientos necesarios para que niños y niñas logren adquirir hábitos que refuercen acciones de su autocuidado y el mantenimiento de su salud. Dorothea Orem (2001), en su teoría de sistemas de enfermería, manifiesta que este es apoyo y educación, y el papel de enfermería se enfoca en comunicar conocimientos y habilidades que permitan al sujeto (en este caso los niños) ir construyendo decisiones, adquiriendo y reforzando conocimientos y habilidades frente al cuidado de su salud.

La intervención consideró el nivel de desarrollo de los menores, además de un modelo pedagógico que facilitara el aprendizaje de los niños y guiara las estrategias de enseñanza de autocuidado por parte de los enfermeros, este se fundamentó en el *constructivismo sociocultural*, enfoque que propone como factor importante para que la persona aprenda la interacción social, la construcción de significados, la actuación en un entorno estructurado, la interacción con otras personas de forma intencional, además de proponer el empleo de estrategias pedagógicas innovadoras (Chaves, 2001, 60).

Objetivos

Medir antes de la intervención el hábito de lavado de manos en los niños y niñas de primera infancia del Colegio José Acevedo y Gómez IED (CJAG).

Realizar la intervención: Proceso educativo que aporta a la construcción del significado del autocuidado de la salud en los niños y niñas menores de cinco años del CJAG, mediante la enseñanza del hábito adecuado de lavado de manos en varias

sesiones, para ello se utilizará música, pintura, teatro y narrativa como estrategias pedagógicas innovadoras desde el constructivismo social, con el fin de motivar el desarrollo del conocimiento y la interacción de los niños, maestros y enfermeros para establecer el hábito adecuado a partir del fortalecimiento positivo.

Medir después de la intervención el hábito de lavado de manos en los niños y niñas de primera infancia del Colegio José Acevedo y Gómez IED (CJAG).

Método

Trabajo cuantitativo, diseño cuasi-experimental, tomando una población intencional con todos los niños y niñas de primera infancia del CJAG jornada tarde (70), de los cursos jardín (2) y transición (2). La información se obtuvo por medición del hábito y el proceso de lavado de manos antes y después de la intervención, con un instrumento diseñado para la investigación, que fue validado por cinco pares. El fortalecimiento del hábito se logró a través de una estrategia educativa, incorporada en la franja de clases, que se realizó en cuatro encuentros de trabajo lúdico con cada curso para un total de 16 sesiones educativas de interacción y reforzamiento positivo de la rutina de lavado de manos según estrategia multimodal OMS, afianzado en lineamientos del constructivismo sociocultural para mejorar el autocuidado; se utilizaron juegos, música, trabajo con sombras, cuentos y títeres que son significativos para los niños y niñas y, por lo tanto, permitieron centrar la atención e interés en el tema específico de cada sesión. Se consideró la experiencia del jardín infantil de la Universidad Nacional de Colombia, que centra su educación en un modelo sociocultural, se realizaron visitas de observación al jardín que ayudaron a los investigadores a construir la intervención.

Resultados

La medición antes y después muestra cambios importantes en el hábito, conocimiento y técnica del lavado de manos de los niños y las niñas.

Uno de los pocos pasos del lavado de manos que realizaban los niños y las niñas inicialmente era el de sus palmas, posterior a la intervención se logró que los demás pasos del lavado de manos fueran conocidos y utilizados; el de los dorsos mejoró en un 92,4 % en comparación con los resultados obtenidos en la medición inicial, las palmas aunque era realizado antes en el lavado aumentó el 32,3% en la medición posterior. En cuanto al lavado de los dedos se obtuvo que 85,4 % de los niños no realizaban este paso en la medición inicial, posteriormente se logró que lo incluyeran en su lavado de manos. El lavado del dedo pulgar tuvo una mejoría de 84,8 % y el de las uñas un 76 %. Se pudo identificar que a medida que se avanza en los pasos del lavado de manos es más difícil para los niños recordar los últimos pasos; sin embargo, se logró una mejoría notoria con la intervención y un afianzamiento del

conocimiento para establecer el hábito mediante la utilización de las diferentes estrategias pedagógicas innovadoras que aportan una experiencia de interacción para el fortalecimiento del autocuidado de los niños.

El lavado de manos que para esta investigación se denominó social o común (todas las partes de la mano al mismo tiempo en forma circular) era usado por los niños en la medición inicial en un 54,5 % y en un 17,3 % a veces, es decir, un 71,8 % hacían uso de este tipo de lavado, posterior a la intervención educativa se logró una reducción significativa del lavado social o común, en la medición posterior el 90,3 % nunca realizó este tipo de lavado.

En cuanto a los momentos para el lavado de manos se identificó que después de usar el baño un 70 % lavaban sus manos, aunque lo hacían sin jabón pues este no existía, posterior a la intervención aumentó a un 77,6 % el lavado después de usar el baño en su mayoría usando jabón. Otro momento en el que se vio un impacto positivo fue el del lavado antes de comer; en la medición inicial el 43,7 % de los niños lo realizaba y en la medición posterior el 62,7 %. Un momento que no logró ser observado fácilmente en la medición inicial fue el lavado de manos después de jugar; sin embargo, en la medición final se observó que el 90,3 % de los niños realizaba el lavado de sus manos en este momento. Antes de entrar al baño fue uno de los momentos más difíciles de enseñar a los niños, debido a que no existe este hábito, sin embargo, se logró que el 34,3 % de los niños lo realizaran a veces. La observación del momento de después de toser, estornudar o sonarse fue difícil de realizar tanto en la medición anterior como posterior a la intervención, por lo cual no se logró identificar si hubo un cambio; no obstante, se sabe que este comportamiento es protector. El último de los momentos trabajado con los niños fue el de lavar sus manos antes de iniciar sus actividades en el colegio, se observó que en este momento no se realizó lavado ni antes ni después de la intervención, pues el colegio considera que no es necesario que los niños vayan al baño apenas llegan porque asumen que en su casa ya han entrado al baño. Es importante resaltar que el baño tiene barreras de altura que dificultan el acceso de los niños.

Para el secado de las manos, los niños no cuentan con toallas de papel por lo que el 94,6 % usaban la ropa con este fin, en la intervención se enseñó el uso de la aireación para el secado como una estrategia efectiva y económica, con esto se logró disminuir el uso de la ropa en un 55,8 %, en la medición postest solo el 38,8 % continuaban usando este elemento.

Conclusiones

Los niños y niñas de primera infancia son el grupo prioritario para que enfermería establezca aprendizajes tempranos de hábitos saludables que los conduce por el camino de cuidar de ellos y de los demás.

Las estrategias educativas innovadoras desde el constructivismo sociocultural permiten que los niños menores de 5 años mejoren su autocuidado mediante la interacción que los lleva a la adquisición de conocimientos significativos sobre hábitos saludables.

Es importante hacer partícipes en forma directa a las docentes durante todo el proceso, debido a que los niños aprenden a partir de la repetición y para lograr cambios permanentes se requiere mayor tiempo de intervención, son las docentes quienes pueden gestar mejor el cambio, mediante refuerzos positivos en el tiempo.

Fue útil contar con un instructivo en el baño que facilitó recordar los pasos del lavado de manos; este afiche derivado del proyecto *COL0002985* ayudó a orientar a los niños en el aprendizaje y reforzamiento del hábito.

La investigación identificó que no es suficiente enseñar la técnica correcta del lavado de manos, ya que también se requieren elementos como la infraestructura (baños adaptados a la necesidad de los niños) y los recursos básicos como suministro permanente de jabón.

Enfermería se constituye en el motor que genera la energía para que las personas y comunidades adquieran conocimientos y experimenten un cambio para el cuidado de las experiencias de salud.

Bibliografía

Abril, E. et al. (2012). Promoción de hábitos saludables en escolares de Hermosillo, Sonora, México. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología, 50*(3), 354-364 Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032012000300010

Chaves, A.L. (2001). Implicaciones educativas de la teoría sociocultural de Vigostky. *Revista educación, 25*(2), 59-65. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44025206

Coll, C. & Sole, I. (2006). *El constructivismo en el aula*. Barcelona, España: Editorial Grao.

E.S.E Hospital San Cristobal (2014). *Enfermedad Respiratoria Aguda, Volumen 2*. Recuperado de: http://www.esesancristobal.gov.co/index.php/es/inicio/documentos-situacion-en-salud-localidad-iv/category/196-boletines-epidemiologicos-2013?download=3518:boletin-epidemiologico-dic-2013.

Orem, D. E. (2001). Nursing: concepts of practice. 6th ed. St lous, Mo: Mosb.

Serrano, J. M. & Pons R. M. (2011). El Constructivismo hoy: enfoques constructivistas en educación. *Revista electrónica de investigación educativa, 13* (1). 1-27. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-40412011000100001

Zubiría, H. D. (2004). *El constructivismo en los procesos de enseñanza-aprendizaje en el siglo XXI*. México: Plaza y Valdés P y P editores.

Alianzas estratégicas y aplicación del proceso de enfermería, para lograr una maternidad y crianza saludables mediante el curso de maternidad y paternidad: un proyecto de vida en la localidad de Kennedy, año 2013

María Alejandra Pascagaza Correa
mapascagazac@unal.edu.co

Lizeth Paola Sánchez Guerra
lpsanchezg@unale.du.co
Estudiantes de Enfermería – X Semestre
Universidad Nacional de Colombia

Asesora: Martha Patricia Bejarano Beltrán
mpbejaranob@unal.edu.co
Profesora Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Introducción

El proyecto fue llevado a cabo mediante un trabajo interinstitucional, el equipo estuvo conformado por: Instituto de Bienestar Familiar (ICBF), quienes permitieron trabajar con la población gestante de la zona de Kennedy, en este caso zona Carvajal, Barrio Alquería la Fragua, además el grupo de madres comunitarias FAMI quienes con su colaboración aportaron al curso con su cumplimiento y responsabilidad en las actividades que se realizaron con las gestantes, familia y el grupo de estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia de la Facultad de Enfermería quienes realizaban su pasantía y buscaban así contribuir a la mejora de la calidad de vida de las gestantes en sus etapas de gestación, parto y posparto. Este proyecto se llevó a cabo en el segundo semestre del año 2013.

Justificación

Las causas de mortalidad materna pueden ser directas e indirectas durante la gestación, el parto y el puerperio, a nivel mundial, aproximadamente un 80 % de las muertes maternas son debidas a causas directas. Las cuatro causas principales son las hemorragias intensas (generalmente puerperales), las infecciones (septicemia en la mayoría de los casos), los trastornos hipertensivos del embarazo (generalmente la eclampsia) y el parto obstruido, entre las causas indirectas (20 %) se encuentran enfermedades que complican el embarazo o son agravadas por él, como el paludismo, la anemia, el VIH/SIDA o las enfermedades cardiovasculares (OMS, 2005).

La mayoría de las causas de mortalidad materna son prevenibles, con una buena educación a las gestantes y a sus familias, con la adecuada cobertura en salud y asistencia médica, y la identificación oportuna de riesgos y la intervención en tratamientos oportuna y adecuada, por lo tanto, desde la Universidad Nacional de Colombia, específicamente desde la Facultad de Enfermería, lo que se busca en el desarrollo del curso de maternidad y paternidad: un proyecto de vida, es contribuir a disminuir estas cifras de mortalidad materna, brindando educación en signos de alarma e identificación oportuna de éstos para su remisión y tratamiento oportuno.

Objetivo general

Promover prácticas saludables en las mujeres gestantes que asisten al curso de maternidad y paternidad un proyecto de vida, pertenecientes a los hogares FAMI de la localidad de Kennedy, UPZ 45 Carvajal, barrio Alquería la Fragua, para contribuir en la disminución de la morbimortalidad materna perinatal, a partir de una identificación oportuna de factores de riesgo para su remisión y tratamiento.

Objetivos específicos

Brindar educación a las gestantes, familia y madres FAMI en el proceso de gestación, parto y posparto mediante el curso de "maternidad y paternidad: un proyecto de vida".

Capacitar a las madres comunitarias FAMI en diferentes temáticas del área materna para que identifiquen y actúen oportunamente en presencia de factores de riesgo.

Identificar los principales factores de riesgo de las madres gestantes por medio de la consulta colectiva.

Aplicar el proceso de atención de enfermería a una gestante clasificada en alto riesgo, tomando como referente la teoría "adopción del rol maternal" de la enfermera teórica Ramona Mercer, para lo cual se mostrará el resultado de un estudio de caso.

Cada uno de estos objetivos fue llevado a cabo en su totalidad, se brindó educación a 23 gestantes, y aproximadamente a 6 lactantes que asistieron ocasionalmente al curso.

Se ofrecieron espacios de comodidad y de participación, se realizaron exposiciones dinámicas, como socio dramas, sopas de letras, concéntrese, actividades de danza terapia, músico terapia, relación y ejercicios de preparación para el parto, además se brindó información acerca de cuidados en el posparto y cuidados al recién nacido, los temas principales tratados fueron cuidado y reconocimiento de sí mismas como gestantes, el cuidado de su bebé por nacer, hábitos de higiene, alimentación y ejercicio, prevención de ITS, temática del VIH, reconocimiento de las etapas del parto, manejo de la respiración y, por último, la identificación del control prenatal y la identificación oportuna de los signos de alarma.

En la capacitación a las madres comunitarias FAMI se trataron cinco temas a saber: importancia del control prenatal, toma e interpretación de los signos vitales, identificación e importancia de los signos de alarma, reconocimiento de las etapas del parto, uso de herramientas tecnológicas e informáticas para la realización de proyectos y proceso de cómo realizar un proyecto; estos se expusieron en tres sesiones presenciales en la Universidad Nacional de Colombia.

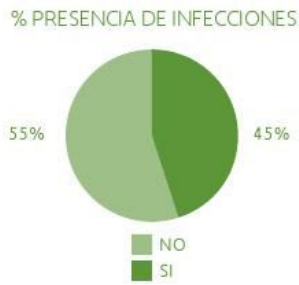
Cabe resaltar que de las 23 gestantes asistentes al curso, 12 tuvieron sus bebés en las primeras semanas del mismo, 5 de estos nacimientos fueron cesáreas y 7 partos normales, la causa de las cesáreas fue mala posición del bebé, pero no presentaron ninguna complicación, todos fueron niños a término, con buenas condiciones de salud. (Ver gráficas 1 y 2).

Gráfica 1 (izquierda): Número de partos durante las primeras semanas del curso

Gráfica 2 (derecha): Tipo de parto

Por tal motivo, se realiza seguimiento y control a 11 gestantes, llevado en el registro de la sábana de riesgos; estas gestantes fueron seleccionadas por la continuidad en la asistencia al curso e interés por el control brindado. De estas 11 gestantes, 6 presentaron signos de alarma: el dolor de cabeza fue uno de los signos más relevantes, de estas 11 gestantes, 5 presentaron infecciones de tipo vaginal y urinario que fueron tratadas oportunamente. (Ver gráfica 3, 4 y 5). De estas 11 gestantes ninguna tuvo complicaciones en el embarazo en el tiempo en que se realizó el curso.

Gráfica 3: Seguimientos hechos a las madres gestantes



Gráfica 4 (izquierda): Porcentaje de signos de alarma

Gráfica 5 (derecha): Porcentaje de presencia de infecciones

Aplicación del proceso de enfermería

Durante la primera sesión del curso de maternidad y paternidad como un proyecto de vida se realizó un registro general de todas las gestantes asistentes ese día y al finalizar la sesión se realizó la primera consulta colectiva e individual donde se analizó cada caso.

Al realizar este proceso se encontró a la paciente DCA de 24 años de edad, procedente de Alcalá (Valle del Cauca), quien había vivido los últimos años en la ciudad de Cali y llegó a Bogotá en el mes de julio junto con su pareja actual JR, también un joven de 24 años de edad. DCA es madre de tres niños de 2, 4 y 6 años de edad, los cuales dejó al cuidado de su abuela en la ciudad de Cali. Al momento de la primera entrevista, durante la sesión 1 del curso, DCA refirió no haber tenido ningún control prenatal, ya que al venirse de la ciudad de Cali no pudo recibir atención por parte de su EPS en Bogotá, y a pesar de realizar todos los trámites con ayuda de la madre comunitaria FAMI no recibió ninguna respuesta, además de esto no contaban con ingresos económicos, pues su esposo, JR, en la primera semana de trabajo tuvo un accidente laboral el cual lo incapacitó y ella estaba a cargo tanto de las actividades del hogar como del cuidado de su esposo y estaban recibiendo ayuda únicamente de la mamá de su esposo, quien mensualmente les colaboraba en el pago de sus principales gastos.

Al realizar la valoración, la gestante refiere haber tenido complicaciones de diabetes y anemia gestacional en sus anteriores embarazos; en la actual gestación, refiere haber tenido la mayoría de los signos y síntomas de alarma como: dolores de cabeza, visión borrosa, polidipsia, polifagia, sin edemas, también refirió haber sentido cansancio y debilidad en las últimas semanas previas a esta primera valoración. Durante las siguientes tres sesiones se realizó consulta colectiva de seguimiento a la paciente y se encontró en ella todos los factores de riesgo en los que se debía intervenir. Durante el curso solo se pudo realizar el seguimiento en las primeras cuatro sesiones, ya que la paciente tuvo su parto previo a la fecha prevista por lo cual se realizaron tres visitas posteriores en su casa.

Imagen 1: Foto tomada en el curso de preparación para la maternidad y paternidad como un proyecto de vida. El día 21 de noviembre de 2013, por las estudiantes de Enfermería con previo consentimiento de las asistentes

Se realiza plan de enfermería con sus 12 dominios, resaltando el dominio de rol y relaciones, sexualidad y autoconcepto por los hallazgos de la valoración; como resultado de estas intervenciones realizadas en todo el seguimiento del curso y en su domicilio, se logra vincular al sistema de salud de Bogotá, por medio de la Secretaria de Salud, la gestante es atendida como prioridad por su situación actual , además se brinda la educación necesaria para su cuidado y el de su bebé, se fomenta el vínculo padres – hijo, se logra fortalecer el autoconcepto y la autoestima, se motiva a la búsqueda y utilización de sus redes de apoyo y se hace una gran labor en la educación y sensibilización en la utilización de un método definitivo de planificación familiar; este no se llevó a cabo por decisión y consentimiento de la paciente.

Conclusiones

El curso de preparación para la maternidad y la paternidad como un proyecto de vida es una herramienta útil para reducir la morbilidad y mortalidad materna, ya

que en éste se brinda la información suficiente a las gestantes, familias y madres FAMI que deben tener en cuenta para llevar una gestación saludable, prevenir los factores de riesgo, cómo identificarlos y cómo actuar de manera adecuada en presencia de éstos.

Es importante el papel de enfermería desde la educación, ya que se proporcionan herramientas que permiten a las gestantes, familias y madres FAMI generar conductas protectoras para la salud durante la gestación, parto, posparto y para el cuidado del recién nacido.

Recomendaciones

Se debe incentivar a las gestantes a iniciar tempranamente el curso de preparación para la maternidad y paternidad como un proyecto de vida para que puedan asistir a la totalidad de las sesiones y realmente contribuya en su proceso de gestación, parto y posparto, pues en este es posible adquirir nuevos conocimientos y compartir experiencias junto con otras gestantes.

Es necesario seguir brindando el curso en la localidad de Kennedy para los hogares FAMI que aún no han sido cubiertos, de igual manera, se debe tratar de realizar el curso en otras localidades si es posible para lograr una cobertura mayor en el Distrito.

Se deben continuar capacitando las madres comunitarias FAMI, ya que ellas tienen a su cargo una gran labor social para la cual se deben preparar cada día mejor y al igual que con el curso, se debe lograr una mayor cobertura a nivel distrital.

Bibliografía

Organización Mundial de la Salud, (2005). *Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán!* Ginebra. p. 62. Disponible en: http://www.who.int/whr/2005/es/index.html.

Secretaria Distrital de Salud, (2007). *Cero indiferencia con la mortalidad materna y perinatal. En Bogotá vale la pena nacer.* Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/Publicaciones/Desarrollo%20de%20Servicios/Gu%C3%ADas%20para%20l%20atenci%C3%B3n%20Materno%20Perinatal/Pol%C3%ADtica%20salud%20materna%20mayo%20de%202007

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, (2009). *Guía operativa para la prestación del servicio de atención integral a la primera infancia. Programa "familia, mujer e infancia"*. Disponible en: http://www.oei.es/pdf2/guia_prestacion_servicios_atencion_primera_infancia.pdf

Pérez Orozco, A. & Cifuentes Bernal, B. (s/f). *Las madres comunitarias del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar comprometidas con la atención integral de los niños en condiciones de pobreza y/o situación vulnerable.* Disponible en: http://guayacan.uninorte.edu.co/divisiones/iese/lumen/ediciones/6/articulos/madres_comunitarias.pdf

Bejarano Beltrán, M. P. & Bejarano Beltrán, N. (2004). "Maternidad y paternidad: un proyecto de vida". Curso dictado en la Universidad Nacional de Colombia.

McCloskey, J. (2000). *Clasificación de intervenciones de enfermería.* (CIE). Barcelona: Editorial Harcourt.

Moorhead, S. & Jonson, M. (2005). *Clasificación de resultados de enfermería* (NOC). España: Editorial Elsevier.

Situación de enfermería: eufonías patológicas

Christian David Sánchez Castro
chdsanchezca@unal.edu.co
Estudiante de Enfermería X Semestre
Universidad Nacional de Colombia

Yulieth Andrea Giraldo Vásquez
yagiraldov@unal.edu.co
Estudiante de Enfermería X Semestre
Universidad Nacional de Colombia

Paola Andrea Cendales Rodríguez
pacendalesr@unal.edu.co
Estudiante de Enfermería X Semestre
Universidad Nacional de Colombia

Geraldine Guevara Palacio
geguevarapa@unal.edu.co
Estudiante de Enfermería X Semestre
Universidad Nacional de Colombia

Angie Lorena González Tovar
algonzalezt@unal.edu.co
Estudiante de Enfermería X Semestre
Universidad Nacional de Colombia

Jessica Lorena Hernández Torres
jlhernandezt@unal.edu.co
Estudiante de Enfermería X Semestre
Universidad Nacional de Colombia

Carlos Alberto Gómez Garzón
caagomezga@unal.edu.co
Estudiante de Enfermería X Semestre
Universidad Nacional de Colombia

Son tan efímeros los momentos que cada día recorremos, los caminos que cruzamos y el parecer de ideas en el que vivimos, son tan minúsculos los dolores cuando se reducen a sentimientos llenos de tristeza y alegría, interminables casi las noches

en que las neuronas inician un viaje hacia sinapsis inexplicables que sobrevuelan lo real para pasar a paisajes paradisiacos y abstraernos de esa realidad patológica en la que vivimos, esa que cada día absorbe más la esencia del ser humano, innumerables esencias que emana cada persona, la esencia a viejos que expiran los adolescentes, la juventud eterna de los ancestros soñadores, la muerte que acompaña al mismo tiempo el nacimiento... ¿Pero al final cuál es esa esencia?

Letra tras letra van formando acordes como música en un concierto, una tras otra se acumulan y surgen poco a poco pequeñas pixeladas que forjan entre sí el rostro de ese sujeto que sinuosamente se fue acercando tras colores de batalla furtiva, ligada a paredes blancas, fuerte olor a cloro, faldas largas y gruñonas rodando tras los pasillos que se estremecen cuando la noche camina, así, la luna vigila la danza mecánica de cada autómata que impone su marcha a quienes apacibles esperamos la arraigada armonía entre mente, cuerpo y alma, y así experimentar al unísono nuestro transcurrir. (Watson J. [s.d])

Falta poco para que el ritmo de las pulsaciones sea cercano a las líneas isoeléctricas que se dibujan cuando cesan las funciones valvulares del tambor, que desborda melodías líquidas de color escarlata, manteniendo el fulgor en un cuerpo desgastado con la estela vibrante de una mente tan joven e inquieta, abanderada por el poder pintoresco que engrandece la magia de la palabra.

Es ahora cuando soy consciente de cada eufonía interpretada armoniosamente por las células que encajan en mi ser, siento como imperiosamente las miles de neuronas presentes allí teclean un sinnúmero de ideas poco escritas y jamás recordadas, cual partituras nacidas de un viejo piano imaginario.

Entra entonces con sus vientos majestuosos y sus ruidos estridentes el más grave trombón, inhala aire y exhala melodía, dirigiendo así sus más suaves vibraciones como nutrientes a cada instrumento de esta orquesta que hoy entiendo, es mi cuerpo. La pequeña flauta ya invadida por viscosos y poco cristalinos fluidos pierde fuerza y genera poco a poco un compás agudo y poco armónico, pequeña flauta insonora que pudo darme compañía, pudo permitirme dejar frutos de este ser. Cualquiera podría sentirse sola, cualquiera desearía pensar en lo que pudo ser y no fue, quizá trato de comprender cómo es vivir en compañía, en comunión; sin embargo, esta flauta hace trastabillar el resto de la sinfonía, este piano vagabundea, los retumbos de este tambor pierden su ritmo y el trombón no tiene fuerza ya.

Ahora sé lo que pedí, no intenten reconstruir las partituras para hacer sonar este cuerpo gélido, tembloroso e inerme, esta voluntad deleble solo pide paz. Voces, manos, pieles, instrumentos. Siento frío, aún más frío. Fortuitamente quien pretende creerse director de mi orquesta desea continuar, pero aún no entiende esta

justa voluntad, una voz consciente aboga por que se culmine la obra con un cierre del telón y un aplauso a la función.

Cuando todo acaba, una función más debe comenzar, entra el siguiente número con su melancolía latente, me cubre, soy consciente de cada movimiento, siento como pasa su mano y con tenue sonrisa evita que mis pensamientos quieran abrumarse, quiero sentir aún ese calor que me hacía latir, esas emociones que sin hablar sometían a tan placenteros cuidados cada despertar. No sé cómo decirle que me gusta cada cosa que realiza, si pudiera tan solo en un movimiento compartir el gusto de ver cuánto se preocupa por mi intimidad, lo haría. Veo por sus ojos y estoy más que satisfecha sabiendo que no soy la única que contempla la vida como un arte, con la interpretación del mundo del otro, retratando las emociones, las vivencias y los sentires, protegiéndome y preservando mi dignidad, acompañándome y así envaneciendo el miedo a la muerte.

[...]Muerte, no te envanezcas, aunque te hallan llamado poderosa y terrible pues tú no eres así, ya que aquellos que crees por tu fuerza abatidos no mueren, pobre muerte, ni a mí puedes matarme, esclava eres del destino del azar, de reyes y desesperados. Moras con el veneno, con la guerra y los males. También puede la amapola y la magia dormirnos y mejor que tu golpe. ¿Y por qué te envaneces? Pasado un breve sueño despertamos eternos, y muerte ya no habrá más, muerte, tu morirás... (Donne J. [s.d])

Análisis de la situación

Patrones de conocimiento

Patrón de conocimiento empírico

El patrón empírico se presenta cuando en la enfermera se afinan algunos de sus sentidos como el tacto, el oído y la vista, deja de ser un simple espectador de aquel concierto y se permite interpretar durante la función el llamado de enfermería, es capaz de reconocer aquellos minúsculos dolores presentes en la paciente, reducidos a sentimientos de tristeza y alegría interminables, en donde las neuronas inician sus viajes de sinapsis inexplicables cada noche y traen aquel cuerpo a la realidad patológica en la que vive.

Es allí donde el espectador comienza a desempeñar su función como cuidador y se permite realizar acciones competentes fundamentadas en el objeto de enfermería el «cuidado», su conocimiento no se limita al cuidado de cada instrumento, ella cuida de una orquesta, una orquesta que necesita más que un simple arreglo, necesita amor, cariño, escucha. Es así como, luego de interminables espectáculos, se permite atender los deseos de aquella mujer que anhela comprender cómo es vivir en compañía y en comunión, se da cuenta de que su cuidado debe tener el enfoque de una de las premisas básicas de la Teoría de Cuidado Humano de Jean

Watson: «las personas necesitan la ayuda y el amor de los demás» (Rivera Álvarez et al.[s.d]). Es desde aquel momento en que la enfermera se permite crear un ambiente de empatía con aquel ser holístico y comienza a florecer en cada despertar cuidados placenteros conformados por sonrisas, caricias, protección, preservación de la dignidad e intervenciones que poco a poco van sacando de su ser el miedo a la muerte.

Patrón de conocimiento personal

La enfermera ejerce este patrón cuando permite que sus cualidades personales la lleven a interactuar positivamente con la mujer sujeto de cuidado, esto la lleva a crear un ambiente empático donde es importante estar en el sentir del otro, fortalecer la disposición a escuchar y la capacidad de percibir las necesidades de cuidado.

Esto se ve reflejado en el momento en que la paciente hace visible el gusto que siente frente las intervenciones realizadas por la enfermera, en donde manifiesta por medio de la siguiente frase:

> Veo por sus ojos y me siento más que satisfecha sabiendo que no soy la única que contempla la vida como un arte, con la interpretación del mundo del otro, retratando las emociones, las vivencias y los sentires, protegiéndome y preservando mi dignidad, acompañándome y así envaneciendo el miedo a la muerte…

La interacción positiva entre enfermera-paciente se ve en el reflejo de la creación de un ambiente empático en donde se tiene como base el sentir del otro. Además la enfermera se permite a través de sus cuidados hacer realidad una relación auténtica, donde considera a la paciente un asunto importante, para lo cual debe comprometerse y no mostrar indiferencia, hecho que se hace evidente mediante la expresión de la paciente:

> Cuando todo acaba, una función más debe comenzar, entra el siguiente número con su melancolía latente, me cubre, soy consciente de cada movimiento, siento como pasa su mano y con tenue sonrisa evita que mis pensamientos quieran abrumarse, quiero sentir aún ese calor que me hacía latir, esas emociones que sin hablar sometían a tan placenteros cuidados cada despertar.

Aquella mujer con cuerpo desgatado, con gratitud desearía poder expresar a la enfermera por medio de algún movimiento o gesto el gusto que para ella genera cada intervención, intervención que es el reflejo de una constante preocupación por su intimidad.

Patrón de conocimiento ético

La enfermera logra reconocer a la mujer como un ser humano que demanda cuidado, no la ve como un objeto de estudio cuya palabra o posición no tiene valor, esto le permite tener una relación basada en el respeto por el otro, por su pensamiento, su decisión y, sobre todo, por su dignidad.

En esta situación, la enfermera, mediante el amor, la comprensión y el apoyo, dignificó a la paciente, para ello tuvo en cuenta en su práctica de cuidado dos principios éticos de enfermería: *autonomía y fidelidad*.

El principio de *autonomía* se observa cuando la enfermera, después de ver que aquella orquesta desgastada no tiene fuerza para seguir en pie, informa a la paciente sobre las alternativas que tiene frente a permitir o no que el «director» de la orquesta tome la justa voluntad de culminar la obra con un cierre del telón y un aplauso a la función, frente a lo que la paciente refiere estas palabras: «Ahora sé lo que pedí, no intenten reconstruir las partituras para hacer sonar este cuerpo gélido, tembloroso e inerme, esta voluntad deleble solo pide paz», voluntad por la cual la enfermera hasta el final del cierre del telón abogó para hacer respetar sus deseos y no permitir la reconstrucción de las partituras que hacían sonar aquel cuerpo, con lo anterior se fortalece más el principio de *autonomía* y sale a relucir el principio de *fidelidad* por medio del cual la enfermera se esmera para dar cumplimiento a la promesa realizada a la paciente de no permitir continuar al «director» con la función de la orquesta.

Patrón de conocimiento estético

En medio de un ambiente hostil e inhumano, en donde la paciente veía como su humanidad se resumía a la fuente de su realidad patológica, es la enfermera quien con su calidez y su entrega rescata la vida dentro de la muerte, con su palabra y su habilidad logra reconocer la verdadera realidad de la paciente, de su mundo, del todo, de su historia, de su persona y no solo de su enfermedad.

Esto se refleja cuando la enfermera interpreta la necesidad de la paciente de necesitar a alguien en quien confiar para desahogar sus temores escondidos, por eso creó un ambiente de empatía que le permitió utilizar la escucha activa, este recurso trasmitió tranquilidad y fortaleció al paciente en sus momentos de debilidad. Cada acción realizada por la enfermera permitía satisfacer las necesidades de aquel cuerpo desgastado, pues brindaba confort para hacer menos perceptible el dolor del cuerpo de la paciente, acciones efectivas que satisficieron en muchos momentos de angustia y desconsuelo sus necesidades.

En cada intervención de enfermería la paciente desea manifestar agradecimientos a aquel ser que se permitió velar hasta el final de la función por sus deseos y que le permitió descansar al cuerpo que yacía sin fuerzas:

No sé cómo decirle que me gusta cada cosa que realiza, si pudiera tan solo en un movimiento compartir el gusto que siento de ver cuánto se preocupa por mi intimidad, lo haría. Veo por sus ojos y me siento más que satisfecha sabiendo que no soy la única que contempla la vida como un arte, con la interpretación del mundo del otro, retratando las emociones, las vivencias y los sentires, protegiéndome y preservando mi dignidad, acompañándome y así envaneciendo el miedo a la muerte.

Patrón de conocimiento sociopolítico

El cuidado brindado por la enfermera y las relaciones entre enfermera-paciente se desarrollan en un ambiente hospitalario, el cual la paciente percibía como:

[...] paredes blancas, fuerte olor a cloro, faldas largas y rezongonas rodando tras los pasillos que se estremecen cuando la noche camina, así la luna vigila la danza mecánica de cada autómata que impone su marcha a quienes apacibles esperamos la abirraigada armonía entre mente, cuerpo y alma, y así experimentar al unísono nuestro transcurrir. (Watson J. [s.d])

La paciente no contaba con ninguna red de apoyo, esto se evidencia mediante frases desconsoladoras que reflejaban la tristeza de su ser:

Cualquiera podría sentirse sola, cualquiera desearía pensar en lo que pudo ser y no fue, quizá trato de comprender cómo es vivir en compañía, en comunión; sin embargo, esta flauta hace trastabillar el resto de la sinfonía, este piano vagabundea, los retumbos de este tambor pierden su ritmo y el trombón no tiene fuerza ya.

Frases que le permitieron a la enfermera entender la necesidad que tenía la paciente de que la llevaran a crear en un ambiente de amabilidad, escucha, cuidado y comprensión frente a la situación incesante de pérdida de fuerza sin marcha atrás.

Este patrón le permite a la enfermera reconocerse como agente fundamental de cambio, su papel influenció en gran medida el ambiente de la paciente, su actitud y posición; la enfermera actuó como la abogada de la persona, en pro no solo de la salud, sino del respeto por su palabra, lo que permitió ver no solo una situación de deterioro físico, sino una situación social, en donde una persona quería ser escuchada.

Visión del mundo

Definitivamente, la visión del mundo en que se inscribe esta situación es la unitaria transformativa, pues en esta el ser humano, en este caso la paciente, es vista como unidad. En su relato se hace evidente la interacción paciente-enfermera como mutua, rítmica y recíproca:

Cuando todo acaba, una función más debe comenzar, entra el siguiente número con su melancolía latente, me cubre, soy consciente de cada movimiento, siento como pasa su mano y con tenue sonrisa evita que mis pensamientos quieran abrumarse, quiero sentir aun ese calor que me hacia latir, esas emociones que sin hablar sometían a tan placenteros cuidados cada despertar.

Además son notorios los procesos mutuos que se dan a lo largo de esa interacción con énfasis en la experiencia de la salud humana de la paciente y reflejando el cuidado humanizado por parte de la enfermera:

No sé cómo decirle que me gusta cada cosa que realiza, si pudiera tan solo en un movimiento compartir el gusto que siento de ver cuánto se preocupa por mi intimidad, lo haría. Veo por sus ojos y me siento más que satisfecha sabiendo que no soy la única que contempla la vida como un arte, con la interpretación del mundo del otro, retratando las emociones, las vivencias y los sentires, protegiéndome y preservando mi dignidad, acompañándome y así envaneciendo el miedo a la muerte.

Etapas del proceso de enfermería

La persona o sujeto de cuidado: Es una mujer poetiza, con un muy buen manejo del lenguaje y de la rima. A lo largo de su narración, es notoria su despedida ante la vida, la manera como su cuerpo se va rindiendo ante la idea del descanso eterno:

> Falta poco para que el ritmo de las pulsaciones sean cercanas a las líneas isoeléctricas que se dibujan cuando cesan las funciones valvulares del tambor que desborda melodías líquidas de color escarlata, manteniendo el fulgor en un cuerpo desgastado con la estela vibrante de una mente tan joven e inquieta, abanderada por el poder pintoresco que engrandece la magia de la palabra.

Con cada palabra la mujer expresa la claudicación de su cuerpo pero el valor de su memoria y su inteligencia, hace énfasis en las sensaciones que le despierta el ámbito hospitalario y el desprecio por el actuar del médico tratante: «Fortuitamente quien pretende creerse director de mi orquesta desea continuar, pero aún no entiende esta justa voluntad, una voz consciente aboga porque se culmine la obra con un cierre del telón y un aplauso de la función».

La paciente siente una inmensa gratitud por las acciones de la enfermera y por lo que su relación significa, expresa la manera como dicha relación la ayuda a sortear los momentos difíciles al tiempo que ambas crecen como seres humanos:

> Cuando todo acaba, una función mas debe comenzar, entra el siguiente número con su melancolía latente, me cubre, soy consciente de cada movimiento, siento como pasa su mano y con tenue sonrisa evita que mis pensamientos

> quieran abrumarse, quiero sentir aún ese calor que me hacía latir, esas emociones que sin hablar sometían a tan placenteros cuidados cada despertar.

El problema: El problema principal es el irrespeto a la dignidad de la paciente y, además, la violación de sus derechos como ser humano.

Las intervenciones: La enfermera cuida a la paciente de manera holística, sin importar que se encuentre en sus últimos momentos de vida y que se le dificulte manifestarle su gratitud: «No sé cómo decirle que me gusta cada cosa que realiza, si pudiera tan solo en un movimiento compartir el gusto que siento de ver cuánto se preocupa por mi intimidad, lo haría».

La enfermera la cuida, le brinda apoyo, comprensión, amor y bondad; la acompaña en su dolor y hace respetar sus deseos ante quienes desean olvidarlos: «Fortuitamente quien pretende creerse director de mi orquesta desea continuar, pero aún no entiende esta justa voluntad, una voz consciente aboga porque se culmine la obra con un cierre del telón y un aplauso de la función».

La evaluación: La paciente manifiesta el placer que siente ante cualquier acción de la enfermera. Se siente identificada con ella, con su visión del mundo y con su interpretación del cuidado. Las intervenciones de enfermería le dan mucha tranquilidad y fortaleza para afrontar el dolor, la pérdida y la muerte que le sobrevienen:

> Veo por sus ojos y me siento más que satisfecha sabiendo que no soy la única que contempla la vida como un arte, con la interpretación del mundo del otro, retratando las emociones, las vivencias y los sentires, protegiéndome y preservando mi dignidad, acompañándome y así envaneciendo el miedo a la muerte.

Metaparadigma en enfermería

Persona: (Ver etapas del proceso de enfermería).

Salud: La paciente reconoce la salud como la abstracción de la realidad patológica en la que vivimos. Es un proceso de lucha, de construcción de matices con ires y venires. Ella se centra en la enfermedad pero como un extremo contrario a la salud; como una situación que se da cuando se han acumulado experiencias y sentires que fueron mejores. Se refiere a la salud como un recuerdo melancólico de lo que fue y ya no está; resalta su enfermedad y su cercanía a la muerte con dolor, tristeza pero ante todo con miedo.

Enfermería: La enfermera se convierte en compañera y confidente. La paciente se identifica con ella y encuentra en su interior la calma y la fortaleza que ha perdido

ante la idea de morir. Cada acción de cuidado que emprende la enfermera hace crecer a la paciente y le genera la confianza y la inspiración para afrontar el dolor y el deterioro de su cuerpo y de su mente, al tiempo que defiende sus derechos y sus peticiones o deseos frente al resto del equipo de salud que han olvidado lo que significa ser humano.

Entorno: La mujer se siente poco cómoda con lo que el ámbito hospitalario le significa. Lo describe con gran detalle con su olor a cloro y con sus largos pasillos de paredes blancas. Nunca se expresa ante las personas que la acompañan, no habla de su familia ni de las visitas: está sola frente a sus recuerdos, en espera de la muerte.

Guía para construir una narrativa

1. ¿Quién era su paciente como persona?

Era una mujer adulta, muy inteligente y preparada, con una educación excepcional y una cultura muy amplia, profesora muy estricta de una reconocida universidad. Ella afrontaba una situación muy difícil al enterarse de que tenía un cáncer de cérvix terminal que no le daba mucho tiempo de vida, y que su única posibilidad de sobrevivir un poco más, era someterse a un tratamiento experimental de quimioterapia con unos efectos secundarios devastadores.

2. ¿Qué servicios requería esa persona de usted como enfermero?

Ella necesitaba poder abrir su corazón a alguien que le inspirara la suficiente confianza y respeto como para confiarle sus miedos y angustias, ya que no era una persona muy abierta hacia los demás.

3. ¿Quién era usted como persona en la situación?

La enfermera era una persona ante todo compasiva que le importaba la paciente más que como un experimento, como una persona que se estaba sometiendo a ese tratamiento porque no tenía otra opción de vida. Fue un apoyo incondicional en algunos momentos.

4. ¿Cuál fue la necesidad principal de la persona, que lo movió a usted para la acción?

Fue la necesidad de encontrar a alguien en quien pudiera confiar y desahogar todos los temores que tenía guardados y que por su arrogancia no podía exteriorizar.

5. ¿Cómo fue la interacción entre el paciente y usted?

Fue una interacción progresivamente cálida en la que primaron los deseos de ayuda y de motivación por parte de la enfermera. Además, fue una relación en donde

poco a poco se fue ganando la confianza, en donde se escucharon los principales deseos y necesidades de la paciente.

6. ¿Qué respuestas como enfermera le dio usted a las necesidades del paciente?

La principal respuesta que se le dio a la paciente fue a través de la escucha activa y las pequeñas acciones muy constructivas cuando se trata de fundar un diálogo recíproco. La enfermera le trasmitió a la paciente un poco de tranquilidad y le dio ánimo para seguir luchando.

7. ¿Qué otras respuestas de enfermería le podría haber dado?

La enfermera y los demás «cuidadores de su salud» fueron muy inconscientes al esconderle a la paciente el verdadero pronóstico de su salud a pesar de estar sometiéndose a este tratamiento tan agresivo. De no haber escondido la verdad, ella hubiera podido decidir objetivamente frente a su vida, ya que esto es un derecho.

8. ¿Cuál era el ambiente de la situación de enfermería?

El ambiente de interacción con la paciente fue casi todo el tiempo la habitación donde se encontraba hospitalizada, que aunque era agradable, no mejoraba la incomodidad de la hospitalización. La paciente era una mujer muy solitaria que no tenía una red de apoyo, por lo que no recibía casi visitas.

9. ¿Qué aspectos del ambiente fueron importantes para satisfacer las necesidades del paciente y para que usted pudiera responder a esas necesidades?

En el hospital se procuraba mantener las medidas necesarias para un adecuado confort y comodidad, aunque en las condiciones de salud en las que ella se encontraba era muy complicado. Pasó muchos de sus últimos días sola y hospitalizada, y la enfermera fue uno de sus principales apoyos.

10. ¿Cómo se reflejaron sus valores y creencias?

Era una mujer muy fría y muy culta que se refugiaba en sus amplios conocimientos en filosofía y letras para entender su situación y cómo enfrentarla.

11. ¿Cómo dignificó al paciente?

Se dignificó a la paciente haciéndole entender su valor como persona. La enfermera le permitió desahogarse y hablar acerca de todos los temores que la aquejaban en medio de tanta enfermedad. Además, fue un apoyo para ella en los momentos más difíciles, pues la acompañó y estuvo ahí, para ayudarla a tomar decisiones.

12. ¿Cómo creció usted como profesional de enfermería?

El crecimiento de enfermería fue muy grande en la medida en que se pudo entender que el valor de la escucha es más grande que mil palabras. Solo basta tener la disposición para oír lo que las personas tienen que decir en el momento oportuno. Muchos momentos de cuidado se dieron y en ellos la enfermera supo cómo ser un lugar de apoyo y consuelo. Nunca estuvo de acuerdo con la forma en que la paciente era utilizada únicamente como un experimento.

Bibliografía

El blog de la Negra, (2006). *Soneto X de John Donne*. Disponible en: http://lycettescott.blogspot.com/2006/02/soneto-x-de-john-donne.html

Rivera Álvarez *et al.* (s/f). *Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la Clínica del Country*. Disponible en: http://www.docentes.unal.edu.co/lnriveraa/docs/cuidado%20humanizado%20de%20enfermeria%20visibilizando%20la%20teoria%20y%20la%20investigacion%20en%20la%20practica.pdf

Watson, J. (s/f). *Teoría del cuidado humanizado*. Disponible en: http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/EnfermeriaVol1042007/Trabajoslibres2.html

Cuidado de enfermería a la persona con alteración en el intercambio gaseoso: un estudio de caso

Edwin Orlando Pulido Ramírez
eopulido@unal.edu.co
Estudiante de enfermería IX Semestre (2012)
Universidad Nacional de Colombia

Introducción

En las situaciones agudas y críticas, además de experimentarse dolor y sufrimiento intenso, existe un riesgo potencial de generar secuelas temporales o permanentes a consecuencia de una lesión o patología, incluso de perder la vida. Es de mi interés analizar por medio de la presentación de un caso clínico de una paciente que ingresó al servicio de urgencias de un hospital de II nivel de la ciudad de Bogotá, las consecuencias de una alteración aguda como es el choque cardiogénico, a nivel hemodinámico y del proceso ventilatorio-respiratorio. Este trabajo se centra en las intervenciones de enfermería relacionadas con el proceso de intercambio gaseoso y las alteraciones que presenta esta paciente en sus diferentes fases, intervenciones que son necesarias dado el estado agudo y crítico de salud de la misma.

Resumen del caso

Paciente M.R.F.R, sexo femenino de 82 años de edad, que ingresa al servicio de urgencias de un hospital de segundo nivel de la ciudad de Bogotá y consulta por una inflamación en las piernas y fatiga, según lo referido por la paciente, su diagnóstico médico inicial fue Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC). Como antecedentes patológicos importantes presenta Hipertensión Arterial (HTA) manejada con losartán desde hace 20 años, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y Síndrome de Apnea Hipopnea del Sueño (SAHOS). Al momento del ingreso no evidenció alteraciones en el estado de conciencia ni hemodinámicas, pero en las siguientes horas presentó un cambio súbito en el estado de conciencia con un Glasgow 13/15, signos y síntomas de bajo gasto cardíaco (alteración del estado de conciencia por posible hipoperfusión a nivel cerebral, oliguria con una rata urinaria de 0,7 mL/kg/hora, hipotensión con cifras tensionales de 90/60 mmHg, disminución del peristaltismo con 2 ruidos intestinales por minuto y palidez cutánea generalizada) Posterior a este cuadro, el diagnóstico cambió a choque cardiogénico secundario a una cardiopatía dilatada. Al día siguiente, la paciente presentó paro

cardio-respiratorio, fue necesario realizar maniobras de reanimación cardio-pulmonar (RCP) por 3 minutos, con la maniobra la paciente pudo salir de la asistolia y retornó el pulso; requirió posteriormente soporte mecánico ventilatorio. Se estabilizó hemodinámicamente con dobutamina y noradrenalina, luego fue trasladada a un hospital de tercer nivel que contara con Unidad de Cuidados Intensivos.

Fisiopatología

El choque cardiogénico es una forma extrema de insuficiencia cardíaca aguda, caracterizada por la caída persistente y progresiva de la presión arterial, con una adecuada presión de llenado ventricular, disminución general y grave de la perfusión tisular, más allá de los límites compatibles necesarios para mantener la función de los órganos vitales en reposo (Hollenberg, 2001 & Hasdai, 2000).

Esta patología tiene implicaciones sistémicas y afecta diferentes órganos a consecuencia de la hipoperfusión tisular subsecuente a la disfunción ventricular. En este caso, es importante tener en cuenta los antecedentes de la paciente, quien presenta HTA en manejo desde hace 20 años. La HTA provoca una sobrecarga de trabajo en las cavidades cardíacas, en especial en el ventrículo izquierdo, ya que este tiene que vencer una mayor resistencia por un tiempo prolongado, lo que causa hipertrofia miocárdica, dilatación y, en consecuencia, una ICC, pues la fuerza de contracción del corazón se ve comprometida, por ello, difícilmente se cumple con las demandas metabólicas (Ariza, 2000).

El gasto cardíaco (GC) es el volumen sanguíneo eyectado por el corazón en un minuto y es el resultado del producto entre el volumen sistólico por la frecuencia cardíaca. El GC depende de 4 factores: la precarga (distensión del miocardio al final de la diástole), la poscarga (fuerza que se opone a la contracción ventricular), la contractilidad (capacidad de las miofibrillas para modificar su longitud independiente de la pre o pos carga) y la frecuencia cardíaca (número de veces que el corazón realiza un ciclo cardíaco completo en un periodo de tiempo determinado) (Ceballos, 2010). La alteración de estos factores conlleva la activación de diferentes mecanismos compensatorios y respuestas fisiológicas que, en consecuencia, producirán en el corazón una disfunción aguda y severa de su función contráctil, que lo hace ineficiente para mantener una perfusión tisular efectiva (Hollenberg, 2001). De esta forma, se desarrolla el choque cardiogénico, en donde existe hipotensión persistente que no responde a la administración de líquidos y en ocasiones al inotrópico, signos y síntomas de bajo gasto cardíaco e hipoperfusión tisular. Además, se puede observar disnea e hipertensión pulmonar, entre otros síntomas, a consecuencia de la importante congestión cardíaca y vascular en la circulación menor (Hollenberg, 2001).

Este último aspecto determina las intervenciones de enfermería planteadas en este escrito, la congestión vascular y el compromiso de la perfusión pulmonar

determinan, entre otros factores, el intercambio gaseoso. Algunos antecedentes patológicos como la EPOC y SAHOS alteran la ventilación alveolar pero en realidad esta paciente desarrolla un deterioro del intercambio gaseoso importante como consecuencia del edema pulmonar producido por la salida de líquido intravascular al espacio intersticial secundario a la patología cardíaca, aumentando el tamaño de la membrana alveolo-capilar y disminuyendo el paso del oxígeno desde el alveolo hacia los capilares. Esta alteración en el intercambio gaseoso conduce a una hipoxemia, la cual induce una respuesta compensatoria con aumento del trabajo respiratorio, pues se utilizan músculos accesorios para la respiración con posterior fatiga de estos mecanismos y, finalmente, se desarrolla una insuficiencia y falla respiratoria, por lo cual es necesario iniciar soporte mecánico ventilatorio.

Intervenciones de enfermería

Ventilación alveolar

Datos cualitativos	Datos cuantitativos
Antecedentes de EPOC y SAHOS Disnea grado III Dificultad respiratoria Sedación con fentanyl y midazolam: RASS de -2 Edema pulmonar Hipotensión Episodio de paro cardio-respiratorio Presencia de secreciones muco-purulentas y sanguinolentas Ascitis Mayor producción de CO2 por estado hipermetabólico	PaCO2: 34.5 mmHg FiO2: 60 % PIO2: 336 mmHg Vt: 420mL VA: 5040 mL
Diagnóstico de enfermería (Nanda, 2010)	
Dominio 4 actividad/reposo **Clase funcional 4: Respuestas cardiopulmonares/respiratorias** **Patrón respiratorio ineficaz: (hipo ventilación alveolar)** r/c alteraciones en las vías aéreas superiores (SAHOS) e inferiores (secreciones, edema pulmonar); alteración en la mecánica ventilatoria por depresión del SNC (sedación), alteraciones cardíacas (shock, paro cardio-respiratorio) y cambios en la presión transdiafragmática (ascitis) e/p disnea grado III, signos de dificultad respiratoria, secreciones muco-purulentas y sanguinolentas, necesidad de asistir por medio de soporte mecánico ventilatorio s/a cuadro clínico actual, sedación.	

Resultados de enfermería (NOC) (Moorhead, 2009)	**Intervenciones de enfermería (NIC)** (Bulechek, Butcher, McCloskey 2010)
Estado respiratorio: Ventilación Proporcionar las medidas necesarias para mejorar el estado ventilatorio (hipoventilación alveolar) que presenta la paciente.	**Monitorización respiratoria:** Toma de signos vitales vigilando FR. **Manejo de las vías aéreas:** Limpieza y aspiración de secreciones. **Posición del paciente:** Paciente semi-sentada, cabecera a 30 %
Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías aéreas Mantener vía aérea permeable con el fin de mejorar proceso de ventilación alveolar.	**Aspiración de las vías aéreas:** Extracción de secreciones purulentas por turno, las cuales dificultan el ingreso de aire al alveolo. **Fisioterapia respiratoria:** Favorecer la movilización de secreciones por medio de cambios de posición. **Reanimación:** Asistir al paciente durante el paro cardio-respiratorio, manteniendo adecuada ventilación durante RCP. **Manejo de la intubación endotraqueal:** Vigilar estado de tubo endotraqueal, revisar fijación, aspirar secreciones.

Respuesta de la ventilación mecánica: adulto Relacionar condición clínica de la paciente con parámetros establecidos en el ventilador mecánico.	**Ventilación mecánica:** Revisar parámetros establecidos en ventilador en relación con el estado ventilatorio y hemodinámico de la paciente. Fijar valor de PEEP adecuado para disminuir hipoventilación alveolar. Determinar patrón respiratorio y sincronía con ventilador. **Manejo de las vías aéreas artificiales:** Realizar aspiración de secreciones. Realizar limpieza oral a diario. Describir características de las secreciones. Auscultar para determinar la necesidad de aspiración. **Administración de medicamentos (sedantes):** Administrar midazolam 2 mg y fentanyl 80 mcg/hora para mantener sedación. **Monitorización neurológica:** Realizar valoración con escala RASS para determinar sedación.

Intercambio gaseoso

Datos cualitativos	Datos cuantitativos
Hipoventilación alveolar Choque cardiogénico Neumonía Alteración en la membrana alvéolo-capilar por: - Edema pulmonar de origen cardiogénico - Ocupación alveolar por abundantes secreciones Hipotensión Disminución del gasto cardíaco Anasarca, edema grado III	PaO2 67.5 mmHg con FiO2 60 % PaCO2 34.5 mmHg PAO2: 273,3 mmHg D (A-a) O2: 205,8 mmHg (<15 mmHg) I (a/A) O2: 0.24 (0,8) PaO2/FiO2: 112.5 (288)

Diagnóstico de enfermería (Nanda, 2010)

Dominio 3 eliminación e intercambio
Clase funcional 4: Función respiratoria

- **Alteración en el intercambio gaseoso** r/c déficit ventilatorio, alteración de la membrana alveolo-capilar (edema, ocupación alveolar), alteración en la perfusión pulmonar (disminución del gasto cardíaco) e/p, dificultad respiratoria, edema pulmonar, presencia de secreciones muco-purulentas y sanguinolentas, hipotensión, D (A-a) O2: 205,8 mmHg, I (a/A) O2: 0.24, PaO2/FiO2: 112.5 s/a choque cardiogénico, proceso infeccioso pulmonar (neumonía), cuadro clínico actual.

Resultados de enfermería (NOC) (Moorhead, 2009)	**Intervenciones de enfermería (NIC)** (Bulechek, Butcher, McCloskey 2010)
Estado respiratorio: Intercambio gaseoso Proporcionar las medidas necesarias para mejorar el proceso de intercambio gaseoso.	**Oxigenoterapia:** Realizar adecuado aporte de oxígeno para favorecer intercambio gaseoso y oxigenación sanguínea. **Ayuda en la ventilación:** Realizar actividades tendientes a mejorar ventilación alveolar. **Administración de medicamentos:** Administrar diurético (furosemida 10 mg IV cada 8 horas) y espironolactona 25 mg VO día. **Aspiración de las vías aéreas.** **Fisioterapia respiratoria.**
Perfusión tisular: Pulmonar Mejorar la perfusión a nivel pulmonar para de esta forma favorecer el intercambio gaseoso y la oxigenación sanguínea.	**Administración de medicamentos:** Administración de inotrópicos (dobutamina a 5 mcg/kg/min y noradrenalina a 0.05 mcg/kg/min) con el fin de estabilizar hemodinámicamente a la paciente, mejorar contractilidad cardíaca, aumentar las cifras tensionales y por ende mejorar el gasto cardíaco. De esta forma, se pretende mejorar la perfusión pulmonar.

Signos vitales Realizar monitorización de signos vitales, del estado hemodinámico y del gasto cardíaco.	**Monitorización de signos vitales:** Realizar toma de signos vitales cada hora durante el turno. **Monitorización del gasto cardíaco:** Valorar signos de bajo gasto (hipoperfusión tisular, oliguria, hipotensión, taquicardia, etc.) **Monitorización invasiva:** Inserción de catéter venoso central. Toma de PVC. Toma de muestras de laboratorio para gases arteriales y venosos.

Transporte y disponibilidad de oxígeno

Datos cualitativos	Datos cuantitativos
Hipoventilación alveolar Déficit del intercambio gaseoso Bajo gasto cardíaco Hipotensión Hipoxia Edema y anasarca Estado hipermetabólico por procesos patológicos (infección, aumento del consumo de O2 a nivel cardíaco, etc.) con mayor producción de CO2 Aumento de 2,3 DFG, con desviación a la derecha de la curva de disociación de la hemoglobina (disminución de la afinidad O2-Hb)	SaO2 89.4 % con FiO2 60 % PaO2 67.5 mmHg con FiO2 60 % PaCO2 34.5 mmHg pH 7.4 HbO2: 14.4 (18-20 mL) dO2: 0.20 mL de O2 (>18 mL O2) CaO2: 14.6vol % (18-20vol %) DO2: no se cuenta con dato de gasto cardíaco, pero con un GC disminuido y un CaO2 disminuido se puede inferir una DO2 disminuida.
Diagnóstico de enfermería (Nanda, 2010)	
Dominio 4 actividad/reposo **Clase funcional 4: Respuestas cardiopulmonares/respiratorias** **Perfusión tisular inefectiva: Disminución del transporte y disponibilidad de O2** r/c disminución del contenido arterial de oxígeno, disminución del gasto cardíaco, estado hipermetabólico, desviación de la curva de disociación de la Hb a la derecha, disminución de la disponibilidad de oxígeno e/p hipotensión, hipoxia, SaO2 89.4 % y PaO2 67.5 mmHg con FiO2 60 %, HbO2: 14.4 mL, CaO2: 14.6vol % s/a choque cardiogénico, proceso infeccioso pulmonar (neumonía), cuadro clínico actual.	

Resultados de enfermería (NOC) (Moorhead, 2009)	**Intervenciones de enfermería (NIC)** (Bulechek, Butcher, McCloskey 2010)
Efectividad de la bomba cardíaca Tratar las causas del bajo gasto cardíaco con el fin de mejorar la perfusión tisular.	**Cuidados cardíacos agudos:** Administrar medicamentos inotrópicos. Valoración de signos de bajo gasto cardíaco, monitorización invasiva. Toma de ECG para vigilar FA y compromiso ventricular. Toma de signos vitales cada hora.
Confort Disminuir las demandas metabólicas con el fin de disminuir el consumo de oxígeno y la producción de CO2.	**Reposo absoluto:** Mantener a la paciente cómoda, evitar estrés ambiental, favorecer el descanso para disminuir demandas metabólicas y consumo de O2 **Nutrición:** Aportar alimentación enteral por SNG, preferiblemente una fórmula con bajo contenido de carbohidratos y mayor contenido proteínico.
Equilibrio hídrico Tratar las causas del desequilibrio hídrico con el fin de mejorar el gasto cardíaco y procesos como el intercambio gaseoso.	**Administración de medicamentos:** Administrar diurético (furosemida 10 mg IV cada 8 horas) y espironolactona 25 mg VO día **Balance hídrico:** Realizar balance de líquidos administrados/eliminados de 24 horas.

Bibliografía

Ariza C. (2000). *Intervención de enfermería al paciente con insuficiencia cardíaca congestiva. Módulo de auto-instrucción*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. CEJA. Cardiología.

Bulechek G, Butcher H, McCloskey J. (2010). *NIC Clasificación de intervenciones de enfermería*, 5ª edición. España: Elsevier.

Ceballos L, Rodríguez D. (2010). *Cuidados de enfermería en UCI al paciente con reposo prolongado susceptible a des-acondicionamiento cardiovascular*. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería.

Hasdai D, Topol E, et al. Cardiogenic shock complicating acute coronary syndromes. Lancet 2000; 356: 749-56.

Hollenberg SM. (2001). Cardiogenic shock. *Crit Care Clin 17*(2), 391-410.

Moorhead S. (2009). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*, 4ª edición. España: Elsevier.

Nanda International. (2010). NANDA Diagnósticos Enfermeros 2009-2011. Definiciones y clasificación. España: Mosby

Situación de enfermería: un alivio en medio del dolor

Yuly Paulin Lozano Beltrán
yplozanob@unal.edu.co
Estudiante de enfermería X Semestre
Universidad Nacional de Colombia

Era mi segundo día de práctica y tras recibir el turno en el servicio cuarto sur del Instituto Nacional de Cancerología, al llegar a la habitación que me había sido asignada, me encontré con una mujer de aproximadamente 50 años de contextura muy delgada, una mirada triste, rostro cansado y con facies de dolor. Era I.L quien tenía diagnosticado un adenocarcinoma de endometrio estadio IIIB con progresión pélvica y compromiso colónico, con un posoperatorio de laparotomía + drenaje por peritonitis + anastomosis yeyunotransverso + colostomía de asa sigmoide + cistostomía. Al saludarla, ella me respondió con una voz suave y poco audible, enseguida me dijo «chica usted me puede mover, estoy muy cansada» en ese momento identifiqué que I.L necesitaba de mi ayuda, inmediatamente asentí y me dispuse a ayudarla. Al descubrirla tenía un dren de una cistostomía por obstrucción uretral, una colostomía por la diseminación del cáncer en el área pélvica, tenía también soporte de oxígeno por cánula nasal, catéter venoso central con inserción en yugular derecha, edema grado II en miembros inferiores y a su vez un tumor vaginal que le generaba mucho dolor y que en los últimos días había incidido en su movilidad.

Se veía inquieta y en su rostro se reflejaba el cansancio por la incomodidad que tenía al haber estado tanto tiempo en la misma postura.

Al realizar el cambio de posición observé como su rostro recuperaba poco a poco la tranquilidad, la señora estaba deprimida y sin intención de levantarse, por lo que me dispuse a dialogar con el fin de conocer más acerca de ella, ganarme su confianza y poderla ayudar. Luego al indagar sobre cómo se sentía, ella manifestó «siento un dolor en la espalda terrible» así que procedí a buscar crema y realizar un masaje para mejorar el confort, durante este tiempo.

I.L me comentó que estaba muy triste, porque nadie había ido a visitarla y que hacía ya un par de días no se levantaba de la cama. Al preguntarle por su enfermedad, respondió que hacía dos años se había enterado y que la había deprimido bastante la noticia. En ese momento reconocí que podría ayudar a mejorar el estado de ánimo de I.L y apoyar las actividades de autocuidado como el uso del baño, la ducha, controlar el dolor lumbar mediante masajes, ubicándola en una posición más cómoda y menos dolorosa, con el fin de mejorar su bienestar.

Después de haberme ganado la confianza de I. L, resolviendo dudas e inquietudes, su estado de ánimo había mejorado considerablemente, me pidió quedarme toda la mañana acompañándola, solicitud a la que yo no pude negarme, la comunicación fue asertiva y se logró desarrollar una relación de aprendizaje mutuo.

Ella agradeció por mi compañía y escucha, ahora estaba segura de que debía enfrentar esta enfermedad y no dejarse decaer, mantenerse con toda la fortaleza posible y cambiar su actitud hacia la enfermedad. I. L fue mi primer paciente con cáncer, una paciente que me hizo cambiar la concepción hacia la enfermedad y hacia los guerreros que día a día conviven con esta, que me hizo revivir lo invaluable que es nuestra profesión, me hizo sentir útil, realizada y feliz de ser lo que soy: una enfermera que pone todo el corazón en su profesión y hace de esta la mejor.

Análisis de la situación por patrones de conocimiento

Patrón empírico

Se evidencia que la enfermera identifica una necesidad de cuidado «en ese momento reconocí que podría ayudar a mejorar el estado de ánimo de I. L y apoyar las actividades de autocuidado», vinculado inicialmente con un largo período de hospitalización tras su diagnóstico de cáncer de cérvix. Se refleja el sustento teórico del quehacer de enfermería y denota la validez de las intervenciones realizadas que buscaban el bienestar de la paciente.

Patrón personal

Se hace evidente la trascendencia que tuvo en la enfermera esta situación, pues construyó una relación de aprendizaje mutuo con la paciente. Se evidencia un llamado de enfermería y una respuesta a ese llamado, a través de la visualización de la paciente como un ser humano integral, y también a partir de la conciencia que se creó frente al ambiente que la rodea y frente a sus creencias. La enfermera refleja un sentir con las acciones desarrolladas, que colabora con su desarrollo profesional y humano «útil, realizada y feliz de ser lo que soy: una enfermera que pone todo el corazón en su profesión y hace de esta la mejor».

Patrón ético

Se evidencia un cuidado brindado de la manera más integral posible, siempre bajo el principio de la beneficencia. Se evidencia cuando la enfermera muestra compromiso y lealtad en la continuidad y seguimiento en el cuidado del paciente, realiza actividades que contribuyen a la calidad de vida y guarda la confidencialidad de los datos.

Patrón estético

Se muestra en la relación que se establece entre enfermera y paciente, ya que de esta manera se logra responder al llamado de enfermería y satisfacer las necesidades de cuidado.

Orgullosamente bruja

Paola Andrea Cruz Avella
pacruza@unal.edu.co
Estudiante de Enfermería VIII Semestre
Universidad Nacional de Colombia

La mujer siempre ha sido reconocida como símbolo de amor puro e incondicional representado en la figura materna, y es ella sin duda el inicio de cualquier tipo de cuidado hacia el ser humano. No hay ser que cuide y sane las heridas físicas, emocionales y del alma como lo hace una madre. Ahora bien, ¿pero, es acaso este estereotipo el que le ha impedido a la mujer progresar con éxito en un mundo machista?

Desde la Antigüedad, la mujer ha sido la sanadora, la poseedora del conocimiento y de la habilidad de cuidar a los enfermos. Tal vez el no ser considerada lo suficientemente fuerte como para cazar o luchar, le permitió encontrar en la recolección de frutos una forma alterna de usar las plantas a su favor. La destreza adquirida de desenmarañar los secretos de la naturaleza, como fuente proveedora de «curas» y «medicinas», la transformó en una «médica empírica», que con su sabiduría y su don de cuidar comenzó a hacerse cargo de la salud no solo de sus familiares y vecinos, sino de todos aquellos que necesitaban atención.

En un mundo donde se consideraba que el poder masculino debía primar, tener la facultad de ayudar a sanar y de brindar apoyo físico o emocional a las personas era tener a la gente, al pueblo de su lado, cosa que los hombres no podían permitir. La única manera de acabar con el poder adquirido por las mujeres era conseguir que el pueblo las odiara, les temiera y dejara de creer en ellas.

De esta forma, se comienza una carrera de desprestigio hacia la mujer, lo que fue un trabajo bastante arduo, porque el pueblo las protegía, confiaba en ellas, «ya que eran, la mayoría de veces, el único recurso de campesinos y de los pobres de la religión. Eran las sanadoras del pueblo» (Velandia, 1995 p. 5); del mismo modo, los médicos que estaban comenzando a surgir tenían en su contra que los remedios empleados por ellos no tenían buenos resultados, además de que eran mucho más supersticiosos que las mismas sanadoras, debido a que eran «los profesionales masculinos quienes se aferraban a doctrinas no contrastadas con la práctica y a métodos rituales» (Ehrenreich & English, 1981, p. 4). Pero aun así eran ellos los que estaban bajo la protección de lo más selecto de la sociedad, comenzando por la Iglesia.

Con el afán de eliminar o desacreditar a tan peligrosa amenaza, se iniciaron «campañas organizadas, financiadas y ejecutadas por la Iglesia y el Estado» (Ehrenreich

& English, 1981, p. 9) las «brujas» fueron cazadas y lentamente silenciadas, y todo su saber fué, para los hombres, dejado en el olvido. Ellos mostraron su supremacía enseñando que «toda mujer que osase dispensar cuidados sin haber hecho estudios médicos, sería declarada bruja y debería morir» (Ehrenreich, 1981, p. 1661 cita de un extracto de [*malleus maleficarum*], *Tratado de lucha contra las brujas*).

Tal vez porque se lo ganaron, tal vez por el amor y cuidado que brindaban, las llamadas «brujas» no fueron tan fáciles de erradicar, debido a que sus saberes ancestrales se transmitían de generación en generación, y su amor por el cuidado era innato en ellas, simplemente algo de lo que no se las podía despojar.

«Finalmente, las sanadoras de antaño se vieron reducidas a la condición de "enfermeras"; cuidadoras de enfermos en los hospitales donde "calladas, silenciosamente, ejecutaban las ordenes de la erudición masculina. Les arrebataron ancestrales conocimientos y con ellos, el derecho a la palabra» (Ehrenreich & English, 1976), (Velandia, 1995 p. 5). Las relegaron al papel de unas sirvientas sumisas y obedientes, que no se movían sin la orden previa del médico, aun cuando podían haber puesto su conocimiento en función de la mejoría de su paciente y no simplemente limitarse a realizar una acción.

La enfermería ya como profesión tuvo que resistir otros duros golpes para que lograra surgir. Tuvo que pasar por guerras, salvaguardando, para su legado, conocimientos y tradiciones de la milicia, por ejemplo, «las cruzadas produjeron las órdenes militares de enfermeros y legaron a la posteridad el espíritu de la disciplina que debe reinar entre los consagrados al enfermo» (Frank & Elizondo, 1961) (Velandia, 1995 p.5), además, con la participación de Florence Nightingale en la Guerra de Crimea, se comienzan a utilizar costumbres de tipo militar, como horarios y uniformes.

Tiempo después, el teocentrismo provocó la pérdida de muchas de sus grandes representantes, porque fueron detenidas o se les negó el derecho de cuidar, solo porque se negaron a servir a un «alguien» que no fuesen sus pacientes; por tal razón, la enfermería debió resurgir, perdiendo parte de sus saberes y tomando un nuevo rumbo de la mano de Dios.

Pero hay algo constante que aun en nuestros días persiste: la hegemonía del hombre, del médico, de ese «ser omnipotente, omnisapiente» al que se le rinde una adorada pero errada pleitesía, el único que se supone es capaz de decidir lo que se puede o no hacer, aquel que tiene voz y voto, aun cuando se equivoque en su fallo. Desde siempre a las enfermeras se les enfatizó en «la obediencia ciega y estricta a las órdenes dadas por el médico de cabecera, para evitar desastres» (Velandia, 1995 p. 17). «La subordinación de la enfermera se vio reforzada por la ignorancia, una ignorancia que le fue impuesta» (Ehrenreich & English, 1981, p.

5) debido a que se le quitó la voz a la enfermera, y aun cuando tenía el conocimiento, seguía sin poder expresar aquellos saberes que en el pasado fueron luz de esperanza para muchos.

Es evidente entonces que el hombre, para mostrar su superioridad, buscaría cualquier forma de expresarlo. El trabajo de la mujer fue desestimado, «a comienzos del siglo XX, los salarios de la mujer eran más bajos pues se le relacionaba con ocupaciones para las cuales se creía que no había necesidad de estudiar mucho» (Velandia, 1995 p.18), por otra parte, muchas mujeres ofrecían gratuitamente sus servicios, ya que se consideraba que la enfermería debía ser un trabajo más por caridad y no una ocupación que debía ser remunerada como tal, lo que se sumaba a muchos de los mitos que se habían generado a lo largo de la historia, como que el saber de la mujer era solo charlatanería o que por sus ciclos menstruales y la función reproductiva se debía relegar a la mujer a un papel secundario, porque se creía que «la actividad intelectual tenía efectos dañinos sobre los órganos reproductores de la mujer» (Ehrenreich & English, 1976 p. 27), (Velandia, 1995 p. 23).

El trabajo de la mujer, aunque invaluable en mérito, era insostenible económicamente, no solo porque no se les pagara lo justo, sino porque ellas tampoco le veían el valor económico a la atención que brindaban. Para el sistema, por el contrario, la enfermería era y es un negocio bastante rentable, que le deja buenas ganancias al Estado pero muy pocas a la trabajadora. De ahí, que aun en nuestros días el enfermero o enfermera no valore económicamente su trabajo; aquel que necesite ayuda la tendrá con la misma abnegación de antaño, pero a la hora de pedir una remuneración, se dificulta la situación hasta el grado de brindar la atención gratis. Y es que siempre hay alguna excusa, «porque es mi vecino, mi familiar, mi amigo, porque no tenía dinero, porque fue una emergencia o simplemente porque el amor al cuidado es mayor que el amor al dinero, al trabajo».

En síntesis, podemos observar que la mujer ha dado pasos agigantados a través de la historia, para superar obstáculos y para que su vocación y su quehacer sean valorados. Hoy, hombres y mujeres buscan la manera de destacar en la enfermería, unos con la errónea ilusión de que el cuidado es una profesión más, y otros, con la ilusión de que se atiende solo con ánimo de lucro, pero se equivocan, cuidar es ir más allá, es dar a cada paciente el respeto y paciencia que ni siquiera su propia familia en ocasiones le brinda. Es ofrecer una palabra de aliento, buscar el tiempo entre el papeleo y la administración de medicamentos, para mostrar comprensión hacia el enfermo y no tratarlo como un número más. Es hora de honrar nuestro legado ancestral y darnos cuenta de que si no conocemos nuestra historia no podemos amar nuestra profesión.

Los conocimientos de la «bruja» y los saberes profesionales de los enfermeros deberían fundirse en uno solo, ese amor al cuidado sin desmeritar el trabajo propio,

sería la unión perfecta para hacer enfermeros integrales; debemos valorar nuestra sabiduría, porque no es que no sepamos, el problema es que seguimos cargando el peso de la historia en nuestras espaldas, esa historia que nos minimizó hasta el punto de hacernos creer que nuestra opinión de verdad no valía.

Debemos quitarnos ese yugo y no es cuestión de olvidar nuestro pasado y fingir que no sucedió, es tomar la fuerza de la sanadora, el valor de Nightingale, la constancia de Fenwick y los conocimientos de cada una de esas enfermeras que lucharon porque su profesión resurgiera como el fénix, de sus cenizas; apropiarnos de sus valores, de sus luchas y de sus esfuerzos y velar cada día para levantar nuestras voces, porque también somos una profesión de la salud, no somos secretarios de nadie, ni los «toderos» del hospital, nuestros conocimientos están enfocados hacia un área distinta lo que nos hace importantes no solo en el área clínica, sino en la comunidad como tal.

Venimos de brujas y hechiceras que sin mágia verdadera sacrificaron su vida con tal de no callar su conocimiento, para que, partiendo de sus raíces, generaciones como la nuestra aprendieran a valorar el arte de amar, cuidar y sanar. Debemos ser orgullosamente brujos y brujas, debemos asumir que nuestra historia no ha sido fácil, pero que tenemos la capacidad para mejorar nuestro futuro, sin mágia, pero sí como ellas, con conocimientos.

Bibliografía

Castrillón, M C. (1997). *La dimensión social de la práctica de enfermería.* Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.

Colliere, M. F. (1993). *Promover la vida.* Madrid: Primera Edición Mc Graw Hill.

Ehrenreich, B. & English, D. (1981). *Brujas, parteras y enfermeras.* Barcelona: La Sal.

Griffon, D.P. (1995). *Construyendo el edificio, Ethel Fenwich y el Registro Estatal.* U.S.A. Departamento de Historia, Universidad de Nuevo México

Velandia, M. (1995). *Historia de la enfermería en Colombia.* Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia.

Poema: *Estar*

Isnel Ramírez Silva
iramirezs@unal.edu.co
Estudiante de Enfermería X Semestre
Universidad Nacional de Colombia

En el suelo el mundo se ve diferente,
tú que desde allí, cual tapete sucio estás,
permaneces en el duro y sucio suelo,
con hambre y frio.

Ahora miras a tu alrededor,
mamá no está,
papá nunca más estará,
tu felicidad tal vez ni se vuelva a asomar porque ella tampoco está.

Tratas de moverte, pero,
mucho en tu vida se ha ido,
porque mientras unos ven un partido,
tú para ellos nunca estuviste, no estarás y no estás.

Duermes allí en el duro suelo
Sintiendo como las piedras rozan toscamente tu frágil cuerpo,
pero no tienes fuerzas
y te imaginas en otro lugar en el que quisieras estar.

Cae la noche y también las esperanzas de estar en un mundo tuyo,
de ser un niño feliz que corre en el bosque,
aquel que toma alimentos de la naturaleza y los mastica con agradecimiento.
Ya no más, despiertas y estás allí.

En una situación que no imaginaste vivir.
No, aquel lugar era tibio y acogedor.
El vientre te daba calor, comodidad, comida,
por eso quieres allí estar.

Tratas de moverte pero ya es tarde, las migajas ya no son suficientes.
Esa harina que cubre tu boca ahora es como viento,
aquel viento que no puedes probar porque ya no estarás,
porque el mundo nunca te permitió estar.

A todos los niños que mueren diariamente de hambre en el mundo.

Texto literario: *Reminiscencias*

Otoniel Tibaná Acevedo
otibanaa@unal.edu.co
Estudiante de Enfermería VII Semestre
Universidad Nacional de Colombia

Entre pasillos de laberinto con uniformes blancos que caminan incesantemente de un lado para otro, cual ángeles que buscan cambiar la realidad de algunos llamados enfermos; entre batas blancas que circulan mirando historias clínicas y estudiando patologías, algunas olvidando a veces que la condición de ser humano sigue siendo condición sin importar el tumor, el olor, la enfermedad o la desgracia. Entre estudiantes de las muchas instituciones que corren de habitación en habitación buscando no perder su «paciente» y alcanzar a completar su misión del día de práctica; entre ruidos de monitores, voces, cuchicheos y suelas de zapatos que chillan para no resbalarse; entre un ambiente hostil donde las emociones se ponen a prueba para todos sus actores, allí me encuentro yo como estudiante de Enfermería, mirando historias clínicas, junto a una ventana que comunica el rincón de escape de todo el panorama, un hermoso jardín aislado de la inmundicia, comunicado por una entrada, con pasto y dos pequeños árboles que simulan un bosque pigmeo con dos pequeños troncos para sentarse y un espacio sin tejado que permite al sol que entre con sus rayos, para tocar a uno que otro personaje al que la vida le permite disfrutar aún de este paisaje, así sea pequeño, prestado o se encuentre alejado de la realidad de muchos, en medio de tanto dolor percibido en el ambiente.

Perdido en la rutina de la labor en la que muchas veces se es capturado, analizo cómo la enfermería me permite percibir tanto de lo que para muchos es común, embellecer lo horrible de la desgracia en la enfermedad y hacerse millonario con tan solo un: «Dios se lo pague» o un gesto de alivio. De pronto, levanto la mirada y observo sentada en el pasto, a una mujer de canas, con su pijama y sus años marcados en arrugas, una paciente de las tantas habitaciones, que está hospitalizada por alguna razón y de la que se puede suponer escapó de su cama para su cita diaria con el sol, lo que para ella antes era común y podía hacer en cualquier momento, ahora es significante y casi un regalo; Allí se encuentra, con su mirada fija en la pared y aunque su cuerpo parece estar presente, tal vez su alma la dejó en otro lado, tal vez es una más de muchas que buscan en ese jardín el consuelo del calor que puede brindar un rayo de sol en medio de tanto frío, tal vez solo busca alejarse un momento de tanto ruido, tantas jeringas, medicamentos, olores, gritos y lamentos silenciosos, historias grabadas en las paredes y de tantos que se encuentran en su misma condición.

Ella tal vez solo busca que, mirando a esa pared, aparezcan sus recuerdos de momentos buenos del pasado, tal vez su vida fue mejor o simplemente siempre fue la misma, tal vez recuerda los amores que dejó pasar o los hijos que la olvidaron, tal vez recuerda el brillo de sus ojos que los años le arrebataron; tal vez muchas cosas pueden ser mientras ella mira fijamente su pared, y digo suya porque en ese momento le pertenece.

De pronto, quizás delatado por un gnomo de yeso en el jardín, ella advierte que la observo y voltea su cabeza, mirando mi existencia en ese punto, y yo, acosado por su mirada pálida, bajo mi mirada y observo como las manecillas de mi reloj han avanzado en el tiempo, finalizando un día más de práctica.

PARA LOS AUTORES

Instrucciones para los autores

Las instrucciones que entregamos a los autores buscan orientarlos frente a las normas APA adoptadas por la revista **Comuncuidado** para la evaluación y envío de los manuscritos.

Preparación del manuscrito

Los manuscritos deben elaborarse en tamaño carta (26 x 27,9 cm.), fuente Times New Roman, tamaño 12, espacio 1.5. Las márgenes superior, inferior, derecha e izquierda deben ser de 3 cm.

Los autores deben escribir su nombre completo debajo del título, al lado derecho y debajo la siguiente información: correo electrónico institucional, carrera–semestre en número romano y universidad. Ejemplo:

Pepita L
pepitalll@unal.edu.co
Estudiante de Enfermería XI Semestre
Universidad Nacional de Colombia

Los trabajos investigativos y de grado deben incluir título, resumen (que no exceda las 250 palabras) en donde debe estar incluido el objetivo, método, resultados, discusión y conclusiones, cinco palabras clave (se recomienda consultar los Descriptores en Ciencias de la Salud DeCS en: http://decs.bvs.br/Elhomepagee.htm), recomendaciones y mínimo ***5*** referencias.

En las situaciones de enfermería no se deben nombrar datos de los pacientes, con el fin de evitar la vulneración del derecho a la privacidad.

Si el documento contiene tablas, imágenes o gráficas la resolución de las mismas debe ser por lo menos de 300x300 pixeles en formato JPG; así mismo, su organización en el documento se llevará a cabo con numeración arábiga, cada una de ellas contendrá un título y la fuente de la que fueron tomadas, datos que se dejarán insertados en el documento de word como guía de ubicación. Adicionalmente, deben estar grabadas fuera del texto en el formato anteriormente señalado.

CITAS: En el estilo APA se utilizan paréntesis dentro del texto en lugar de notas al pie de página o al final del texto.

Cita textual o literal: Citas de menos de 40 palabras

Cita basada en el autor: Referencia al autor al inicio de la cita. Texto. Apellido del autor de la cita (año) afirma: "cita" (p. 90). Texto.

Cita basada en el texto: Datos al final de la frase citada. "Cita" (Apellido, año, página).

Cita de más de 40 palabras: Se escriben aparte del texto, con sangría de 1 cm, un tamaño de letra un punto menor y sin comillas. Al final de la cita se pone el punto **antes** de los datos (recuerde que en las citas con menos de 40 palabras el punto se pone después). De igual forma, la organización de los datos puede variar según donde se ponga el énfasis, al igual que en el caso anterior.

Cita basada en el texto: Datos al final de la frase citada. Cita. (Apellido, año, página)

Cita basada en el autor: Referencia al autor al principio de la cita. Apellido (año) afirma: cita. (p.90)

Cita de parafraseo o no literal

Cita basada en el texto: Datos al final de la frase parafraseada. Cita (Apellido, año).

Cita basada en el autor: Referencia al autor al inicio de la cita. Apellido (año). Refiere cita.

Reglas según autores

Dos autores: Sus apellidos van separados por el símbolo '&'.

- Rosenblum&Kuttner (2010) afirman que es posible (...).

- (...) es necesario hacer esas consideraciones (Rosembum&Kuttner, 2010).

Tres a cinco autores: La primera vez que se citan se indican los apellidos de todos. Posteriormente, se cita solo el primero y se agrega «et al.» seguido de punto (et al.).

Seis o más autores: Se cita el apellido del primero seguido de "et al." desde la primera citación.

Autor corporativo: Se coloca el nombre de la organización en vez del apellido: ONU (2010) afirma (...)/ (...) los desplazados (ONU, 2010)

Cita de una cita: Ejemplo, se está leyendo un libro de Stephen Hawking y este cita una opinión o afirmación de Roger Penrose se cita: Penrose (citado por Hawking, 2010) piensa que las matemáticas (...)

Referencias bibliográficas: Son un listado de los datos de cada fuente consultada para la elaboración de un trabajo y que aparecen citados en el texto. Este listado permite identificar y localizar las fuentes para cerciorarse de la información contenida allí o complementarla en caso de ser necesario.

¡Importante! Todos los autores citados en el cuerpo de un texto o trabajo deben coincidir con la lista de referencias del final, **nunca debe referenciarse un autor que no haya sido citado en el texto o viceversa.**

La lista de referencias se hace con interlineado 1,5, cada una debe tener sangría francesa y el listado debe organizarse según el orden alfabético de los apellidos de los autores de las fuentes. Para la referenciación de números o volúmenes de alguna publicación es necesario usar números arábigos y no romanos.

LIBRO

Forma básica: Apellido, iniciales de los nombres. (Año). *Título en cursiva.* Lugar de publicación: Editorial. Ejemplo: Ynduráin, F. J. (2006). *Electrones, neutrinos y quarks.* Barcelona, España: Crítica.

Libro con autor: Apellido, A. A. (Año). *Título.* Ciudad: Editorial.

Ejemplo: Crick, F. (1994). *La búsqueda científica del alma.* Madrid: Debate.

Libro con editor: Apellido, A. A. (Ed.). (Año). Título. Ciudad: Editorial.

Ejemplo: Wilber, K. (Ed.). (1997). *El paradigma holográfico.* Barcelona: Editorial Kairós

Libro en versión electrónica: Apellido, A. A. (Año). *Título.* Recuperado de http://www.x Ejemplo: De Jesús Domínguez, J. (1887). *La autonomía administrativa en Puerto Rico.* Recuperado de http://memory.loc.gov/cgibin/query/r?m28DOCID+@%28lhbpr33517%

PUBLICACIONES PERIÓDICAS

Artículos científicos (Journal)

Forma Básica: Apellido, A. A., Apellido, B. B. & Apellido, C. C. (Fecha). Título del artículo. *Nombre de la revista en cursiva, volumen en cursiva* (número), pp-pp.

Ejemplo: Cifra, M., Pokorný, J., Havelka, D., &Kucera, O. (2010). Electric field generated by axial longitudinal vibration modes of microtubule. *BioSystems, 100*(2), 122-31.

Artículo Online: Apellido, A. A. (Año). Título del artículo. *Nombre de la revista,* volumen (número), pp-pp. Recuperado de

Ejemplo: Mota de Cabrera, C. (2006). El rol de la escritura dentro del currículo de la enseñanza y aprendizaje del inglés como segunda lengua (esl/efl): Una perspectiva histórica. *Acción Pedagógica, 15*(1), 56-63. Recuperado de http://www.saber.ula.ve/accionpe/

Referencia:

Centro de escritura Javeriano. (2011) Normas APA, Cali: Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de. http://portales.puj.edu.co/ftpcentroescritura/Recursos/Normasapa.pdf

CRITERIOS DE PUBLICACIÓN

Com**un**cuidado 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
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 dentro de 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?

Puedes hacer llegar los artículos a nuestro correo electrónico **rcomcuid_febog@unal.edu.co**

¡Ingresa al equipo de Comuncuidado! ¡Te esperamos en el salón de estudiantes!

Encuéntranos también en Facebook como **ComuncuidadoUnal**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DIRECCIÓN DE BIENESTAR
DIRECCIÓN DE BIENESTAR UNIVERSITARIO
ÁREA DE ACOMPAÑAMIENTO INTEGRAL
PROGRAMA GESTIÓN DE PROYECTOS